



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“As dores e delícias das formação médica. Um estudo de caso sobre a qualidade de vida dos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ”

por

Ana Cláudia Santos Chazan

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Mônica Rodrigues Campos

Segundo orientador: Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Rio de Janeiro, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“As dores e delícias das formação médica. Um estudo de caso sobre a qualidade de vida dos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ”

apresentada por

Ana Cláudia Santos Chazan

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Patricia Tempski Fiedler

Prof.^a Dr.^a Eliana Claudia de Otero Ribeiro

Prof.^a Dr.^a Arlinda Barbosa Moreno

Prof. Dr. Rafael Arouca Höfke Costa

Prof.^a Dr.^a Mônica Rodrigues Campos – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 24 de março de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C513d Chazan, Ana Cláudia Santos
As dores e delícias da formação médica. Um estudo de caso sobre a qualidade de vida dos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. / Ana Cláudia Santos Chazan. -- 2015.
xii,131 f. : tab. ; graf.
Orientador: Mônica Rodrigues Campos
Carlos Otávio Fiúza Moreira
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
1. Educação Médica. 2. Qualidade de Vida.
3. Educação de Graduação em Medicina. 4. Estudos de Casos. I. Título.

CDD – 22.ed. – 610.7

A Luiz Fernando Chazan

Pela reconstrução permanente da nossa vida compartilhada,

À Fernanda e Bernardo, poesia em forma de filhos,

À minha família ampliada, rede de apoio e suporte,

Tecida por todos, cada um a seu jeito, com zelo e alegria,

Ao meu pai Antônio Carlos, o “estrangeiro” Maranhão de sua turma médica carioca,

Que encerrou seu livro da vida em outubro de 2011,

Quando eu começava este capítulo da minha vida profissional.

E a todos que ensinam cuidando e aprendendo.

AGRADECIMENTOS

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, por me receber como aluna e ampliar meus horizontes em relação à pesquisa acadêmica.

À Dra. Mônica Campos, pela objetividade e pragmatismo, marcas da sua orientação e pela parceria estabelecida desde a concepção deste projeto de pesquisa.

Ao Dr. Carlos Otávio Fiúza pela escuta atenta e acolhimento de minhas angústias, marcas da sua orientação e pela parceria estabelecida desde a preparação deste projeto para a sua qualificação.

Às Dras. Simone Oliveira e Jussara Brito, pelo apoio na definição do tema e na escolha da ENSP como instituição formadora.

Ao Dr. Sérgio Rêgo, pela interlocução, orientação sobre disciplinas a cursar e pelas leituras recomendadas.

Aos docentes pesquisadores que conheci no percurso do meu doutoramento e que compartilharam seus saberes e práticas sobre pesquisa acadêmica.

Aos mestrandos e doutorandos, em especial meus colegas da turma 2011, com quem pude compartilhar dúvidas, inseguranças e inquietações como também descobertas, acertos e conquistas.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa sobre Qualidade de Vida, pelas trocas enriquecedoras. Em especial agradeço a Flavia Portugal pela ajuda nas análises estatísticas.

Às Dras. Eliana Claudia de Otero Ribeiro e Arlinda Barbosa Moreno pela avaliação apreciativa e contribuições para o aprimoramento do projeto durante a qualificação

À todos os servidores da ENSP que fizeram parte do meu cotidiano e facilitaram a minha vida de aluna nesses quatro anos. Especialmente agradeço ao Eduardo Silva da Secretaria de Gestão Acadêmica, a Maria Emília Duarte de Oliveira do Comitê de ética em Pesquisa e a Gizele da Rocha Ribeiro, bibliotecária, pela cordialidade com que me receberam e a presteza no encaminhamento das questões que a eles precisei levar.

À Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, por ter aceitado participar desta investigação.

Aos diretores da FCM/UERJ, Prof. Plínio José da Rocha e Profa. Albanita Viana de Oliveira que, em momentos distintos, autorizaram a minha entrada no campo como pesquisadora.

À Coordenadora de graduação da FCM/UERJ, professora Anna Tereza Soares de Moura, pelo incentivo e pelo acesso a algumas das fontes documentais utilizadas como referência a esta pesquisa.

A todos os professores e estudantes de medicina da UERJ, envolvidos com o aprimoramento curricular da FCM, em especial aqueles que aceitaram participar desta pesquisa.

À professora Sandra Fortes pelo estímulo dado em 2003 para que eu fizesse parte da Medicina Integral.

Aos professores Ricardo Donato Rodrigues e Inez Padula Anderson pelo exemplo de luta pela ampliação e qualificação da Atenção Primária em Saúde enquanto espaços de construção de cidadania.

Ao professor Júlio de Mello Filho pelo exemplo de agregar ensino e cuidado aos estudantes e profissionais de saúde em formação no HUPE/UERJ.

Aos professores Michael Deveza e Cesar Favoreto, sempre próximos e atentos nos meus momentos de crise na docência na Medicina Integral.

Ao professor Francisco Barbosa, que ao provocar os estudantes em sala de aula, me inspirou a elaborar as questões que orientaram a realização desta tese.

Às professoras Denise Herdy e Lia Silveira, por me proporcionarem experiências prazerosas de *ensinagem* desde 2010, quando participei da primeira turma (!) do Curso de Formação Pedagógica para a Prática de Preceptoria realizado pela CDA/HUPE.

A todos os professores do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, pela compreensão e apoio durante meu relativo distanciamento do serviço durante alguns momentos do percurso do doutoramento.

E por fim, com o devido destaque, àqueles que são a razão da minha prática profissional: as pessoas que sofrem por males diversos e buscam nos médicos a compreensão e ajuda para recuperar ou melhorar a sua qualidade na vida.

I'm more than you know
I'm more than you see here
I'm more than you let me be
I'm more than you know
A body in a soul
You don't see me but you will
I am not invisible
I am here

Eu sou mais do que você conhece
Eu sou mais do que você vê aqui
Eu sou mais do que você me deixa ser
Eu sou mais do que você conhece
Um corpo numa alma
Você não me vê, mas verá
Não sou invisível
Eu estou aqui

(Invisible, U2)

RESUMO

Este trabalho buscou compreender a relação entre a qualidade de vida (QV) dos estudantes de medicina de uma escola pública tradicional do Rio de Janeiro e a formação médica e foi desenvolvido em duas etapas. Entendeu-se QV como uma construção subjetiva, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito, multidimensional e composta por elementos que devem estar presentes e outros que devem estar ausentes. Utilizou-se na primeira fase o WHOQoL-Bref, instrumento validado no Brasil e, com isso, observou-se uma queda nos escores de QV dos estudantes do terceiro e sexto ano, etapas importantes do desenvolvimento profissional. Dos 394 participantes, com média de idade de 23 anos, 20% referiram pelo menos uma morbidade crônica (MCR). Muitas destas podem ser resultado de estresse, ou por este exacerbadas. Estudantes com MCR, do sexo feminino (61%), cotistas (43%) e da classe econômica C (20%), apresentaram menores escores de QV. O efeito negativo conjunto destas variáveis teve maior expressão na variabilidade (R^2) nos domínios físico (18%) e meio ambiente (22%). Na segunda etapa, realizou-se uma abordagem qualitativa, tendo sido entrevistados 21 estudantes e 16 docentes. O uso do conceito de *habitus* como matriz de percepção e categoria analítica, possibilitou compreender como o cotidiano da formação e os processos de ensino-aprendizagem afetam a QV dos estudantes e levantou hipóteses sobre a maior vulnerabilidade dos cotistas. Observou-se que as práticas hegemônicas do modelo biomédico e do ensino tradicional são reproduzidas na escola pela força do *habitus*. A desconstrução do sujeito que ocorre ao longo da formação se dá sobre os pacientes e os estudantes, que não tem suas necessidades de cuidado e aprendizagem percebidas nem acolhidas, mas também sobre os professores, excluídos dos processos de gestão da escola.

Palavras-chaves: Qualidade de vida, Estudantes de Medicina, Educação de Graduação em Medicina, Práticas Pedagógicas

ABSTRACT

This work sought to understand the relation between the students of a traditional medical school from Rio de Janeiro's quality of life (QoL) and medical formation, and it was developed in two stages. There was an understanding of QoL as "a subjective construction that can only be evaluated by the subject itself, multidimensional and composed by elements that must be present and others that must be absent". Using the WHOQoL-Bref, a validated instrument in Brazil, it revealed a decrease in the QoL scores of third and sixth year students, important steps of professional development. Of 394 participants, with average age of 23 years old, 20% reported at least one chronic morbidity (RCM), many may be the result of stress, or by it exacerbated. Students with RCM, as well as female students (61%), scholarship holders (43%) and those from economic class C (20%) presented lower QoL scores. The negative effect of these variables together had more say in variability (R^2) in the physical (18%) and the environment (22%) domains of WHOQoL-bref. The second stage held a qualitative approach. There was an interview amongst twenty-one students and sixteen professors, using the *habitus* concept as matrix of perception and analytical category. It was possible to understand how the daily training and the teaching-learning processes affect the QoL of students and raise hypothesis about the bigger vulnerability of shareholders. It was observed that the hegemonic practices of the biomedical model and the traditional teaching are reproduced at school by *habitus* strength. The deconstruction of the subject that occurs throughout the training takes place on patients and students, who don't have their personal care and learning needs perceived, and on teachers, who are excluded from management processes in school.

Key words: Quality of life, Medical students, Education, medical undergraduate; Pedagogical Practices

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CASAF - Centro Acadêmico Sir Alexander Fleming

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DMIF - Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária

ENT - Enfermidades Não Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

FCM - Faculdade de Ciências Médicas

HU - Hospital Universitário

HUPE - Hospital Universitário Pedro Ernesto

MI – Medicina Integral

MFC – Medicina de Família e Comunidade

OMS - Organização Mundial de Saúde

QV - Qualidade de Vida

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

WHOQoL-Bref – World Health Organization quality of life – abreviado

LISTA DE QUADROS, FIGURAS e TABELAS.

Quadro 1 - Domínios do WHOQoL-bref	41
Tabela 1 (artigo 1) Escores de qualidade de vida da amostra geral de estudantes de Medicina da UERJ, 2010.....	42
Tabela 2 (artigo 1) Escores de qualidade de vida da amostra de estudantes de Medicina com MCR. UERJ,2010.....	51
Figura 1 (artigo 1) Qualidade de vida referida pelos estudantes de Medicina e sua satisfação com a saúde pelo WHOQoL-bref, segundo ano de graduação. UERJ, 2010.....	52
Figura 2 (artigo 1) Escores de Qualidade de Vida (WHOQoL-bref), por ano de graduação, UERJ, 2010.....	52
Figura 1 (artigo 2) Qualidade de vida dos estudantes de medicina da UERJ (WHOQoL-bref), segundo classe econômica, forma de ingresso, presença de MCR e sexo. Rio de Janeiro, 2010.	52
Figura 2 (artigo 2) Escores de qualidade de vida (WHOQoL-bref), por ano de graduação, UERJ, 2010.....	60
Tabela 1 (artigo 2) Coeficientes e respectivas significâncias dos modelos de regressão linear múltipla para os desfechos de QV em seus diferentes domínios. UERJ, 2010.....	61
Figura 3 (artigo 2) Escore predito de QV dos Estudantes de Medicina da UERJ (WHOQoL-bref), segundo Classe econômica, forma de ingresso, presença de MCR e ano de graduação. Rio de Janeiro, 2010.	62
Figura 4 (artigo 2) Escore predito de QV dos Estudantes de Medicina da UERJ (WHOQoL-bref), segundo forma de ingresso, presença de MCR e Classe econômica, estratificado por ano de graduação (3 ^o e 6 ^o anos e outros).....	63

Tabela 1 (artigo 3) Domínios da qualidade de vida segundo WHOQOL-bref e o cotidiano dos estudantes de medicina da UERJ, 2013.....	75
--	----

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO.....	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	viii
LISTA DE QUADROS, FIGURAS e TABELAS.	ix
1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO.....	15
2.1 A herança cultural da profissão médica.....	15
2.2 Reformas na Educação Médica: do Relatório Flexner às Diretrizes Curriculares.	18
2.3 A Educação como atividade modeladora.....	22
2.4 A concepção pedagógica tradicional	24
2.6 A formação médica e os desafios vivenciados pelos estudantes.....	25
2.6 O suporte oferecido aos estudantes de medicina nas escolas médicas	29
3 ASPECTOS TEÓRICOS: a caixa de ferramentas	31
3.1 A noção de qualidade de vida e o conceito ampliado de saúde.....	31
3.2 O conceito de <i>Habitus</i>	32
4 A FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UERJ	34
4.1 Aspectos históricos	34
4.2 O organograma e características do curso	35
4.3 Localização	36
4.4 O regime de cotas para estudantes carentes	37
4.5 O perfil dos estudantes e dos docentes de medicina da UERJ.....	38
5 OBJETIVOS.....	39
5.1 Objetivo Geral	39
5.2 Objetivos Específicos	39
6 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	40
6.1 Abordagem quantitativa.....	40
6.2 Abordagem qualitativa.....	43
7. ASPECTOS ÉTICOS	46
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
8.2 – Artigo 1.....	48

8.2 – Artigo 2.....	57
8.3 – Artigo 3.....	67
8.4 – Artigo 4.....	87
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXO 1 – Carta do Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE.....	123
ANEXO 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido 1	124
ANEXO 3 – Instrumento utilizado na abordagem quantitativa.....	125
ANEXO 4 – Roteiros das entrevistas	127
ANEXO 5 – Fichas de entrevista.....	130
ANEXO 6 – Termo de consentimento livre e esclarecido - Estudante.....	131
ANEXO 7 – Termo de consentimento livre e esclarecido - Docente.....	132
ANEXO 8 – Organograma da FCM.....	133

1 APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema “qualidade de vida dos estudantes de medicina” emergiu do meu trabalho docente nas disciplinas de Medicina Integral (MI) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), iniciado em 2004.

Esta escolha me levou a resgatar inquietações vividas nos tempos de estudante de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em meados dos anos oitenta, bem como a minha busca em ampliar a minha formação profissional, até então centrada nas doenças.

O curso de medicina numa escola tradicional costuma ser dividido em três fases, identificadas pelos estudantes da UERJ como: o básico, a clínica, e o internato (1).

Vivenciei crises descritas na literatura correspondentes aos desafios nestas fases: no primeiro ano, pelo desafio de memorizar informações sem aplicação imediata e ao contato com os cadáveres no anatômico; no terceiro, ao interagir com os pacientes e, no internato, pela insegurança ao integrar a teoria no cuidado de pessoas (2).

Motivada pelas experiências em educação em saúde vivenciadas nas enfermarias de diabetes do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), escolhi fazer a Residência Médica em Endocrinologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Nesta instituição, trabalhar em equipe multidisciplinar, vivenciar consultas conjuntas e interconsultas com psicólogas, nutricionistas e enfermeiras e coordenar com estes profissionais grupos de reflexão, suporte e educação em saúde para crianças diabéticas e para seus pais foram fundamentais para uma compreensão mais ampliada sobre os processos de saúde e adoecimento das pessoas nos diferentes ciclos da vida familiar.

Essas experiências me ajudaram a compreender que as pessoas esperam muito mais dos seus médicos do que a simples orientação sobre o seu diagnóstico e o tratamento a ser seguido. Elas precisam de ajuda para levarem à frente seus projetos de vida, muitas vezes ameaçados pelo diagnóstico de uma doença crônica (3), e que a adesão ao plano terapêutico só faz sentido quando a vida tem sentido.

Anos mais tarde, trocar o cenário de prática hospitalar pelo da Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Estadual de Saúde possibilitou-me conhecer o potencial da Estratégia da Saúde da Família (ESF) como espaço da intersetorialidade e para o efetivo controle das enfermidades não transmissíveis (ENT). O trabalho desenvolvido

junto às equipes da ESF foi o que me motivou a concorrer a uma das vagas da Medicina Integral (MI) em 2003.

As disciplinas de MI haviam sido criadas um ano antes para incluir na graduação os conceitos e práticas de atenção primária à saúde (APS), orientados pelos princípios da Medicina de Família e Comunidade (MFC) (4), como forma de adequar o currículo às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (DCN) (5).

Os objetivos gerais das disciplinas de MI são contribuir para a compreensão do conceito ampliado de saúde, para a prática de uma abordagem clínica centrada nas pessoas e para o entendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma rede de serviços, onde os profissionais de saúde são agentes fundamentais para o seu pleno funcionamento e onde os alunos também o serão.

Espera-se que o estudante seja consciente de sua responsabilidade social como profissional de saúde e, ainda, seja capaz de refletir criticamente sobre a importância de um atendimento adequado às pessoas (resolutivo, competente e baseado na coparticipação e corresponsabilidade de usuários e profissionais de saúde para atuar em direção ao aperfeiçoamento do Sistema de Saúde).

Apesar dos meus esforços em complementar e aprimorar a minha formação profissional para tornar-me uma “médica integral”, atenta às necessidades dos pacientes, os primeiros anos como docente foram desafiadores, principalmente a preceptoria no internato, quando as considerações sobre os aspectos psicossociais dos pacientes eram “desvalorizadas” pelos estudantes.

Em uma ocasião, durante uma aula sobre SUS para uma turma do segundo ano, em que eu fazia dupla com o Prof. Francisco Barbosa, também docente da MI e antigo militante da educação médica, ele questionou nossos alunos sobre suas necessidades de estudante. Que necessidades eram essas? E eram elas atendidas?

A partir da sistematização das respostas dos estudantes foi que me dei conta que precisaria diminuir a distância entre “a intenção e o gesto educativos”, como diria Paulo Freire e seus seguidores (6). Como esperar que os estudantes entendessem e atendessem às necessidades da população se as suas próprias eram negligenciadas dentro da faculdade de medicina?

Configuravam-se, assim, algumas questões relacionadas à qualidade de vida (QV) dos estudantes e o processo de formação médica na UERJ que dariam origem a esta pesquisa. Nesse sentido, além de buscar mais ferramentas para aprimorar meu fazer pedagógico, fui movida a obter evidências científicas sobre a qualidade de vida dos estudantes de medicina.

Encontrei na leitura da tese da Dra. Patrícia Tempski Fiedler intitulada “Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica” (7) um ponto de partida para iniciar o projeto.

A hipótese de que o curso de Medicina afeta a QV dos estudantes de medicina, aferida pelo WHOqol-bref, um instrumento da Organização Mundial de Saúde, o WHOqol-bref (World Health Organization quality of life – abreviado) (8), foi considerada consistente pelo estudo de Fiedler (7).

Esta tese se justificava, assim, pela necessidade de testar mais uma vez essa hipótese em um contexto escolar distinto. No caso da escola de medicina da UERJ, 45% dos estudantes ingressam pelo sistema de cotas desde 2004. Em estudos prévios em outras universidades, sobre a qualidade de vida dos estudantes de medicina, o poder aquisitivo dos estudantes ou não foi avaliado (7, 9) ou era alto (10).

O trabalho de campo inicial, para uma abordagem quantitativa, foi realizado em 2010. Destaca-se aqui a elevada representatividade da amostra dos estudantes matriculados naquele ano na FCM/UERJ que participaram da pesquisa - em torno de 75% em cada ano de graduação -, o que minimiza o viés de seleção e revela o interesse dos estudantes sobre o tema.

A análise descritiva dos dados coletados por meio do WHOqol-bref foi complementado com um estudo multivariado, com o objetivo de controlar possíveis confundimentos ou interações entre as variáveis de exposição, aplicando-se análise de regressão linear múltipla, tendo como desfecho os domínios da QV (11, 12).

Os resultados da abordagem quantitativa despertaram meu interesse para a compreensão do ambiente escolar como um espaço sócio-cultural (13) onde existe um entrecruzamento de culturas, entre elas a acadêmica, a social, a institucional e a experiencial (esta adquirida individualmente pelo aluno através dos intercâmbios com o seu meio) (14), que pode afetar a qualidade de vida daqueles que querem se inserir nela.

Nesse sentido, o estudo foi ampliado com uma abordagem qualitativa para tentar compreender a percepção dos estudantes da FCM/UERJ sobre as relações entre a formação médica e a sua QV. Professores também foram entrevistados com o intuito de permitir a obtenção de mais informações sobre a cultura escolar médica.

Sou consciente dos riscos que corri na escolha por um estudo de caso na instituição onde trabalho. Embora isto não seja eticamente vedado, segundo alguns autores pode vir a configurar um tipo de conflito de interesse que requer do pesquisador um esforço contínuo de objetivação (15), além de poder gerar um incômodo nos sujeitos da pesquisa, que talvez não se sintam à vontade de falar despreocupadamente como

fariam com um investigador externo (16). Como bem lembra Pedro Demo, não é possível vermos a realidade sem um ponto de vista, de modo que os fatos, os dados, já são interpretações, maneiras de construirmos e selecionarmos relevâncias da realidade (17).

Apesar do desafio posto, entendi esta pesquisa como necessária e pertinente, indo ao encontro do contexto atual da FCM de mobilização docente por aprimoramento curricular, em que se pretende levar em conta a QV do estudante¹ (18).

Ao abordar a relação entre QV do estudante de medicina e a formação médica na FCM/UERJ, pretendemos compreender melhor a noção de cuidado, considerando que o demandado e recebido pelos estudantes ao longo do processo de formação mantém relações com práticas futuras na vida profissional.

Na introdução a seguir, apresentaremos de forma breve o que entendemos ainda hoje como “modelo hegemônico de formação médica”, ressaltando algumas implicações deste modelo para a qualidade de vida dos estudantes.

¹ Entre os meses de junho a dezembro de 2012, a direção da FCM da UERJ (gestão 2012-2016) organizou três seminários internos de aprimoramento curricular, onde apresentou o diagnóstico situacional e suas propostas de ações. Entre estas, a organização de Grupos de Trabalho (GT) para revisão do Projeto Pedagógico e Matriz Curricular e a formação do Núcleo Docente Estruturante da FCM. Um dos GT é sobre a qualidade de vida do estudante.

2 INTRODUÇÃO

2.1 A herança cultural da profissão médica

O estudo sobre a história da medicina revela que o comportamento médico também está relacionado com a cultura dos povos e que, a despeito do modelo explicativo para a origem das doenças, o homem doente sempre foi o objeto principal da medicina, sendo papel do médico usar dos recursos disponíveis para afugentar a morte iminente (19).

Os conceitos hipocráticos da medicina sofreram influência cultural da linhagem dos asclépios, aqueles que se entendiam como descendentes de Asclépio, o semideus da Medicina. Entregue por Apolo ao centauro Quíron, com quem aprendeu a arte médica, Asclépio teve, entre outros filhos, Higiéia (personificação da Saúde, que simbolizava a persistência da ordem natural) e Panaceia (deusa da Cura de todas as doenças graças às ervas, chamada a intervir se a ordem era quebrada) (20).

Ainda que no âmbito da doutrina hipocrática saúde e doença fossem entendidos como uma questão de equilíbrio e desequilíbrio internos dos humores do corpo, a observação sobre as influências externas, o clima e a alimentação, neste processo, inicia um processo de “racionalização da reflexão médica, que se caracteriza por uma dessacralização e por uma naturalização dos fenômenos que o médico deve levar em consideração” (Allamel- Raffin e col., 2011: p. 19).

A partir daí, embora o conhecimento médico tenha se desenvolvido de forma mais autônoma, a concepção sagrada do corpo perdurou durante toda a Antiguidade e a Idade Média, dificultando a realização de autópsias (21).

Até o Renascimento Cultural ocorrido na Europa Ocidental (fins do séc. XIV ao início do século XVII), a concepção médica baseava-se neste sentido sagrado do ser humano e em suas relações com o meio em que vivia.

O Renascimento, assinala o fim da Idade Média e marca a transição do feudalismo para o capitalismo. Representa um período de grandes descobertas que ampliaram a imagem do mundo. O principal valor cultivado foi o humanismo em contraposição a uma autoridade divina, superior. Deu aos homens o gosto pelo pensar autônomo e os inúmeros progressos dos séculos XV e XVI, além de preparar o campo para a verdadeira revolução científica, que ocorreria no século XVII.

Nos séculos XVI e XVII, houve uma ruptura epistemológica pelo advento da filosofia mecanicista, que em conjunto com os avanços que Copérnico, Kepler e Galileu produziam na física, propõe uma nova forma de entender o mundo (22, 23).

A explicação sobre a natureza com base nas concepções religiosas dá lugar a elucidações escritas em fórmulas matemáticas e abstratas. O mundo passa a ser explicado por analogia a grande máquina, por um pensamento metódico e racional (22). Esta interpretação mecânica do mundo físico foi estendida aos seres vivos com o custo da instituição de um dualismo entre o corpo – o material e o homem – o espiritual, tal como foi estruturado pela filosofia cartesiana. Desse modo, “o espírito permanece sob a esfera de Deus, associado ao racional, e o corpo, descentrado do sujeito e indigno do pensamento, é representado, no século XVII, como a parte menos humana do homem.” (Bonet, 2004: p. 31).

A medicina moderna produziu uma inversão na valoração entre os dois polos desse dualismo, ao debruçar-se sobre os corpos sem vida. Os avanços das disseções anatómicas (autorizadas pela Igreja a partir do séc. XVI), da fisiologia (sendo a descoberta da circulação sanguínea por William Harvey o marco do século XVII), e da microbiologia (após a descoberta do microscópio) abrem o caminho para uma medicina positiva (21, 24).

No século XVIII, Morgagni (1682-1771), por meio de autópsias, demonstra que as doenças tinham sede nos órgãos e confronta seus achados com as manifestações clínicas (21, 24), o que serviu para reestruturar o ensino da medicina até então tido como demasiadamente livresco, para dar uma ênfase maior à clínica. Os hospitais são reestruturados e os estudantes passam a observar os pacientes à beira do leito para relacionar os achados com os resultados das análises anatomopatológicas (25).

Paralela e progressivamente, avanços foram feitos na saúde pública. Contribuiu para isso a Revolução Industrial e suas consequências para a saúde dos trabalhadores e das populações e as reflexões dos cientistas sociais do século XIX, com a inclusão de outros aspectos na compreensão do processo saúde-adoecimento.

Alguns eminentes médicos e pesquisadores, como Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902), proclamaram, em meados do séc. XIX, que “o avanço da medicina poderá prolongar a vida humana, mas o avanço das condições sociais terá resultados mais rápidos e bem sucedidos” (21,24).

Essa ampliação da visão e análise dos fenômenos relacionados à saúde conformou a Medicina Social (26). Contudo, as descobertas feitas no campo da microbiologia por Louis Pasteur (1822-1895) na França, e por Robert Koch (1843-

1910) na Alemanha, alguns anos após o pronunciamento de Virchow, tensionaram esta visão ampliada dos fenômenos de saúde (21).

A teoria microbiana das doenças levou muitos médicos a abandonarem uma visão mais integradora da medicina, passando-se a apostar que as intervenções medicamentosas teriam o poder de solucionar todos os males que afetavam as pessoas.

O acúmulo de conhecimento e o desenvolvimento tecnológico, ao longo dos tempos elevaram os médicos a uma posição social diferenciada, na medida em que lhes foi possível compreender e tratar as doenças (defeitos com causas específicas) que afetam o corpo (peças) das pessoas (máquinas).

Os movimentos sociais do pós-segunda guerra aspiravam saúde como o direito a uma vida plena, sem privações. Em 1948, A Organização Mundial de Saúde (OMS) implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, definiu saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

Uma das primeiras referências para a promoção à saúde foi o relatório Lalonde, produzido pelo Ministério de Bem Estar e Saúde do Canadá em 1974. Neste documento, quatro grupos explicativos do fenômeno saúde-doença foram englobados no conceito de campo de saúde: ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e a organização dos serviços de saúde com o intuito de orientar estratégias visando à adoção de estilos de vida saudáveis (27).

Este modelo ao desconsiderar a relação entre as condições de vida das pessoas e seus hábitos não saudáveis foi criticado e estimulou o surgimento, de uma perspectiva socioambiental para a promoção da saúde.

Alinhada com a Declaração de Alma Ata, formulada em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (28), a Carta de Ottawa, produzida durante a 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde (Canadá, 1986) (29), define promoção da saúde como “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Segundo este documento, a saúde é entendida como o maior recurso para o desenvolvimento pessoal, social e econômico, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida, mas para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem modificar favoravelmente o meio ambiente para satisfazer suas necessidades e aspirações (29).

Sob este enfoque, promoção de saúde vai além dos cuidados de saúde. Desse modo, a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais são pré-requisitos essenciais à saúde da população (27).

A reorientação do setor saúde no sentido da promoção da saúde requer uma ampliação de suas responsabilidades para além dos serviços clínicos e de urgência, sendo necessárias mudanças na formação dos profissionais de saúde.

A fim de envolver as escolas médicas nas discussões sobre o perfil dos médicos para atuarem nos sistemas de saúde em transformação (cenários não hospitalares e práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças) e sobre as estratégias pedagógicas para permitir a educação permanente dos profissionais dos serviços, foram organizadas em Edimburgo nos anos de 1988 e 1993, duas conferências mundiais de Educação Médica, sob responsabilidade da Federação Mundial de Educação Médica (WFME) (30).

2.2 Reformas na Educação Médica: do Relatório Flexner às Diretrizes Curriculares.

A Associação Médica Americana (AMA) foi criada em 1846 com os objetivos de controlar a proliferação desordenada de escolas médicas de má qualidade nos Estados Unidos e aperfeiçoar o ensino médico (31).

Este movimento havia sido deflagrado por educadores reformistas inicialmente em Harvard e em seguida na Johns Hopkins University. Esta tinha como referência o modelo da Universidade Humboldt, de Berlim, pela sua ênfase na produção de conhecimento por meio da pesquisa acadêmica. A escola de medicina da Johns Hopkins foi fundada em 1893, tornando-se a primeira experiência bem sucedida de combinação das ciências básicas (pesquisa científica) com a medicina hospitalar (treinamento clínico).

Este contexto favoreceu a realização de uma pesquisa em 1910, patrocinada pela fundação Carnegie, para avaliação de 155 escolas médicas; foi conduzida por Abraham Flexner, um educador (1866-1959), que havia realizado um estudo crítico sobre a universidade norte americana.

Entre as recomendações do relatório estava a de integrar a faculdade de medicina à instituição universitária e o requisito de pelo menos dois anos de *college* para a entrada no curso médico, que se fundamentavam nas seguintes justificativas: a

necessidade de competência nas ciências básicas da saúde, a experiência da diversidade cultural, a educação nas artes liberais e a necessidade de mais maturidade nos candidatos à carreira médica. Além disso, preconizava critérios de entrada, redução do número de alunos nas salas de aula, estímulo à pesquisa, hospitais com enfermarias de ensino e dedicação exclusiva dos docentes (32).

Do que se refere aos processos de ensino e aprendizagem, as recomendações do Relatório de 1910 eram coerentes e alinhadas com ideias da Escola Nova nos EUA, liderada por John Dewey (33):

“No lado pedagógico, a medicina moderna, como todo ensino científico, é caracterizada pela atividade. O estudante não mais apenas observa, escuta e memoriza, ele faz. Suas próprias atividades no laboratório e na clínica são os principais fatores na sua instrução e sua disciplina (e na sua formação, podemos atualizar). Uma educação em medicina envolve, tanto o aprender, quanto o aprender como; o estudante não pode efetivamente saber a não ser que ele saiba como.” (32: p. 2242).

Ao contrário de perceber os estudantes como receptáculos para a transmissão do conhecimento produzido, Flexner preconizava o ensino do método científico na escola médica:

“O progresso da Ciência e a prática científica ou inteligente da medicina empregam, portanto, exatamente a mesma técnica. Para usá-la, seja na investigação ou na prática, o estudante deve ser treinado no exercício positivo de suas faculdades. Treinado dessa maneira, a escola médica começa, ao invés de completar, a educação médica. Não pode, em nenhuma hipótese, transmitir ao estudante mais que uma fração dos tesouros reais da ciência, porém pode pelo menos colocá-lo no caminho de ampliar consistentemente seu patrimônio intelectual. Um hábito profissional, definitivamente formado sobre o método científico, converterá cada detalhe de sua experiência prática num fator adicional na sua educação efetiva” (32: p. 2242).

O relatório Flexner sofreu muita resistência no Brasil. De fato, cultivava-se até hoje por aqui uma interpretação pouco consistente do texto desse relatório, sem correspondência com as ideias gerais do mesmo e com forte viés ideológico, como bem esclarece o trabalho de Almeida Filho (32).

A Reforma Universitária no Brasil iniciou em 1968, em pleno regime militar (1964-1984). A estrutura departamental foi instituída, em substituição às cátedras, e determinou-se a obrigatoriedade nas faculdades de um núcleo básico (comum para todas

as áreas da saúde) e um ciclo profissional. As universidades deveriam passar a articular as atividades de ensino e de pesquisa, que até então estavam relativamente desconectadas (34).

Nesta ocasião os indicadores de saúde expressavam as péssimas condições de saúde da população, e as políticas de saúde executadas privilegiavam o setor privado, mediante compra de serviços de assistência médica, apoio aos investimentos e empréstimos com subsídios. O favorecimento aos interesses do grande capital levou à expansão da indústria farmacêutica e do complexo médico-industrial (35).

O rápido avanço científico e tecnológico acentuou os processos de especialização e subespecialização da profissão médica no Brasil. Consolidou-se um currículo que contemplava o ensino de sistemas e órgãos isolados do corpo, feito por disciplinas, segundo a especialidade. A doença nestes moldes é concebida como processo individual, natural e biológico e os estudantes passam a ter uma visão distorcida sobre as demandas de saúde das pessoas (1, 36).

As práticas docentes-assistenciais desenvolvidas nos Hospitais Universitários (HU) por médicos especialistas passam a ser o modelo de formação, e é incorporado de tal forma que “o que acontece nos hospitais universitários transcende os seus próprios limites, repercute fortemente na rede assistencial, no sistema de saúde como um todo” (36: p.21).

Os especialistas passaram a ser a porta de entrada para os pacientes no sistema de saúde e multiplicaram-se as consultas por diferentes médicos para o mesmo usuário, na verdade, um conjunto de órgãos ou sistemas. “A assistência médica do país passou a ser prejudicada devido à escassez de clínicos gerais que tenham uma visão panorâmica do ser humano” (1: p. 34), com consequências sobre a relação médico-paciente, no que tange à confiança, à intimidade e ao desenvolvimento da empatia (37).

No Brasil, nas décadas de 1960 e 1970, existiam experiências incipientes do que hoje é conhecido como APS e estas serviram de inspiração para a criação dos programas de Residência em Medicina Geral e Comunitária, de Porto Alegre, Recife e no Rio de Janeiro (este na UERJ) (38), espaços formais de reflexão e crítica ao modelo de prática médica reducionista tradicional.

Cabe ressaltar que o contexto aqui era o da luta pela redemocratização do país, e da construção de uma sociedade mais justa, e as críticas se constituíam também ao sistema de saúde vigente, às instituições de saúde e às práticas de saúde hegemônicas (39).

Além disso, as mudanças nas condições de vida geradas pelo processo de urbanização, somadas às transições demográfica e epidemiológica ocorridas desde as décadas de 1980 em nosso país, levaram ao aumento significativo da expectativa de vida da população e da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (40). Estas foram responsáveis por 66,3% do total dos anos de vida perdidos por morte prematura ou por viver com incapacidades no Brasil, como revelado pelo estudo carga de doença realizado em 1998 (41) e por 63% das 56 milhões de mortes globais em 2008 (42).

O envelhecimento da população é um agravante para a morbidade por DCNT. Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2025 incluem o Brasil entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com 60 anos e mais. A proporção de idosos no Brasil passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, estimando-se 14% em 2025 (41, 42).

Esse cenário trouxe grandes desafios para a formação médica, pois evidenciou as lacunas do modelo biomédico, uma vez que o atendimento aos portadores de doenças crônicas requer o desenvolvimento de competências para o cuidado, não apenas ao paciente, mas também aos familiares e cuidadores, para o enfrentamento das situações de perda e morte (43).

Desta forma, o modelo biopsicossocial de compreensão do processo de saúde e adoecimento (44) e o movimento de valorização da relação médico-paciente para o sucesso das intervenções terapêuticas (45) ganharam atenção progressiva desde a década de sessenta por diferentes grupos de docentes e, lenta e gradativamente, algumas mudanças de práticas contra hegemônicas foram propostas em algumas escolas médicas em nosso meio (46).

A discussão de forma mais ampliada das propostas de mudanças curriculares, contudo só ocorreu a partir da criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) em 1991 e das pesquisas por esta desenvolvidas, para avaliar a qualidade do ensino médico e contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (47, 48).

Seus resultados iniciaram um longo processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), por diversos agentes (49), até a sua homologação em 2001 (5) e visou reorientar a formação de profissionais de saúde para um outro perfil: generalista, humanista, crítico e reflexivo, com a sua prática orientada pelo princípio da integralidade, entendido como “um valor que merece ser defendido nas práticas de

saúde.” (39: p. 52), pois se relaciona ao ideal de uma sociedade mais justa, mais solidária, almejado pelo movimento da reforma sanitária (39).

Para isso cada escola deveria construir coletivamente seus projetos pedagógicos (PP), centrados no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem e ao mesmo tempo orientado pelas necessidades de saúde dos indivíduos e das comunidades. As escolas deveriam assim favorecer a exposição dos estudantes a situações clínicas prevalentes e diversas, em cenários relevantes de prática profissional, com equipe multidisciplinar e avaliações pertinentes, estimulando a indagação, a criatividade e a capacidade de resolver problemas.

O perfil a ser atingido pelo egresso nas DCNs de 2001 inclui o desenvolvimento de seis competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente, além de vinte e duas competências específicas, listadas em seu artigo 5º, entre as quais uma relacionada à qualidade de vida: “o estudante deve saber cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem estar como cidadão e como médico” (5). A inclusão deste tema nas diretrizes curriculares trouxe uma nova perspectiva para ampliar o debate sobre o cuidado oferecido aos estudantes nas escolas médicas.

2.3 A Educação como atividade modeladora

Etimologicamente, a palavra educação significa processo de dirigir, de conduzir ou de elevar. Tendo em mente o resultado desse processo, diz-se que a educação é uma atividade modeladora, pois pretende formar os seres de acordo com atividades sociais desejadas.

Para John Dewey (1859-1952) - filósofo da educação e ativista social americano - a educação é um processo de socialização através do qual ocorre a auto-renovação de uma comunidade ou grupo social, permitindo sua manutenção a despeito da finitude de seus membros (50).

Essa visão da educação como socialização metódica está muito próxima da de Emile Durkheim (1858-1917), sociólogo francês que a concebe como um processo contínuo e efetivo de introjeção de regras sociais pelos indivíduos mais jovens através de ações dos adultos. Ele identifica em cada um de nós a existência de dois seres: o *ser individual*, constituído de estados mentais que se relacionam conosco mesmos e com os acontecimentos de nossa vida pessoal, e o *ser social*, que corresponde a um conjunto de

sistema de ideias, sentimentos e hábitos que imprimem nos indivíduos as marcas do grupo ou grupos sociais diferentes de que fazem parte, tais como crenças religiosas, práticas morais, tradições profissionais e nacionais. Constituir esse ser social, em cada um de nós, é então o objetivo da educação, entendida como socialização (51).

Assim, para Durkheim, a ação exercida pela sociedade através da educação tem por objetivo elevar os indivíduos, tornando-os seres sociais verdadeiramente humanos, num processo que não prescinde do esforço individual. Somos herdeiros de um trabalho de longos séculos e o aproveitamento da experiência acumulada só é possível na sociedade e por ela (51).

Fazer parte de um grupo significa proceder de modo que se relacione com a ação dos companheiros, compartilhando ideias e emoções que animam e gratificam aqueles. O ambiente social exerce um influxo educativo ou formativo contínuo, independente de qualquer propósito intencional. Segundo Durkheim, mesmo quando as qualidades pareçam à primeira vista espontaneamente desejadas pelos indivíduos, refletem de algum modo as exigências do meio social que as prescreve como necessárias (51)

Assim, o meio, o ambiente particular em que o indivíduo vive, leva-o a ver e a sentir mais uma coisa do que outra, reforçando algumas convicções e enfraquecendo outras. O objetivo de ter bom êxito em suas relações com os outros; de obter a aprovação de outras pessoas, leva-o a adotar gradativamente certos modos de proceder, certas disposições mentais para a ação, formando hábitos. Este inconsciente influxo de estímulo do ambiente é muito sutil e penetrante, sendo que sua força se manifesta principalmente nos hábitos de linguagem, nas maneiras (modos de agir diante de determinadas situações) e no gosto ou apreciação estética (50).

Nesta perspectiva, “ambiente” e “meio”, não se referem apenas ao lugar onde a pessoa se encontra. Indicam também a particular continuidade entre o meio e as próprias tendências ativas do sujeito. O verdadeiro ambiente seriam todas as coisas (próximas ou afastadas no tempo ou no espaço) pelas quais um ser humano *varia* (50).

As escolas são exemplos de meio especialmente preparado para influir na direção mental e moral dos que a frequentam. Elas começaram a existir a partir do momento em que as tradições sociais se tornaram muito complexas e parte importante do legado cultural passou então a ser transmitida por meio de símbolos escritos. Assim, uma das funções básicas dessa instituição social chamada escola seria, segundo Dewey, proporcionar um ambiente “simplificado” aos educandos, selecionando aspectos da vida social a serem abordados e eliminando aqueles considerados desvantajosos para o grupo social (52).

Se o ambiente ou meio significa tudo aquilo que influi nas atividades dos seres humanos, como condições para que eles se desenvolvam, parece funcionar como um elemento muito importante para a compreensão da qualidade de vida, exatamente porque vida não significa mera existência passiva e sim um modo de proceder e agir no espaço social.

2.4 A concepção pedagógica tradicional

Por ocasião do Renascimento Cultural, os conhecimentos advindos das novas ciências passam a ser transmitidos nos níveis superiores de escolarização e novas descobertas precisavam ser estimuladas. Valorizavam-se as humanidades, quer sejam, todos os conhecimentos que formam e desenvolvem o homem, que respeitam a sua personalidade. A educação tornou-se mais prática e procurou substituir processos mecânicos por processos mais agradáveis. Este movimento repercute no seio da Igreja, culminando com a Reforma Protestante (53).

À reforma protestante, a Igreja reagiu através da Inquisição, do Concílio de Trento e da Companhia de Jesus, fundada por Inácio de Loyola.

Os jesuítas² tinham por missão converter os hereges e alimentar os cristãos vacilantes tanto na Europa quanto no mundo colonial. “Contrários ao espírito crítico, eles privilegiaram o dogma, a conservação da tradição, a educação mais científica e moral do que humanista” (53: p. 65)

Ainda que tenha sofrido a influência de inúmeras tendências e adaptações em função de exigências históricas, a escola tradicional dos jesuítas persistiu ao longo de cinco séculos e forneceu um quadro referencial para todas as abordagens pedagógicas que surgiram posteriormente (54, 55).

Nesta abordagem, o homem é inserido num mundo considerado externo a ele e que será conhecido por meio de informações consideradas importantes e úteis e que lhes serão fornecidas pela escola, dando continuidade aos valores dominantes no contexto histórico (55).

A educação tradicional tem como características gerais ser centrada no professor e na transmissão de conhecimentos. A relação professor-aluno é, de uma forma geral, vertical e hierárquica. O mestre detém a autoridade moral e intelectual; o aluno é o

² A pedagogia dos jesuítas exerceu grande influência em quase todo mundo, incluindo o Brasil. Chegaram aqui em 1549, foram expulsos pelo Governo Central em 1759 e retornaram em 1847 (35)

receptor passivo das tradições culturais. Esse tipo de ensino portanto se volta para o que é externo ao aluno: programa, disciplinas, professor.

Os conteúdos são mediados pelo professor na forma de aulas expositivas e demonstrações em sala de aula (auditório). A diferença de carga horária entre as disciplinas revela que umas são mais importantes que outras, privilegiando-se as atividades intelectuais e o raciocínio abstrato. O ambiente é austero para evitar distrações, e pela mesma razão os elementos da vida emocional ou afetiva são reprimidos. O isolamento da escola em relação ao mundo exterior não facilita a transferência de aprendizagem (54).

A fixação dos conteúdos é feita por meio de exercícios de repetição (“dar e tomar a lição”) e não há a mínima preocupação com as diferenças individuais. As possibilidades de cooperação entre os alunos são reduzidas pela ênfase ao esforço intelectual de assimilação dos conteúdos, validado pela nota das provas que, classificatórias, estimulam a competição (54, 55).

Mede-se, assim, a quantidade e a exatidão da reprodução dos conteúdos e as notas indicam o patrimônio cultural acumulado. Dado o valor central das provas como instrumento de avaliação, os estudantes orientam seus estudos pelo que será avaliado e não pelo seu desejo de aprender (54, 55).

Muitas escolas médicas no Brasil, incluindo a FCM/UERJ, ainda se orientam pelos elementos pedagógicos acima descritos, perpetuando um dado modelo de formação, com repercussões na prática dos futuros profissionais de saúde.

2.6 A formação médica e os desafios vivenciados pelos estudantes

Segundo Basil Bernstein, sociólogo da educação britânico (1924-2000), o conhecimento na educação formal é um importante regulador da estrutura da experiência vivida nas escolas e opera por meio de três sistemas de mensagens: o currículo, a pedagogia e a avaliação. O currículo define o conhecimento considerado válido, a pedagogia define o que conta como uma transmissão válida deste conhecimento e a avaliação define o que conta como aprendizagem válida deste conhecimento por parte do educando. A avaliação, portanto, é a melhor expressão do currículo “real” (56).

Ainda segundo este autor, o exame das relações existentes entre as disciplinas em termos da carga horária destinada a cada uma delas é uma das formas de compreender qual conhecimento é valorizado pela instituição (56, 57).

Com relação à distribuição da carga horária, tomando como exemplo o ciclo básico da FCM/UERJ, os conteúdos referentes às ciências biológicas (genética, biologia celular, anatomia, histologia e embriologia, entre outras), ciências humanas e sociais (medicina social, medicina integral e psicologia médica) e ciências exatas (bioestatística e informática médica), compreendem respectivamente cerca de 80%, 14% e 6% da carga horária.

Observa-se a hegemonia absoluta dos conteúdos que permitem a compreensão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico e representam a base científica do exercício profissional, cujo domínio, segundo Ribeiro (6):

“Confere ao médico uma autoridade que dá lugar a uma legitimação da certeza e de verdade. E é usualmente desse lugar que falam o professor e o médico em sua prática, um lugar solitário que dificulta a compreensão de como podem aprender com seus alunos e pacientes.” (Ribeiro, 91: p. 42)

Nesse sentido, os processos de ensino-aprendizagem são orientados pela transmissão do saber, independente da sua utilidade em relação às necessidades de saúde da população. Esse saber faz parte de um mundo externo aos estudantes que só poderá ser compreendido quando uma maneira codificada de ver, cheirar, tocar, falar e escrever forem assimilados em momentos privilegiados do curso (58).

Assim, o ciclo básico se destina ao conhecimento do homem biológico; o ciclo clínico, ao conhecimento das síndromes ou doenças; e o internato, a transformar a teoria acumulada nos anos anteriores em prática assistencial (1).

A cronologia como os conteúdos são introduzidos, a rígida separação entre as disciplinas do básico e da clínica e a inserção tardia dos estudantes em cenários de trabalho, segundo Ribeiro (6), fundamentam-se no pressuposto de aprendizagem como um processo acumulativo e linear que vai da forma para a função, da parte para o todo, do normal para o patológico, do básico para o clínico, da teoria para a prática.

O aluno neste processo se dedica a alcançar a conduta esperada, definida pelos objetivos instrucionais especificados previamente estabelecidos. Para isso, copia e memoriza os conteúdos transmitidos em sala de aula. Estuda apenas o que vai cair nas provas, pois suas notas validam o alcance do desempenho esperado (6).

Observa-se que os estudantes, nos primeiros anos da faculdade, se identificam mais com os pacientes do que com os médicos. Contudo, ao longo da graduação, vão perdendo o idealismo e as motivações humanitárias, adquirindo progressivamente uma atitude, denominada por Renée Fox (apud 59: p. 167), como “desinteressada” – definida como “um balanço entre uma atitude ética de preocupação com as questões de remissão

da doença e da luta contra a morte e a objetividade necessária para o não envolvimento emocional com estes fenômenos” (59).

É importante frisar que este processo se dá tanto pelo aprendizado direto através de estratégias didáticas diversas ou, de uma forma mais duradoura, através do aprendizado indireto, no qual as atitudes, valores e padrões de comportamento são adquiridos como subprodutos do envolvimento contínuo com professores, colegas, pacientes e membros das equipes de saúde, que constituem a escola médica como uma organização social (60).

Todos os aspectos do ambiente escolar que, sem fazer parte do currículo oficial, explícito, contribuem de forma implícita para aprendizagens relevantes, como é o caso do “aprender a ser médico”, são também consistentes processos de socialização e podem ser entendidos como a parte oculta do currículo, o chamado “currículo oculto”. Fazem parte deste não somente as relações sociais estabelecidas na escola, mas também a organização do espaço físico, o uso do tempo, entre outros meios utilizados para moldar comportamentos (61).

O ritual de iniciação a uma postura médica de “não envolvimento” com o sofrimento alheio pode se dar já no primeiro ano, nas aulas de anatomia, onde a desmistificação dos “mistérios do corpo humano” aparece na dissecação de cadáveres (62). Em um ambiente de aparente descontração, essa relação com um objeto sem vida passa a ser praticada, com efeitos possíveis no aprendizado da clínica e na relação futura com os pacientes.

A apresentação do cadáver ao estudante é um ritual de passagem, que se apresenta no trote dado pelos veteranos. As aulas de anatomia são as mais esperadas no início do curso e o uso do jaleco, das luvas, da caixa de dissecação faz o estudante se sentir mais perto da identidade médica.

Diante do corpo morto, o estudante aprende a pensar anatomicamente e a treinar o olhar para perceber as inúmeras estruturas que o compõem. O anonimato do corpo humano é uma pré-condição para a sua transformação em “peça” anatômica passível de ser dissecada. Qualquer evocação da vida e morte que ali existiu gera angústia, e os estudantes, para dar conta das exigências da disciplina, lançam mão de mecanismos de defesa, sendo a racionalização das emoções e sentimentos um deles (58). A desconstrução do sujeito progressivamente se dá também sobre o estudante, já que suas emoções e sentimentos são tratados como algo que atrapalha, conformando as disposições dos futuros profissionais (23, 63).

A próxima etapa significativa da construção da identidade médica ocorre no terceiro ano, durante a disciplina de semiologia médica. Por meio de um conjunto de técnicas, os estudantes aprendem a pesquisar e descrever de forma sistemática e metódica os sintomas (queixas) dos pacientes e os aspectos alterados (sinais) nos seus corpos. A correlação entre os sinais e os sintomas, a partir da história clínica, torna a doença visível. Faz dela uma entidade fisiopatológica (58), distúrbio do corpo máquina, permitindo ao médico estabelecer hipóteses diagnósticas que ele vai buscar confirmar através dos exames complementares para iniciar o tratamento. O processo de desconstrução do sujeito do paciente e do estudante iniciados na anatomia, são aperfeiçoados nesta fase da formação.

O desafio de se aproximar dos pacientes para conhecer sua história clínica traz muitas angústias aos estudantes. O que poderia ser um diálogo aberto ou uma entrevista semiestruturada, na verdade se transforma em um interrogatório sobre as doenças que os estudantes devem aprender a conduzir por meio de roteiros rígidos.

Diante da queixa principal do paciente, espera-se que o estudante saiba o que é relevante perguntar e oriente a sua escuta de modo a rapidamente produzir um relato organizado em termos técnicos. Neste processo, “o paciente, aquele que sofre, é designado como lugar da doença e não como agente da sua narrativa” (58: p.100). Calam-se, assim, tanto o sujeito-paciente como o sujeito-estudante. Ao desconsiderar os múltiplos sentidos do adoecimento de uma dada pessoa, o estudante silencia a própria subjetividade.

O ensino do exame clínico, como na anatomia, também se faz de forma segmentada. O estudante aprende a palpar, auscultar e percudir o corpo por partes. Essa segmentação se apoia nos pressupostos de aprendizagem acima descritos, mas também serve para encobrir o modo como o corpo sujeito é transformado em um corpo objeto:

“Ao se dirigir à doença, deixando o doente de fora, o médico se protege: ele é a parte sadia na relação com seu paciente e este, não sendo considerado em sua totalidade, presta-se menos aos mecanismos identificatórios. As ameaças de dor, sofrimento e morte são, assim, escamoteadas.” (58: p.92).

Solicitar ao paciente que se dispa para o exame físico não é uma tarefa fácil. É preciso que ambos, paciente e estudante se dispam também da sua personalidade e sexualidade, pela negação da erotização de seus corpos. Só assim o paciente se deixará examinar e o estudante poderá examiná-lo de forma objetiva (58).

O internato é o momento de colocar em prática a teoria acumulada. Nesta etapa da construção da identidade médica, a ênfase é no diagnóstico e no tratamento das doenças. A “tensão estruturante” da biomedicina (23: p.31) entre o saber médico e o sentir se intensificam nesta fase da formação e se perpetuam ao longo da residência médica, etapa de formação que contribui para a consolidação da identidade médica (23).

Como será exposto, a expressão deste conflito pode ser vivida como crises ao longo da formação por alguns estudantes, afetando de algum modo a qualidade de vida dos mesmos.

2.6 O suporte oferecido aos estudantes de medicina nas escolas médicas

A saúde mental dos estudantes de medicina desde a década de sessenta é objeto de atenção e cuidado por parte de docentes de Psiquiatria e Psicologia Médica. No HUPE, o reconhecimento de que os primeiros contatos dos estudantes com os pacientes internados são geradores de angústia a ponto de demandarem suporte psicológico, foi descrito pelo Prof. Julio de Mello Filho e sua equipe (64). Com o passar dos anos, as evidências acumuladas sobre o tema foram suficientes para subsidiar a criação de serviços de apoio psicológico aos estudantes em diversas escolas médicas (65).

A Psicologia Médica se desenvolveu enquanto campo do conhecimento, pela dedicação aos aspectos subjetivos da prática Médica. Enquanto disciplina, abre espaço para a expressão da subjetividade dos estudantes (66), embora não suficiente para as suas necessidades (62).

Os serviços de apoio psicológico ao estudante, a depender de sua estrutura, podem realizar diversas atividades como a orientação de professores para o encaminhamento oportuno dos estudantes, entrevista com os calouros e rastreamento de suas dificuldades de adaptação, atendimento psicológico ou psiquiátrico aos estudantes, apoio psicopedagógico para aqueles com baixo rendimento, reorientação vocacional, entre outras (67).

Na FCM, estes serviços são realizados pelo Programa de Apoio Psicopedagógico ao Estudante (PAPE), iniciado como projeto-piloto em 1991 e instituído formalmente em 1993, por meio de ato executivo assinado pelo então Reitor, Prof. Hésio Cordeiro. Foi idealizado pelo Prof. Julio de Mello Filho, na ocasião Prof. Adjunto de Psicologia Médica, motivado pela experiência exitosa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pelo trabalho de atendimento a estudantes que ele vinha fazendo na

FCM/UERJ. Constituiu-se assim um lugar para o encaminhamento das questões emocionais dos estudantes e, portanto, um espaço de fala para os mesmos (68).

Em 2004, a Coordenadoria de Desenvolvimento Acadêmico (CDA), centro de estudos do HUPE, cria o Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Residente. Este oferece um espaço de reflexão, suporte e orientação a residentes e aos Programas de Residência (coordenadores e preceptores). Constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas, tem por objetivo aprimorar estratégias que favoreçam a integração dos diferentes sujeitos do cenário de formação (comum aos estudantes da graduação) visando o desenvolvimento de práticas integrais em saúde e no processo de ensino-aprendizagem.

É sabido que a carga horária a que os estudantes estão submetidos na faculdade de medicina é extensa, ocupadas com atividades de ensino, pesquisa e extensão. Isso se agrava pela dificuldade de administrar o tempo com as exigências das diferentes disciplinas, o que os priva muitas vezes do lazer com amigos e familiares. Soma-se a isso o contato com os pacientes e com a morte (67, 69, 70) e a competitividade entre os colegas, que se acirra com a valorização do desempenho acadêmico durante a graduação e perdura até o processo seletivo para a entrada na residência (71).

Tudo isso exige uma mobilização interna considerável, podendo levar o estudante de medicina ao esgotamento emocional. Não é incomum que os meios para a adaptação ou o enfrentamento e superação das crises vividas na graduação fiquem mais a cargo dos mecanismos e recursos subjetivos e objetivos do estudante do que do apoio institucional oferecido (72).

Atualmente algumas escolas médicas oferecem grupos de tutoria para os estudantes como forma de ampliar os espaços para orientação e suporte ao longo da graduação. Espaços protegidos como esses permitem a livre expressão de sentimentos em relação a questões pessoais, acadêmicas e profissionais (73) e a compreensão, elaboração e integração das situações difíceis (74, 75, 76), vividas na formação.

Na sequência serão apresentados os referenciais teóricos utilizados nesta pesquisa.

3 ASPECTOS TEÓRICOS: a caixa de ferramentas

3.1 A noção de qualidade de vida e o conceito ampliado de saúde

A noção de qualidade de vida (QV) começou a ser desenvolvida a partir de uma convergência de interesses que surgiram no campo das ciências sociais, econômicas, humanas e da saúde. Destacam-se as pesquisas epidemiológicas norte-americanas sobre felicidade e bem estar iniciadas na década de sessenta, estimuladas pela eliminação da miséria e o surgimento de novas demandas da sociedade (77), referências para os debates sobre QV e desenvolvimento econômico (78); a construção do indicador de desenvolvimento humano (IDH), que inclui aspectos econômicos, sociais e culturais na sua definição (79); a preocupação das empresas com a satisfação do usuário para fins de fidelização e aumento dos lucros e suas repercussões sobre os serviços de saúde (80); a insuficiência da biomedicina nas situações onde a cura não é possível (44); a valorização da relação médico-paciente para o sucesso das intervenções terapêuticas (45); e, as pesquisas da psicologia, que levaram a compreensão de características humanas adaptativas, como por exemplo, a resiliência (81).

A consideração sobre as necessidades de saúde da população impulsionou mudanças nas políticas e práticas do campo da saúde, implicando na introdução da QV como uma medida de desfecho para avaliação das intervenções médicas, como um dos resultados esperados na área da promoção em saúde (82).

No senso comum, QV significa uma vida boa, que pelo menos em parte seja fruto de escolhas pessoais genuínas. Entretanto, há décadas vem-se tentando aprimorar os modelos teóricos sobre o termo (82,83) para a construção de instrumentos de avaliação que sintetizem valores de indivíduos e coletividades, a despeito dos desafios em relação às diferenças sociais e culturais existentes (79).

Nesse sentido, as contribuições do psicólogo americano Abraham Maslow (1908-1970) sobre as necessidades básicas humanas universais, materiais ou não (84), foram fundamentais para subsidiar a construção de instrumentos transculturais.

Ainda que alguns problemas conceituais não tenham sido completamente superados, a OMS - a partir da cooperação de um grupo de pesquisadores de várias partes do mundo, chamado Grupo de Qualidade de Vida, *The WHOQOL Group* (85) - chegou à definição de QV como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Os instrumentos desenvolvidos pela

OMS e já validados, inclusive para o português – WHOQOL 100 (86) e WHOQOL-bref (8), baseiam-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito, multidimensional e composta por elementos positivos (que devem estar presentes) e negativos (que devem estar ausentes).

Desta perspectiva, a qualidade de vida não é uma descrição do estado da saúde funcional, mas do modo de perceber e reagir aos muitos aspectos ou domínios da vida, relacionados ou não à saúde, aproximando-se de um conceito mais ampliado desta. Assim, a vida em família, trabalho, moradia, segurança, rede de apoio social, finanças são aspectos da experiência humana que têm um peso alto e, de um modo geral, passam ao largo das ações dos sistemas de saúde (87).

Estudo desenhado com o propósito de identificar a compreensão de um grupo de pacientes portadores de doença crônica sobre saúde e qualidade de vida (88) revelou que estes conceitos se superpõem em alguns aspectos (“ser saudável” e “funcionar adequadamente”), mas não em outros, ratificando o que foi posto acima, de que saúde física para os pacientes não corresponde diretamente à QV. Para estes, QV passava por ter também condições de vida, uma boa rede de apoio e uma visão positiva da vida.

Cuidar da saúde física, portanto, não é igual a cuidar da QV. Entretanto, o que ocorre na medicina algumas vezes é o prolongamento de vidas, a despeito da qualidade dos anos extras (89). Esta postura ou prática pode ser relacionada ao fato da formação médica ser ainda hegemonicamente centrada na doença. Além disso, o modelo assistencial curativo, de uma forma geral, não privilegia reflexões para a elaboração das vivências no trabalho assistencial e nem o desenvolvimento da empatia.

3.2 O conceito de *Habitus*

A ideia de disposições desenvolvidas na vida social, anteriormente abordada pela leitura das obras de John Dewey e Émile Durkheim, foi aprofundada pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu (1930-2002) e bem sintetizada no conceito de *habitus*: um conjunto de inclinações a perceber, sentir, pensar e fazer, de certa maneira interiorizada e incorporada geralmente de modo inconsciente, decorrentes das condições objetivas de existência e da trajetória social do agente. Ainda que essas disposições possam ser modificadas no curso de nossa vida (não são determinísticas e sim plásticas, flexíveis), elas podem ser tão enraizadas que tendem a resistir a mudanças (são duráveis) e tem efeitos sobre outras esferas de experiências (são transponíveis), ou seja, são disposições adquiridas ao longo de experiências diversas (familiares, escola, grupos

de pares, etc.) e têm efeitos sobre outras esferas da vida social (profissão, trabalho, política, etc.) (90, 91).

Este conceito de *habitus* desenvolvido por Bourdieu, a partir de uma noção (*hexis*) já presente na obra de Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.), foi pensado como um expediente para escapar da perspectiva determinista do estruturalismo (tendência a conceber a ordem social como algo que determina de fora para dentro, de maneira inflexível, as ações individuais), sem cair em uma abordagem puramente subjetivista das ações dos agentes (tendência a ver a ordem social como produto consciente e intencional de ações individuais) (92,93).

Habitus pode ser então entendido como a história encarnada nos corpos, é a maneira como as estruturas sociais se imprimem em nossas cabeças e em nossos corpos, pela “interiorização da exterioridade”. São de tal forma internalizadas que chegamos a ignorar que existem. São as rotinas corporais e mentais inconscientes, que nos permitem agir sem pensar. É o produto de um processo de aprendizagem do qual já não temos mais consciência e que se expressa por uma atitude “natural” de nos conduzirmos em um determinado meio. Ele contém em si o conhecimento e o reconhecimento das “regras do jogo” em um dado campo; automatiza as escolhas e as ações, “economiza” o cálculo e a reflexão. Tendemos a perceber, pensar e agir de acordo com a lógica do campo em que atuamos e da posição que nele ocupamos (91, 94).

Os *habitus* constituem a nossa maneira de perceber, julgar e valorizar o mundo e conformam a nossa forma de agir, corporal e materialmente, mas não designam simplesmente um condicionamento, mas uma espécie de matriz da ação. Eles são estruturas estruturadas (disposições interiorizadas, duráveis) e estruturantes (geradoras de práticas e representações). Engendram e são engendrados pela lógica dos campos em que atuamos (95).

Dado que a Saúde é um campo e que neste a Medicina ocupa historicamente uma posição central, a despeito do reconhecimento da importância das práticas multiprofissionais, identificamos no curso de Medicina um espaço consistente de formação dessa matriz de ação, de onde emergem também as práticas profissionais dos futuros médicos. Desta perspectiva, pensar a questão da qualidade de vida dos estudantes e relacioná-la aos processos de formação é um modo de acompanhar e compreender o desenvolvimento de determinadas características que conformam a identidade e as ações desses agentes sociais, os médicos.

4 A FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UERJ

4.1 Aspectos históricos

Esta Faculdade foi fundada como Sociedade Anônima Faculdade de Ciências Médicas, em 1936, por um grupo de médicos liderados pelo Dr. Rolando Monteiro e foi reconhecida, mediante concessão de alvará em 1938, quando então a congregação reuniu-se pela primeira vez.

Progressivamente, com os concursos, formaram-se dois grupos de professores: os acionistas (empregadores) e os concursados (empregados) e estes, apesar de maioria, não tinham o poder de mando e começaram a ficar insatisfeitos com os rumos da Faculdade. Posteriormente, com o fim do Estado Novo, professores que haviam sido afastados, voltam à cena nas Ciências Médicas e os políticos retomam a discussão sobre a Universidade do Distrito Federal (UDF). Somou-se a este quadro a agitação estudantil pelo alto custo do ensino.

A encampação pública pela UDF significava então a possibilidade de uma congregação mais democrática e a redução do valor das mensalidades para os estudantes. Isto aconteceu em 1950, com a aglutinação da FCM com as faculdades particulares de Direito, Economia e Filosofia. Seu primeiro reitor em 1952, foi o Dr. Rolando Monteiro que, por não atender às reivindicações dos estudantes em greve pelo repasse das verbas destinadas à redução das mensalidades, foi destituído do cargo. Daí resultou também a instituição do ensino gratuito na UDF.

Para a FCM, o problema que se apresentava era a necessidade de um hospital próprio e o Hospital Geral Pedro Ernesto passou a ser cogitado. Este hospital fora pensado pelo ex-prefeito do Distrito Federal, o Dr. Pedro Ernesto (1884-1942), cirurgião e político de grande prestígio popular, para atender a população pobre que necessitasse de atendimento médico especializado. Foi construído em Vila Isabel, ponto considerado central, sendo as obras interrompidas por ocasião da prisão do prefeito em 1936, acusado de comunismo.

Em 1961, com a transferência do Distrito Federal para Brasília, o governador Carlos Lacerda fundou a Universidade do Estado da Guanabara e transferiu o Hospital Geral Pedro Ernesto para a nova universidade, realizando o projeto da FCM, de ter seu Hospital de Clínicas, mas não a isenta de conflitos entre os docentes e os médicos que ali trabalhavam.

Quando o Hospital foi incorporado à Universidade, o prédio, hoje chamado Prof. Américo Piquet Carneiro e que no projeto original serviria aos laboratórios, lavanderia e capela, foi aproveitado para a instalação das cadeiras básicas da FCM. Dessa forma, a FCM passou a ser a primeira Faculdade de Medicina do Estado a funcionar integralmente numa única área da antiga Guanabara, o que a valorizou como escola médica e fortaleceu o movimento estudantil, uma vez que passa a ser possível aos estudantes se encontrarem e discutirem seus problemas e anseios.

Paralelamente, a elaboração da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1961), com destaque para o papel da Universidade na sociedade e a participação dos estudantes, a agitação estudantil amadurece em prol da reforma universitária, pelo fim das cátedras vitalícias e pela democratização da universidade e culmina em greve, em 1962, em favor da participação dos estudantes nos órgãos colegiados, na proporção de um terço do total dos membros.

Todos esses movimentos fazem com que progressivamente o Centro Acadêmico Sir Alexander Fleming (CASAF), perca o caráter meramente recreativo.

A Semana de Calouros foi criada em 1964, pela brigada contra o trote, para promover uma integração mais humanas entre os estudantes e uma adaptação mais rápida dos novos estudantes. Contudo, além de atividades culturais e esportivas, havia uma apresentação aos novos estudantes dos problemas da escola.

Em 1968 foi divulgado os resultados do inquérito sobre o ensino na FCM realizado pelo CASAF. Alguns dos elementos destacados para encaminhar uma reforma curricular na ocasião foram: a irresponsabilidade da escola frente aos problemas da sociedade, a memorização e não o raciocínio como processo chave da aprendizagem, o hospital como único cenário de prática e o lugar do estudante como sujeito de sua aprendizagem (96).

4.2 O organograma e características do curso

A Direção da FCM é composta por Diretor e Vice-diretor eleitos por docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos, em pleito para gestão com duração de quatro anos.

A Direção designa seus coordenadores executivos para os cursos de Graduação e de Pós-Graduação, para a Extensão, Pesquisa, Relações Internacionais, Apoio Administrativo, Internato e Comitê Permanente de Educação Médica (COPEM) e a

presidência da Comissão de Residência Médica (COREME). O PAPE está vinculado à Coordenação de Graduação.

O Conselho Departamental é a instância máxima deliberativa da FCM e tem sua estrutura e competências definidas pelo Conselho Universitário da UERJ, sendo constituído pelos seguintes membros:

Com direito a voz e voto: diretor e vice-diretor da FCM, Chefes de Departamento, representantes do corpo discente e de funcionários; e com direito a voz: diretores do HUPE e da Policlínica Piquet Carneiro, Presidente da COREME e Coordenadores Executivos.

A FCM possui onze departamentos, discriminados no ANEXO 8.

O curso de graduação em Medicina, com grau de bacharelado, tem seis anos de duração. É integralizado em um mínimo de seis anos e um máximo de nove anos e o seu regime é do tipo seriado semestral.

A modalidade de ensino é presencial, a carga horária total é de 9.759 horas/aula, sendo 6.033 horas do 1º ao 9º períodos e 3.726 horas no internato, cumpridas em período integral (de 7:50 horas às 17:50 horas) (18).

4.3 Localização

O curso de Medicina da FCM/UERJ ocorre em grande parte, dentro dos “muros” do HUPE, situado no Boulevard 28 de setembro, 77, Vila Isabel.

Neste *campus* se localiza o prédio Américo Piquet Carneiro, de seis andares, onde funcionam o Instituto de Biologia, a direção da FCM, o PAPE, a biblioteca, além das salas de aula e laboratórios utilizados por grande parte das disciplinas do ciclo básico.

O HUPE é o local onde os estudantes passam a maior parte do seu tempo acadêmico a partir do terceiro ano. Este hospital atualmente funciona com uma capacidade aproximada de 530 leitos e não oferece atendimento de emergência, embora tenha o “plantão geral”, para suporte ao atendimento de urgência aos seus pacientes internados ou ambulatoriais.

Além desses prédios principais e centrais há os chamados anexos, como o prédio dos ambulatórios, que tem três andares e destina-se ao atendimento de pacientes externos, e aqueles relacionados a serviços específicos como à Fisiatria, NESAs (Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente), Psiquiatria, Oncologia, Radiologia. Há também

uma casa de dois andares - sede do CASAF, onde funciona um pequeno restaurante e um serviço de *xerox*.

No *campus* Maracanã, os estudantes cumprem alguns créditos no Instituto de Medicina Social (IMS), no Instituto de Química e na UNATI (Universidade Aberta da Terceira Idade). Além disso, a Policlínica Piquet Carneiro e algumas Clínicas da Família da Prefeitura do Rio de Janeiro são cenários de ensino-aprendizagem para os estudantes.

4.4 O regime de cotas para estudantes carentes

Através da Lei Estadual 4151/2003 (97), que estabeleceu cotas para ingresso de estudantes carentes nas universidades públicas estaduais do Rio de Janeiro, com vistas à redução de desigualdades étnicas, sociais e econômicas, a UERJ foi pioneira no estabelecimento de políticas afirmativas. A fim de cumprir esse princípio, o percentual de vagas reservadas é assim distribuído: 20% para estudantes oriundos da rede pública de ensino; 20% para negros; 5% para pessoas com deficiência, nos termos da legislação em vigor e integrantes de minorias étnicas.

O limite de renda bruta média familiar per capita que configura a carência é definido pela UERJ a cada ano: em 2004, esse valor foi igual a R\$ 300,00; em 2005 e em 2006 a R\$ 520,00; em 2007 a R\$ 630,00; em 2010 a R\$ 960,00 e 2015 a R\$ 1086,00 (98).

Para apoiar e ampliar as possibilidades da permanência com aproveitamento na universidade do estudante que ingressa pelo sistema de cotas até a conclusão do curso, a UERJ criou o Programa de Iniciação Acadêmica (PROINICIAR). Este programa oferece: bolsa permanência - atualmente no valor de R\$400,00, material didático (escolhido pela direção das unidades acadêmicas), bilhete único carioca – instituído pela Lei Municipal 5266/2011, atividades acadêmicas (disciplinas instrumentais, oficinas, atividades culturais e inserção em práticas acadêmicas), entre outros serviços de atendimento (99).

Em relação às bolsas, inicialmente elas eram oferecidas apenas para alunos do primeiro e segundo anos de estudo mas, a partir de 2008, através da mudança da lei de 2003, proposta em articulação com a UERJ, as bolsas foram estendidas a todos os cotistas com matrícula regular e que mantivessem a situação de carência ao longo do curso. Esta bolsa pode ser acumulada com bolsas de estágio externo e não é vedada a opção por outros tipos de bolsas oferecidas pela Universidade (100).

Além disso, são realizadas avaliações pela Sub-reitoria de Graduação do rendimento acadêmico desses estudantes e grau de evasão, sendo disponíveis os resultados por Centros Acadêmicos (101). Levantamento de 2012 revelou que os alunos cotistas têm índice de evasão menor do que os dos não cotistas (20% vs 33%) e, dentre os cotistas, aqueles ingressantes pelo recorte racial são os que menos evadem. Nesta ocasião, não foram observadas discrepâncias significativas no desempenho (refletido em notas) de cotistas e não cotistas (100, 101).

4.5 O perfil dos estudantes e dos docentes de medicina da UERJ

Os dados que serão descritos aqui correspondem aos resultados preliminares do censo MedUERJ 2011 e que foram apresentados no III Seminário de Aprimoramento Curricular da FCM/UERJ em dezembro de 2012 (102).

A idade média dos 542 estudantes que participaram foi 23,6 anos, sendo 61% do sexo feminino e 46% cotistas. Entre os que se autodenominam negros ou pardos, 25% não são cotistas.

Quanto à motivação para estudar Medicina, 57% atribuíram à vocação, 18% ao desejo de fazer o bem ou ser útil e 10% ao interesse científico. A escolarização prévia foi realizada exclusivamente em escola privada ou pública, respectivamente por 52% e 26% dos estudantes. Em relação ao processo de seleção, 69% dos estudantes o consideram injusto, sendo 84% favoráveis ao recorte social e 25% ao recorte racial. Quanto ao maior grau de instrução dos pais, 62% referiram pelo menos o superior completo e 29% entre o médio completo ou menos. Em relação ao parentesco com médicos, 60% negaram.

São 297 os professores servidores da FCM. Destes, 79% trabalham em regime de 40h, sendo 67% doutores e 26% mestres, distribuídos nos 11 departamentos e 144 disciplinas, sendo 45 (31%) obrigatórias (103).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Conhecer as percepções dos estudantes e docentes sobre as práticas pedagógicas da FCM/UERJ e a relação que os estudantes fazem entre estas e sua qualidade de vida (QV).

5.2 Objetivos Específicos

1- Analisar as relações entre os aspectos sócio-demográficos, o ano de graduação, a forma de ingresso na faculdade e a presença de morbidade crônica referida e a QV dos estudantes de medicina da FCM/UERJ.

2- Analisar as percepções dos estudantes sobre a relação entre cotidiano da vida acadêmica e a sua QV.

3- Analisar como os estudantes vivenciam as práticas pedagógicas durante o curso médico e qual a relação que estabelecem entre essa vivência e a sua QV.

6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

6.1 Abordagem quantitativa

Tratou-se aqui de estudo exploratório descritivo e transversal de uma amostra representativa por período anual de graduação, composta de 394 estudantes (erro de 6,5%), que representavam 72% dos matriculados na FCM da UERJ em 2010.

Aplicou-se o instrumento WHOQoL-bref adaptado (104), que contém 26 questões, das quais as duas primeiras são sobre a auto-avaliação do entrevistado sobre sua QV (QVR) e sobre sua satisfação com a saúde (SS) e as demais 24 questões são distribuídas em quatro domínios (Quadro 1): físico, psicológico, relações sociais, meio-ambiente. Assim, os domínios são representados por 24 facetas e cada faceta é composta por uma pergunta. Todas as questões foram formuladas para respostas do tipo Likert, com escala de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim-muito bom). Seu autopreenchimento leva cerca de dez a quinze minutos (8).

Sobre o uso do WHOQoL-Bref como instrumento de coleta de dados para avaliações de QV, um estudo de revisão revelou que 80% dos 169 artigos publicados de 1998 a 2006, estão concentrados a partir de 2004, numa tendência crescente, tendo sido o Brasil o que mais publicou entre trinta e três países com representação de todos os continentes. Além disso, 23% dos estudos desta amostra foram realizados em população geral e 20% abordaram a QV em um grupo (análise de subgrupos) (105). Com relação à validade interna do WHOQoL-Bref aplicado em uma amostra de estudantes de medicina, foi detectada adequada consistência interna com alfa de Cronbach de 0,89 para a qualidade de vida aferida (106). Motivado pelas DCN (7), este instrumento vem sendo usado em pesquisas sobre a QV dos estudantes de medicina (7, 9, 10, 107).

Além do WHOQoL-Bref, foram acrescentadas ao instrumento entregue aos alunos desta pesquisa questões para identificação do sexo, da idade, do ano da graduação em curso, da renda familiar aproximada em reais e do número de pessoas além do estudante que dependem desta renda, da forma de ingresso na faculdade (por cota ou não), da classificação econômica pelo critério Brasil 2008 (108) e do grau de instrução do chefe da família. Além disso, realizou-se a investigação sobre a presença de morbidade crônica referida (MCR) por meio de duas perguntas: “Você faz

tratamento continuado para alguma doença? Em caso afirmativo, que doença?” (Anexo 3).

Quadro 1 - Domínios do WHOQoL-bref

Domínio	N. de questões	Abrangência
Físico	7	dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.
Psicológico	6	sentimentos positivos, pensar e aprender, memória e concentração, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade.
Relações Sociais	3	relações pessoais, suporte social e atividade sexual
Meio Ambiente	8	segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, atividades de lazer, ambiente físico e transporte.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2010 e a entrada dos dados foi feita com dupla digitação, conferência cruzada e máscara eletrônica Access ® com critério de controle de qualidade e a base final analisada no SPSS v.17. Para a análise de dados foram utilizados testes qui-quadrado, ANOVA/pós Hoc de Bonferroni e razão de produtos cruzados (“Odds Ratio” – OR), com seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) (109).

Foi realizada a análise estatística para detecção de diferenças de proporções/médias (p-valor 5%), entre os estratos: sexo (masculino/feminino), MCR (Sim/Não), forma de ingresso por cota (Sim/Não), classe econômica pelo critério Brasil 2008 (Classe A, B e C), ano de graduação (primeiro ao sexto ano), em função das dimensões QVR, SS; e os quatro domínios do WHOQOL: físico (D1), psicológico (D2), relação social (D3) e meio ambiente (D4). Os escores do WHOQOL foram calculados conforme as recomendações da OMS, utilizando sintaxe no SPSS (110).

Para a elaboração das tabelas e gráficos, foi usada também a planilha eletrônica Microsoft Excel. E, para todas as análises, foi considerado o nível de significância (α)

de 5%. Foi realizado teste de diferenças de médias entre renda familiar e as classes do critério Brasil para verificação da consistência interna do instrumento.

Realizou-se também uma análise estratificada, focando-se apenas no subgrupo com alguma MCR. Para este, foram evidenciados os resultados das médias de QV em cada um dos domínios do WHOQOL-bref segundo as variáveis independentes de análise (sócio demográficas), bem como se realizou o Teste-t e ANOVA para comparação das médias em cada domínio para cada variável de interesse.

Por fim, realizou-se regressões lineares múltiplas, onde cada domínio do WHOQOL-bref foi um desfecho (variável dependente) e as variáveis independentes foram as significativas na análise bivariada (111). As citadas regressões foram realizadas via stepwise backward (112), entre as variáveis incluídas e cada um dos desfechos de qualidade de vida, obtendo-se os modelos finais, conforme demonstrado na figura 1A.



Figura 1A: Modelo teórico das regressões lineares múltiplas.

6.2 Abordagem qualitativa

Esta parte do estudo visou esclarecer alguns resultados encontrados na primeira fase e ampliar a compreensão sobre as relações entre a qualidade de vida dos estudantes de medicina e a formação médica na FCM/UERJ. Para isso, realizaram-se entrevistas com alunos e professores, sendo estas últimas complementares ao processo de análise das percepções dos alunos.

O instrumento escolhido foi a entrevista em sua forma semi-estruturada (Anexo 4). Esta modalidade de entrevista permite por um lado, que o entrevistado estruture seu pensamento sobre o objeto da pesquisa (aspecto parcialmente não diretivo) e, por outro, permite ao pesquisador o aprofundamento de pontos que mereçam ser mais bem explicitados (aspecto parcialmente diretivo) (113).

Inicialmente foi feito contato por e-mail com os representantes de cada turma da graduação para a divulgação da pesquisa: seus objetivos e métodos para a seleção dos interessados, local e tempo previsto de duração da entrevista.

Como critério de inclusão, os estudantes deveriam estar cursando todas as disciplinas obrigatórias exigidas para o seu ano de graduação. Como critério de exclusão, estabelecemos ser aluno da pesquisadora no momento da coleta de dados ou estar em dependência de alguma disciplina.

Segundo Minayo (114), nos estudos qualitativos, os critérios de valor da amostra se relacionam com sua adequação aos objetivos da pesquisa, representatividade e diversidade. Para esta autora, classe ou segmento, gênero, faixa etária e etnia constituem os parâmetros para qualquer tipo de olhar para a complexidade da realidade social.

Além de seguir a linha do seu interlocutor e zelar pela pertinência das afirmações em relação aos objetivos da pesquisa, cabe ao entrevistador a responsabilidade pela instauração de um clima de confiança e pelo controle do impacto das condições sociais da interação sobre a entrevista.

Considera-se que a qualidade dos dados é mais baixa quando entre os interlocutores estão subjacentes relações de poder ou hierárquicas, tais como a relação professor-aluno. Entretanto, como a entrevista deve ser sempre analisada como um processo de influências, segundo Charles B. Truax, (113) concluímos que:

“isso nos leva a considerar que, na condução da entrevista, a finalidade não pode ser a de anular a influência, uma vez que ela é inevitável. Por conseguinte, importa minimizar o impacto das possíveis influências, mas, sobretudo poder detectá-las e interpretá-las como elementos que fazem

parte da relação social inquiridor/inquirido e que são, conseqüentemente, susceptíveis a análise”. (Charles B. Truax, 113: p.94)

Alguns cuidados foram tomados na realização da entrevista, como a escolha de local, que ofereceu privacidade aos sujeitos da pesquisa, a disposição entre os interlocutores e a duração da entrevista.

É útil recordar que “aquilo que nos é dito presta informações, em primeiro lugar, sobre o pensamento da pessoa que fala e, secundariamente, sobre a realidade que é objeto do discurso” (113: p.85). Em função disto, utilizamos alguns procedimentos que nos permitiram ampliar a compreensão das percepções dos estudantes, como a apreciação do currículo em vigor, por meio das ementas das disciplinas e sua carga horária e as entrevistas com os professores.

Quanto à seleção dos docentes, as entrevistas foram realizadas com gestores da FCM e coordenadores de disciplinas obrigatórias com carga horária mínima de 80hs-aula por semestre.

Pretendeu-se contar com a representação de diferentes departamentos (desde que atendido o critério acima) e de disciplinas dos seis anos da graduação.

As entrevistas foram feitas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos (Anexos 6 e 7). Todas, com exceção de uma, por erro técnico, foram gravadas e transcritas, preservando-se a integralidade das respostas. A análise foi desenvolvida durante todo o processo de coleta, interrompendo-se as entrevistas pelo critério de saturação.

O tratamento das entrevistas transcritas foi feito por meio da Análise de Conteúdo na modalidade temática. Segundo Bardin (115), a análise de conteúdo, historicamente, oscila entre duas tendências metodológicas: a abordagem quantitativa que privilegia a frequência com que surgem certas características do conteúdo e a abordagem qualitativa, que valoriza a presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo. A autora propõe uma definição abrangente sobre a análise de conteúdo e é nesta perspectiva que os dados deste estudo foram analisados:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (115: p. 44).

A análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa

para o objetivo analítico escolhido” (115, p. 131). O tema é a unidade de significação a ser codificada em nível semântico, que “se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (115, p. 131). Em geral, a análise temática é usada para pesquisar sobre as opiniões, atitudes, valores, crenças etc. As seguintes etapas de análise foram adaptadas de Gomes (116) e Bardin (115) para este estudo:

- Pré-análise: organização do material a ser analisado; realização de uma leitura compreensiva e exaustiva de todo o material procurando ter uma visão de conjunto, perceber as particularidades do acervo, elaborar pressupostos iniciais que orientarão a análise e a interpretação dos dados, criar uma classificação inicial e definir os conceitos teóricos que nortearão a análise.

- Exploração do material: etapa de análise propriamente dita, tendo por fio condutor o que foi decidido anteriormente. Foi realizada uma distribuição de trechos, frases ou fragmentos de acordo com a classificação inicial, identificando os “núcleos de sentido” e fazendo um diálogo entre eles e os pressupostos iniciais. Posteriormente, as partes do texto foram reagrupadas por temas e então elaborada uma articulação destes com os conceitos teóricos orientadores da análise.

- Tratamento dos resultados e interpretações: momento de aprofundamento da análise à luz do referencial teórico.

7. ASPECTOS ÉTICOS

A etapa quantitativa da pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (número: 2580; CAAE: 0039.0.228000-10) – anexo 1.

A etapa qualitativa da pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz (CAAE: 15791513.0.0000.5240), após aprovação do projeto pela Banca de Qualificação.

O trabalho de campo em ambas as etapas da pesquisa foi realizado com a anuência da direção da unidade acadêmica. Todos os participantes (estudantes e professores de medicina) o fizeram voluntariamente, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constava a garantia do seu anonimato (Anexos 2, 6 e 7).

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como desdobramento desta tese, visamos à elaboração e publicação de quatro artigos, os quais seguirão os seus objetivos específicos.

Artigo 1: Qualidade de vida de estudantes de medicina por meio do Whoqol-bref - UERJ, 2010.

Publicado em 2013 pela Revista Brasileira de Educação Médica.

Avaliado pela banca prévia. Apresenta os resultados da análise bivariada dos aspectos socio-demográficos, ano de graduação, forma de ingresso na faculdade, presença de morbidade crônica referida (fatores associados) e QV dos estudantes de medicina da FCM/UERJ (desfecho).

Artigo 2: Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada.

Publicado em fevereiro de 2015 pela Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Apresenta os resultados de regressões lineares múltiplas, onde cada domínio do WHOQoL-bref foi um desfecho e as variáveis independentes foram àquelas significativas na análise bivariada.

Artigo 3: Processos de formação profissional dos estudantes de medicina: um estudo sobre as relações entre qualidade de vida e cotidiano escolar.

Apresenta os resultados da análise das percepções dos estudantes da UERJ sobre o seu cotidiano na escola médica e as relações com sua qualidade de vida, utilizando-se como referência os quatro domínios do WHOQoL-bref e o conceito de *habitus*.

Artigo 4: Qualidade de vida dos estudantes, processos de formação profissional e práticas pedagógicas: um estudo sobre as percepções de estudantes de medicina

Apresenta os resultados da análise das percepções dos estudantes sobre as práticas pedagógicas dos seus professores e as relações com sua qualidade de vida.

Qualidade de Vida de Estudantes de Medicina medida pelo WHOQOL-bref — UERJ, 2010

Quality of Life of Medical Students by WHOQOL-bref scoring — UERJ, 2010

Ana Claudia Santos Chazan¹
Mônica Rodrigues Campos^{II}

PALAVRAS-CHAVE:

- Qualidade de Vida;
- Educação de Graduação em Medicina;
- Estudantes de Medicina;
- Doença Crônica.

KEYWORDS:

- Quality of Life;
- Education, Medical, Undergraduate;
- Students, Medical;
- Chronic Disease.

Recebido em: 21/08/2012

Reencaminhado em: 10/10/2012

Reencaminhado em: 04/04/2013

Reencaminhado em: 26/05/2013

Aprovado em: 31/07/2013

RESUMO

O WHOQOL-bref foi utilizado em estudo transversal para avaliar a influência do sexo, da forma de ingresso, do ano de graduação, da classe econômica e da presença de morbidade crônica referida (MCR), na qualidade de vida (QV) de 394 estudantes de medicina da UERJ (72% dos 545 matriculados em 2010, erro 6,5%). A análise estatística foi feita no SPSS v17 e utilizados testes qui-quadrado, ANOVA/pós Hoc de Bonferroni (p valor = 5%) e razão dos produtos cruzados ("Odds Ratio" — OR) com respectivos intervalos de confiança (IC 95%). A idade média foi de 23 anos, sendo 61% mulheres, 43% cotistas (dos quais 64% mulheres) e 20% referiu morbidade crônica. De 0-100, a média da QV referida foi 66 e da satisfação com saúde 62. Os menores escores de QV foram observados nos estudantes do sexo feminino, com morbidade crônica referida (MCR), que ingressaram por reserva de vagas, da classe C e do terceiro e sexto ano. Os resultados apontam para a necessidade de estudos qualitativos para aprofundar as informações sobre a QV dos estudantes da UERJ.

ABSTRACT

WHOQOL-bref scoring was used in this cross-sectional study to assess the influence of sex, form of admission, year of graduation, economic class and the presence of referred chronic morbidity (RCM) on the quality of life (QOL) of 394 medical students from UERJ (72% of 545 enrolled in 2010, margin of error 6.5%). The statistical analysis was performed in SPSS v17 using chi-squared tests, Bonferroni post-hoc ANOVA (pvalue=5%) and odds ratio (OR) with corresponding confidence intervals (CI 95%). Mean age was 23 years, with 61% women, 43% admitted under positive discrimination ethnic quotas (64% women) and 20% referred chronic disease. From 0 to 100, the average referred QOL was 66 and satisfaction with health was 62. The lowest QOL scores were observed among 3rd and 6th year students who were women, with RCM, who had been admitted via reserved university places and belonged to economic class C. The results indicate the need for qualitative studies to improve our understanding of the QOL of UERJ students.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{II} Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida (QV) começou a ser desenvolvido em meados da década de setenta a partir de uma convergência de interesses que surgiram no campo das ciências sociais, econômicas, humanas e da saúde¹. No âmbito da saúde, destacam-se a insuficiência do conhecimento biomédico para aliviar o sofrimento das pessoas nas situações onde a cura não é possível² e a valorização da relação médico-paciente para o sucesso das intervenções terapêuticas³.

São grandes os esforços feitos desde então para o aprimoramento de modelos teóricos sobre QV^{1,4} e para a construção de instrumentos de fácil aplicação que sintetizem valores de indivíduos e coletividades, a despeito das diferenças sociais e culturais existentes⁵. A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization — WHO), a partir de um esforço cooperativo de alguns pesquisadores de várias partes do mundo, criou o Grupo de Qualidade de Vida (Quality of life — QOL) The WHOQOL Group⁶, que define QV como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Os instrumentos então desenvolvidos por esta organização e já validados no Brasil para o português — WHOQOL 100⁷ (instrumento com 100 questões sobre QV) e WHOQOL-bref⁸ (versão abreviada com 26 questões) — baseiam-se nos pressupostos de que QV é uma construção subjetiva, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito, multidimensional e composta por elementos positivos (que devem estar presentes, como a mobilidade) e negativos (que devem estar ausentes, como a dor).

As questões relacionadas ao domínio físico abrangem aspectos como a presença de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho, aspectos que se relacionam à capacidade física. Entretanto, esse instrumento não tem como objetivo uma descrição do estado da saúde funcional, mas do modo de perceber e reagir aos muitos aspectos e domínios da vida, que vão além da saúde física, aproximando-se de um conceito mais ampliado de saúde. Assim, a vida em família, trabalho, moradia, segurança, rede de apoio social e finanças são aspectos da experiência humana com um peso alto para a QV, considerada hoje um desfecho em saúde no campo da promoção.

Sobre o uso do WHOQOL-bref como instrumento de coleta de dados para avaliações de QV, um estudo de revisão revelou que 80% dos 169 artigos publicados de 1998 a 2006 estão concentrados a partir de 2004, numa tendência crescente, em que o Brasil se destaca como o país que mais publicou

em comparação aos outros 33 países representantes de todos os continentes. Além disso, 23% dos estudos dessa amostra foram realizados em população geral, e 20% abordaram a QV em um grupo com a análise comparativa de subgrupos⁹.

Nos últimos anos, esse instrumento vem sendo aplicado também em nosso meio para a realização de pesquisas sobre a QV dos estudantes de medicina^{10,11,12,13}, sendo que, recentemente, um estudo da Nova Zelândia detectou adequada consistência interna com alfa de Cronbach de 0,89 para a qualidade de vida aferida¹⁴ de uma amostra de estudantes de medicina.

O objetivo deste estudo é conhecer como o sexo, a forma de ingresso na faculdade, a presença de morbidade crônica referida, o ano de graduação e a classe econômica (variáveis de exposição para efeito da análise estatística) influenciam a QV do estudante de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), de modo a contribuir com elementos para a reflexão dos docentes e discentes sobre o tema.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório descritivo transversal de uma amostra representativa por período anual de graduação, composta de 394 estudantes (erro de 6,5%), que representam 72% dos matriculados na FCM/UERJ em 2010.

Aplicou-se o instrumento WHOQOL-bref adaptado¹⁵, que contém 26 questões, das quais as duas primeiras são sobre a autoavaliação do entrevistado sobre sua QV (qualidade de vida referida — QVR) e sobre sua satisfação com a saúde (SS). As demais 24 questões são distribuídas em quatro domínios: físico (sete questões), psicológico (seis), relações sociais (três) e meio ambiente (oito). Assim, os domínios são representados por 24 facetas, e cada faceta é composta por uma pergunta. Todas as questões foram formuladas para respostas do tipo Likert, com escala de intensidade (nada/extremamente), capacidade (nada/completamente), frequência (nunca/sempre) e avaliação (muito insatisfeito/muito satisfeito; muito ruim, muito bom). Seu autoperenchimento leva cerca de dez a quinze minutos⁸. Os escores são transformados em uma escala linear que varia de 0-100, sendo estes respectivamente os valores menos e mais favoráveis de QV.

Foram acrescentadas ao WHOQOL-bref questões para identificação do sexo, da idade, do ano da graduação em curso, da renda familiar aproximada em reais e do número de pessoas além do estudante que dependem dessa renda, da forma de ingresso na faculdade (por cota ou não), da classificação econômica pelo critério Brasil 2008¹⁶ e do grau de instrução do chefe da família. Além disso, realizou-se a investigação sobre a presença de morbidade crônica referida (MCR) por meio de

pergunta: “Você faz tratamento continuado para alguma doença? Em caso afirmativo, que doença?”, sendo os resultados apresentados segundo os capítulos da Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2010, e a entrada dos dados foi feita com dupla digitação, conferência cruzada e máscara eletrônica Access®, com critério de controle de qualidade, e a base final analisada no SPSS v.17. Para a análise de dados foram utilizados testes qui-quadrado, ANOVA/pós Hoc de Bonferroni e razão de produtos cruzados (“Odds Ratio” — OR), com seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%), para a análise estatística da detecção de diferenças entre proporções/médias (p-valor 5%), entre os estratos: sexo (masculino/feminino), MCR (sim/não), forma de ingresso por cota (sim/não), classe econômica pelo critério Brasil 2008 (classe A, B e C), ano de graduação (primeiro ao sexto ano), em função das dimensões QVR, SS e os quatro domínios do WHOQOL: físico (D1), psicológico (D2), relação social (D3) e meio ambiente (D4). Os escores do WHOQOL foram calculados conforme as recomendações da OMS, utilizando sintaxe no SPSS¹⁷. Para a elaboração das tabelas e gráficos, foi usada também a planilha eletrônica Microsoft Excel. E, para todas as análises, foi considerado o nível de significância (α) de 5%¹⁸. Foi realizado teste de diferenças de médias entre renda familiar e as classes do critério Brasil, para verificação da consistência interna do instrumento.

Realizou-se também uma análise estratificada, focando-se apenas no subgrupo com alguma MCR. Para este, foram evidenciados os resultados das médias de QV em cada um dos domínios do WHOQOL segundo as variáveis independentes de análise (sociodemográficas), bem como se realizou o Teste-t e ANOVA¹⁸, para comparação das médias em cada domínio para cada variável de interesse.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (número: 2580; registro CAAE: 0039.0.228000-10), sendo sua realização considerada adequada à população humana. Além disso, todos os participantes (estudantes de medicina) o fizeram voluntariamente, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constava que os dados seriam divulgados apenas coletivamente, garantindo o anonimato dos dados individuais e respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em 2010 dos 545 estudantes matriculados na FCM/UERJ, 394 (72%) participaram da pesquisa, sendo 61% mulheres e 43% que ingressaram por cotas (entre estes, 64% mulheres). O percentual de participantes por ano de graduação foi, respectivamente, de 87,5%, 76,6%, 67,9%, 67,4%, 62% e 74,1%. A idade

média foi de 23 anos (16-43a), com diferença estatisticamente significativa quanto à forma de ingresso (23,5 x 22,2 anos para cota sim versus cota não, $p = 0,000$).

Quanto à presença de MCR, 20% da amostra referiram pelo menos uma. De acordo com a análise por capítulos do CID-10, foi observada a seguinte distribuição de MCR: doenças respiratórias (rinosinusite, bronquite e asma) — 26%; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (obesidade, hipotireoidismo e síndrome de ovários policísticos) — 15%; doenças do aparelho digestivo (gastrite e refluxo gastroesofágico) — 13%; doenças do aparelho circulatório (hipertensão arterial e varizes); transtornos mentais e comportamentais (ansiedade e depressão); doenças do sistema nervoso (enxaqueca, cefaleia em salvas, epilepsia) e doenças do sistema osteomuscular (tendinite, bursite, hérnia de disco) — 10% cada uma dessas, perfazendo um total de 94% das MCR.

Não foi observada diferença nesse percentual considerando-se todas as variáveis de estratificação de interesse: sexo ($p = 0,25$), forma de ingresso ($p = 0,61$), classe econômica ($p = 0,25$) e ano de graduação ($p = 0,32$). Assim, observou-se, para o sexo masculino, 23% de MCR e, para o sexo feminino, 18%; para aqueles com forma de ingresso por cotas: sim (19% de MCR) e não (21%). Porém, cabe destacar que, a despeito disso, o perfil de MCR foi diferenciado significativamente para ambos os sexos, em que estudantes do sexo feminino têm OR = 2 para doença mental, e OR = 1,5 para doenças endócrino-metabólicas, enquanto estudantes do sexo masculino têm OR = 2 para doenças do aparelho digestivo.

Em relação à escolaridade do chefe da família, 59% dos estudantes tinham pais com ensino superior completo, sendo a chance de ter o chefe da família sem o nível superior completo cinco vezes maior para os que ingressaram por cotas (OR = 5,2; IC = 3,4-8,1). Quanto à renda per capita declarada, observou-se que a dos que ingressaram por cotas foi em média três vezes menor que a declarada pelos não cotistas (R\$ 831,10 versus R\$ 2.323,60; p valor = 0,000).

Para verificação da consistência interna do instrumento quanto à renda familiar informada, foi realizado teste de diferenças de médias entre estas e as classes econômicas do critério Brasil. A classe A (32% dos estudantes) referiu renda média familiar R\$ 11.288,00; a classe B (47%), R\$4.466,00; e a classe C (21%), R\$1.996,00, sendo este gradiente decrescente de renda entre as três classes estatisticamente significativo ($p < 5\%$). Quanto à associação entre a forma de ingresso (cota sim versus cota não) e a classe econômica, detectou-se expressiva diferença entre as proporções de cotistas e não cotistas, principalmente nas classes A e C: classe A (8% versus 50%), classe B (53% versus 43%) e classe C (39% versus 7%), com $p = 0,000$.

Na Tabela 1, apresenta-se a análise descritiva da amostra geral dos estudantes, considerando as variáveis de exposição de interesse segundo sua distribuição pelos domínios da QV do WHOQOL-bref. Para a amostra total de estudantes, a média (\pm desvio padrão) da QVR foi de $66 \pm 23,3$, enquanto que para os domínios esta foi, em ordem decrescente, de $69 \pm 19,5$ para o D3 (relações sociais), $66 \pm 14,4$ para D1 (físico), $63,5 \pm 15,8$ para o D2 (psicológico) e $58 \pm 15,8$ para o D4 (meio ambiente).

Observou-se diferença estatisticamente significativa no domínio psicológico (D2) para todas as variáveis investigadas.

Para ambos os sexos, não houve diferença quanto à satisfação com a saúde (SS) e os domínios relações sociais e meio ambiente. Os demais domínios da QV tiveram escores mais baixos para as estudantes em relação aos estudantes, sendo mais expressiva essa diferença para a QVR ($63,4 \pm 23,5$ versus $70,3 \pm 22,3$) e para o domínio psicológico ($62 \pm 14,9$ versus $66 \pm 16,7$; $p = 0,004$).

Quanto àqueles que referiram ou não morbidade crônica, a diferença mais expressiva foi observada em sua satisfação com a saúde ($50,3 \pm 23$ versus $65 \pm 23,9$, $p = 0,000$), não havendo diferença na QVR entre estes estudantes, a despeito daque-

les com MCR apresentarem diferenças significativas nos domínios físico, psicológico e relações sociais, em relação àqueles sem MCR (Tabela 1).

Para a forma de ingresso na faculdade, foram observados piores escores de QV para os cotistas, com exceção da satisfação com a saúde. A diferença mais expressiva entre os cotistas e não cotistas se deu no domínio meio ambiente ($52 \pm 15,7$ versus $63 \pm 14,1$; $p = 0,000$).

Quanto à classe econômica definida pelo critério Brasil, observou-se um gradiente decrescente em todos os domínios da QV entre as três classes econômicas estatisticamente significativo, sendo marcada essa diferença no domínio meio ambiente (classe A = $66 \pm 14,5$; classe B = $57 \pm 12,6$; classe C = $48 \pm 17,5$; $p = 0,000$) (Tabela 1).

No tocante ao ano de graduação, observou-se um declínio sistemático nos domínios da QV no decorrer do primeiro ao terceiro ano, com recuperação do terceiro ao quinto ano e piora novamente no sexto, chegando para alguns domínios a escores mais baixos do que os encontrados no primeiro ano (Figuras 1 e 2). O domínio meio ambiente se manteve para todos os anos com o mais baixo escore. A QVR cai de um patamar de $73 \pm$

TABELA 1
Escore de qualidade de vida da amostra geral de estudantes de medicina da UERJ, 2010

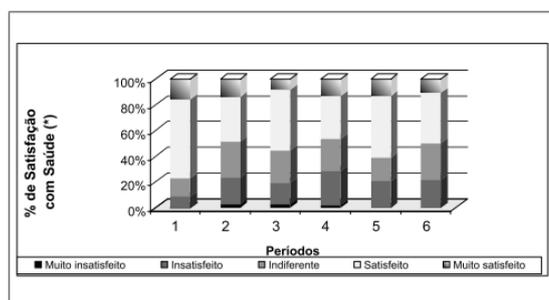
Características investigadas	n	%	QVR	SS	D1: Físico	D2: Psico	D3: Rel. Sociais	D4: Meio ambiente
Sexo								
Masc.	154	39	70,3	62,7	69,6	66,4	70,5	59,6
Fem.	240	61	63,4	61,5	63,7	61,6	67,8	57,1
Pvalor (M/F) teste-t			0,004	0,633	0,000	0,004	0,186	0,127
Morbidade crônica referida								
Sim	80	20	62,2	50,3	58,7	57,5	62,5	55,2
Não	314	80	67,1	64,9	67,9	65	70,5	58,8
Pvalor (S/N) teste-t			0,090	0,000	0,000	0,001	0,003	0,072
Forma de ingresso (cotas)								
Sim	170	43	61,6	60,4	63	61	65,4	51,9
Não	224	57	69,5	63,1	68,3	65,4	71,5	62,7
Pvalor (S/N) teste-t			0,001	0,292	0,000	0,007	0,002	0,000
Critério Brasil 2008								
Classe A	127	32	72,1	65,9	69,8	66,9	72,6	66,4
Classe B	186	47	65,2	61,6	65,3	62,4	67,6	56,7
Classe C	81	21	59,0	56,5	61,8	60,7	66,1	48,0
Pvalor – Anova			0,000	0,023	0,000	0,008	0,026	0,000
Ano de graduação								
ano 1	70	18	73,2	71,1	67,5	68,5	73,7	57,9
ano 2	72	18	70,8	59,0	65,9	64,3	68,5	58,2
ano 3	72	18	61,5	60,4	61,9	59,5	63,5	57,7
ano 4	60	15	69,6	57,5	67,6	64,8	69,9	59,8
ano 5	54	14	64,8	63,4	69,0	64,9	73,5	59,7
ano 6	66	17	56,4	59,9	65,2	59,4	65,4	55,5
Pvalor – Anova			0,000	0,016	0,079	0,004	0,010	0,673
Total geral	394	100	66,1	61,9	66,0	63,5	68,9	58,0

TABELA 2
Escores de qualidade de vida dos estudantes de medicina da UERJ com MCR, 2010

Características investigadas	n	%	QVR	SS	D1: Físico	D2: Psico	D3: Rel. Sociais	D4: Meio ambiente
Sexo								
Masc.	36	45	67,4	52,8	69,6	66,4	70,5	59,6
Fem.	44	55	58,0	48,3	63,7	61,6	67,8	57,1
Pvalor (M/F) teste-t			0,080	0,390	0,000	0,004	0,186	0,127
Forma de ingresso (cota)								
Sim	32	40	53,9	46,1	54,2	54,6	56,6	46,0
Não	48	60	67,7	53,0	61,7	59,6	66,5	61,4
Pvalor (S/N) teste-t			0,009	0,189	0,047	0,231	0,047	0,000
Critério Brasil 2008								
Classe A	28	35	74,1	57,1	65,3	62,8	71,1	66,2
Classe B	40	50	56,3	46,9	55,8	53,8	59,4	51,9
Classe C	12	15	54,2	45,8	53,0	58,0	52,8	40,7
Pvalor – Anova			0,004	0,149	0,025	0,129	0,022	0,000
Ano de graduação								
ano 1	8	10	78,1	62,5	66,1	67,7	62,5	56,8
ano 2	22	27	68,2	45,5	56,8	58,7	63,6	54,6
ano 3	13	16	61,5	50,0	55,5	54,5	54,5	59,5
ano 4	11	14	63,6	54,6	59,1	55,3	60,6	58,5
ano 5	6	8	62,5	62,5	70,2	74,3	81,9	71,5
ano 6	20	25	48,8	45,0	56,3	50,4	61,7	45,8
Pvalor – Anova			0,045	0,277	0,332	0,040	0,259	0,029
Total com MCR	80	100	62,2	50,3	58,7	57,5	62,5	55,2

FIGURA 1

Qualidade de vida referida pelos estudantes de medicina e sua satisfação com a saúde pelo WHOQOL-bref, segundo ano de graduação. UERJ, 2010.



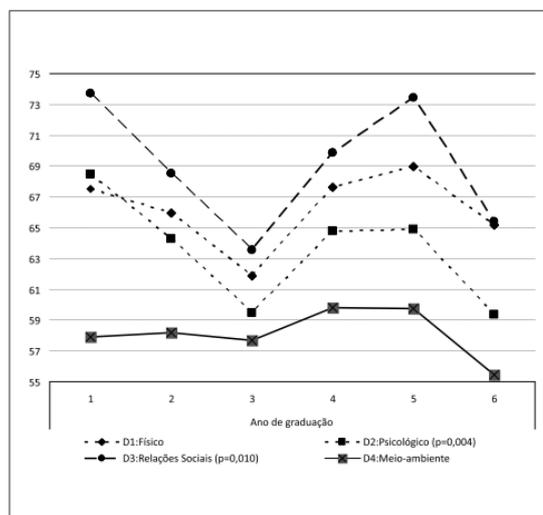
(*) p-valor do qui-quadrado = 0,056

19,2, no primeiro ano, para $56 \pm 22,9$; $p = 0,000$, no sexto ano, e a SS cai de $71 \pm 19,8$ para $60 \pm 23,6$; $p = 0,016$ (Tabela 1).

Na tabela 2 destacam-se os resultados relativos especificamente aos estudantes com MCR que, como exposto anteriormente, apresentaram menores escores médios em todos os do-

FIGURA 2

Escores de qualidade de vida (WHOQOL-bref) por ano de graduação de estudantes de medicina. UERJ, 2010.



mínios do WHOQOL-bref. Dentro do grupo dos 80 estudantes com MCR houve diferença estatisticamente significativa para os alguns domínios da QV de acordo com a variável estudada, mantendo certa semelhança com os resultados obtidos na amostra geral. Desse modo, os domínios físico e psicológico foram menores para as mulheres em relação aos homens; a QVR e os domínios físico, relações sociais e meio ambiente foram menores para os cotistas e classe C, mas aí já não se observa mais diferença no domínio psicológico; e, QVR e os domínios psicológico e meio ambiente foram menores para os estudantes do sexto ano. A SS, contudo, não diferiu de acordo com o ano, sendo o valor médio encontrado de 50.

DISCUSSÃO

A saúde, principalmente mental, dos estudantes de medicina há muito tem sido objeto de atenção e pesquisas em nosso meio^{19,20}. O estresse e problemas mentais, como a ansiedade e a depressão, são descritos nessa população de estudantes e associados ao baixo rendimento acadêmico²¹. A carga horária dos estudantes na faculdade é extensa, distribuída em atividades de ensino, pesquisa e extensão. O estresse decorre da dificuldade em administrar o tempo exigido pelas diferentes disciplinas e o lazer. Soma-se a isso o contato com os pacientes e com a morte, bem como a competitividade entre os colegas, que se acirra com a valorização do desempenho acadêmico durante a graduação, perdurando até o processo seletivo para a entrada na residência.

Embora encontremos na literatura dados sobre a presença de doenças crônicas em estudantes de medicina^{22,23}, chama a atenção, em nossa amostra, a prevalência de 20% de MCR em jovens com idade média de 23 anos e o fato de muitas dessas morbidades crônicas poderem ser resultado direto de estresse ou por ele exacerbadas.

Como observado em uma pesquisa realizada na população geral na região Sul do nosso país²⁴, o grupo que referia morbidade crônica apresentou menores escores de QV nos domínios aferidos pelo WHOQOL-bref. Para os estudantes com MCR, não houve diferença estatística significativa na satisfação com a saúde para os diferentes estratos das variáveis analisadas, mas para a QVR houve (Tabela 2), tal como observado para a amostra geral (Tabela 1), o que ratifica a QV como um constructo mais abrangente que a saúde física. Dito de outra forma, controlando o fator de confundimento "ter MCR", ainda assim a QV dos estudantes foi significativamente influenciada pelas características socioeconômicas sob análise.

As diferenças encontradas neste estudo com relação ao sexo vão ao encontro dos dados da literatura sobre estudantes de medicina^{10,11} e sobre a população geral, que revelam pior QVR para mulheres²⁴ e maior vulnerabilidade destas aos

sintomas ansiosos e depressivos em relação aos homens^{25,26,27}, assim como maior prevalência de doenças endócrino-metabólicas em estudantes do sexo feminino²².

O sistema de cotas para ingresso nas universidades estaduais é regido pela Lei Estadual sobre a Reserva de Vagas 5.346/08, que estabelece 45% de vagas para ingresso de estudantes com menor poder aquisitivo nas universidades públicas estaduais do Rio de Janeiro, com vistas à redução de desigualdades étnicas, sociais e econômicas, sendo o critério de limite de renda bruta média familiar na UERJ de R\$ 960,00 desde 2009²⁸.

Diferentemente do que acontece em outros cursos de graduação oferecidos pela UERJ, em que o número de estudantes matriculados através da reserva de vagas tem decrescido²⁹, na medicina, as vagas vêm sendo de fato preenchidas por estudantes que atendem ao critério socioeconômico estabelecido no edital, dado que a renda média per capita declarada pelos estudantes cotistas (43% desta amostra) foi de R\$831,00.

O cumprimento a esta lei já se reflete no perfil do estudante de medicina da UERJ. Em 1996, 82% dos estudantes do primeiro ano da FCM tinham pais graduados e 55% tinha parentes médicos³⁰. Em 2010, como mencionado, o percentual de estudantes com pais graduados caiu para 59%, dados próximos aos encontrados no censo de 2011 dessa faculdade, que foi de 62%. Ainda nesse censo, 60% dos estudantes negaram parentesco com médicos³¹.

A QV dos estudantes que ingressaram por cota foi mais baixa que a observada na amostra geral, sendo que as maiores diferenças se deram nos domínios relações sociais (D3) e meio ambiente (D4). Como não foi investigado o local de moradia, o acesso a bens culturais ou às redes sociais de apoio dos estudantes, não se pode inferir sobre as relações entre as diferentes formas de capital (econômico, cultural e social) nessa amostra, a despeito do que Bourdieu aponta em sua obra *A distinção: crítica social do julgamento*³².

O D4 (meio ambiente) foi sempre o mais baixo em todas as características sociodemográficas pesquisadas. A literatura aponta que esse domínio, que trata de questões como segurança, recursos financeiros, transporte e outros, é muito mais sensível às variações socioeconômicas que os demais³³.

Como a carga horária do curso de medicina é extensa, considera-se quase que "mandatória" a dedicação exclusiva do estudante, de modo que a formação profissional depende das condições objetivas de existência das famílias³⁴. Em estudo anteriormente realizado na UERJ³⁰, 85% dos egressos do curso de medicina eram economicamente dependentes dos pais. Na amostra do presente estudo, não foi investigado o exercício de trabalho remunerado por parte dos estudantes, porém pesquisa realizada na Escola de Medicina da Bahia indicou que isso

pode ser protetor para os estudantes de medicina em relação à presença de transtornos mentais comuns³⁵.

Para ampliar as possibilidades dos cotistas permanecerem na universidade até a conclusão do curso, a UERJ criou o Programa de Iniciação Acadêmica (PROINICIAR) que oferece: bolsa permanência — atualmente no valor de R\$400,00; material didático (escolhido pela direção das unidades acadêmicas); bilhete único carioca — instituído pela Lei Municipal 5266/2011; atividades acadêmicas opcionais, entre outros serviços para atendimento do estudante que ingressa pelo sistema de cotas³⁶.

A hipótese de que os seis anos do curso médico afetam negativamente a QV dos estudantes foi demonstrada anteriormente^{11,12,37} e ratificada aqui pelo gradiente decrescente verificado nos domínios do WHOQOL ao longo dos seis anos da graduação. Contudo, não se repetiu aqui a melhora no D3 (relações sociais) no percurso da formação médica, fato observado em outros estudos em que o poder aquisitivo dos estudantes ou não foi avaliado¹¹ ou era alto²³.

Em nossa amostra houve uma queda dos escores dos domínios físico, psicológico e relações sociais no terceiro ano e novamente no sexto ano (Figura 2). No terceiro ano acontece a transição do básico para a clínica, com a entrada no hospital e o ensino-aprendizagem de semiologia. É chegada a hora dos estudantes começarem a aprender (ou não) a lidar com os processos de adoecimento e morte dos pacientes³⁸. O sexto ano é o momento de enfrentar as expectativas com a formatura, a escolha da especialidade e o ingresso na vida profissional. Estudo realizado na China, onde, a despeito de durar cinco anos o curso médico guarda semelhanças com o da FCM/UERJ, também revelou piores escores para todos os domínios no terceiro ano³⁹.

Esses são exemplos de crises pelas quais os estudantes de medicina passam no decorrer da graduação, cujos meios para a adaptação ou superação parecem ainda depender muito mais de características pessoais na forma de lidar com o estresse e de gerenciar o tempo para conciliar os estudos com as outras dimensões da vida^{13,40}.

Entretanto, a Escola Médica deve refletir sobre o seu papel no acolhimento e acompanhamento dos estudantes ao longo do seu processo de formação, de modo que a valorização da dimensão psicológica e o cuidado oferecido aos estudantes não fiquem a cargo apenas dos serviços de apoio psicopedagógico ou grupos de tutoria, mas façam parte do encontro entre professores e alunos nos diferentes cenários de ensino-aprendizagem.

A avaliação de uma experiência americana sobre a oferta de uma disciplina eletiva visando à promoção do bem-estar dos estudantes revelou uma boa aceitação por aqueles que a frequentaram, porque aprenderam a perceber e a lidar melhor com o estresse⁴¹. Em outra pesquisa, estudantes que afirma-

ram que sua escola tentava minimizar o estresse, ou apresentava um bom sistema para lidar com este, referiram menos dias com o humor deprimido⁴².

No presente estudo, utilizou-se um instrumento validado internacionalmente, inclusive no Brasil (Whoqol-bref), além disso, obteve-se uma elevada representatividade dos estudantes matriculados em 2010 (em torno de 75% em cada ano de graduação), com importante cobertura de resposta em cada questionário (“completude” de cerca de 98% das perguntas respondidas), o que minimiza a possibilidade de viés de seleção, de voluntário e de aferição; mas, ainda assim, este estudo pode ter limitações metodológicas.

Em primeiro lugar, entende-se que um desenho de coorte prospectivo durante os seis anos do curso médico seria mais apropriado para acompanhar a trajetória de um mesmo grupo e conhecer as mudanças em sua QV no decorrer da graduação, mas optou-se por um estudo transversal em função de questões operacionais e recursos disponíveis. Nesse sentido, fica a sugestão para pesquisas futuras.

Em segundo, embora se tenha procurado controlar o confundimento nos resultados da QV por meio da realização de análises estratificadas pelas diversas variáveis socioeconômicas, outras importantes variáveis que poderiam influenciar a QV não foram avaliadas, tais como: local de moradia, tempo e forma de deslocamento da residência à faculdade, exercício de trabalho remunerado, satisfação com o curso, resiliência, entre outras.

O estudo exploratório aqui apresentado está sendo complementado com um estudo multivariado, a fim de se controlarem possíveis confundimentos e/ou interações entre as variáveis de exposição, aplicando-se análise de regressão linear múltipla, tendo como desfechos os quatro domínios do WHOQOL, a partir da base de dados quantitativa em questão.

Como outra limitação, tem-se que o presente estudo foi de caráter apenas quantitativo, sem possibilidade de investigação e checagem em profundidade acerca de questionamentos suscitados, como a compreensão sobre as percepções dos alunos sobre qualidade de vida e saúde e sobre a relação entre a sua qualidade de vida e o percurso da formação médica.

CONCLUSÕES

Observou-se neste estudo significativa diferença na QV para os estudantes do sexo feminino, dos que apresentavam morbidade crônica, dos que ingressaram através do sistema de reserva de vagas, dos provenientes da classe econômica C e dos que estão nos terceiro e sexto anos da graduação. Os achados ratificam a consistência interna do instrumento e apontam para a necessidade de estudos qualitativos para a compreensão da percepção dos estudantes sobre a sua QV.

AGRADECIMENTOS

Aos estudantes de medicina da UERJ que participaram da pesquisa e ao digitador Silvio Rodrigues Campos.

REFERÊNCIAS

- Fleck MP. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MP. A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 19-28.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1975.
- Ventegodt S, Merrick J, Anderson NJ. Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: an Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *Scientific World Journal*. 2003;3:1030-40.
- Minayo MCS, Hartz ZM, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
- The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;10:1403-9.
- Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28. DOI: 10.1590/S1516-44461999000100006.
- Chachamovich E, Fleck MP. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: Fleck MP. A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.74-82.
- Kluthcovsky AC, Kluthcovsky FA. WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiat Rio Gd Sul* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 22 abr. 2012]; 31(3 Supl.). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>.
- Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. São Paulo; 2008. Doutorado [Tese] - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Alves JGB, Tenório M, Anjos AG, Figueroa JN. Qualidade de vida em estudantes de medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):91-6. DOI: 10.1590/S0100-55022010000100011
- Ramos-Dias JC, Libardi MC, Zillo CM, Igarashi MH, Senger MH. Qualidade de vida em cem alunos do curso de Medicina de Sorocaba – PUC/SP. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):116-23. DOI: 10.1590/S0100-55022010000100014
- Pereira PB. Bem-estar e busca de ajuda: um estudo junto a alunos de medicina ao final do curso. São Paulo; 2010. Mestrado [Dissertação] - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Krägeloh CU, Henning MA, Hawken SJ, Zhao Y, Shepherd D, Billington R. Validation of the WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire for Use with Medical Students. *Educ Health (Abingdon)* [periodico na internet]. 2001 [acesso em 10 jul. 2012]; 24(2):1-5. Disponível em: <http://www.educationforhealth.net/>
- Moreno AB, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor D. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(12):2585-97. DOI: 10.1590/S0102-311X2006001200009
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil: dados com base no levantamento socioeconômico 2005 IBOPE [online]. 2008. [acesso em 3 maio 2012]. Disponível em: http://www.google.com/url?q=http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx%3Fid%3D250&sa=U&ei=sYaiT9vsLKS16AHNsY30CA&ved=0CA0QFjAE&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNF_9NTuOD6bfhX_L_6z4TsAgsN0Pw
- Sintaxe SPSS. WHOQOL-bref Questionnaire. [acesso em 10 maio 2012]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol86.html>
- Barbetta PA. Estatística Aplicada às Ciências Sociais. 7ª ed. Florianópolis: EdUfsc; 2011.
- Millan RL. A assistência psicológica ao estudante de medicina no Brasil: notas históricas. In: Millan LR, De Marco OL, Rossi E. et al. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.245-82.
- Guimarães KB (org.). A saúde mental do médico e do estudante de medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
- Stewart SM, Lam TH, Betson CL, Wong CM, Wong AM. A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school. *Med Educ*. 1999;33(4):243-50.
- Conte M, Gonçalves A. Ampliando elementos da educação médica: morbidade referida em universitários de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2006;30(1):15-9. DOI: 10.1590/S0100-55022006000100003
- Dias JC, Libardi MC, Zillo CM. Qualidade de vida em cem alunos do curso de medicina de Sorocaba – PUC/SP. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):116-23. DOI: 10.1590/S0100-55022010000100014

24. Cruz LN, Polanczyk CA, Comey AS, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res.* 2011;20:1123-9. DOI: 10.1007/s11136-011-9845-3
25. Arôca SR. Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do sofrimento dos nervos em mulheres. Rio de Janeiro; 2009. Mestrado [Dissertação]- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
26. Andrade LH, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(2):45-54.
27. Fortes, S, Villano, LA, Lopes, CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(1):32-7.
28. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Vestibular UERJ. Instruções específicas para os candidatos às vagas do sistema de cotas [online]. [acesso em 23 maio 2013]. Disponível em: http://www.vestibular.uerj.br/porta-vestibular_uerj/arquivos/arquivos2009/Anexo_3_ED.pdf
29. Amadei S. Sistema de cotas na UERJ: uma análise quantitativa dos dados de ingresso. *Rev Eletrônica Vest.* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 16 maio 2012]. Disponível em: http://www.revista.vestibular.uerj.br/artigo/artigo.php?seq_artigo=6
30. Costa-Macedo LM, Taquette SR, Alvarenga FB. Da adolescência à maturidade: estudo prospectivo dos estudantes de medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med* 2003 jan./abr;27(1):29-35.
31. Aranha RN, Machado APG, Rangel M. Censo MedUERJ 2011. Apresentação dos resultados preliminares no III Seminário de Aprimoramento Curricular promovido pela FCM/UERJ em dezembro de 2012.
32. Alves ER. Pierre Bourdieu: a distinção de um legado de práticas e valores culturais. *Soc Estado.* 2008 [acesso em 25 jun. 2012];23(1):179-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v23n1/a09v23n1.pdf>
33. Gordia AP, Quadros TM, Campos W. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(6):2261-8.
34. Nogueira MA. A construção da excelência escolar: um estudo de trajetórias feito com estudantes universitários provenientes das camadas médias intelectualizadas. In: Nogueira MA, Romanelli G, Zago N, (org.). *Família e escola: trajetórias de escolarização em camadas médias e populares.* Petrópolis, RJ: Vozes; 2000. p.15-43.
35. Almeida AM, Godinho TM, Bitencourt AGV, Teles MS, Silva AS, Fonseca DC et al. Common mental disorders among medical students. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(4):245-51. DOI: 10.1590/S0047-20852007000400002
36. Programa de Iniciação Acadêmica [homepage]. [acesso em 14 jun. 2012]. Disponível em: <http://www.proiniciar.uerj.br/>
37. Paro HBM, Morales NM, Silva CH, Rezende CH, Pinto RM, Morales RR, et al. Health-related quality of life of medical students. *Med Educ.* 2010;44(3):227-35. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03587.x.
38. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(1):37-43. DOI: 10.1590/S0100-55022011000100006
39. Zhang Y, Qu B, Lun S, Wang D, Guo Y, Liu J. Quality of Life of Medical Students in China: A Study Using the WHO-QOL-BREF. *PLoS ONE* 2012; 7(11): e49714. doi:10.1371/journal.pone.0049714
40. Zonta R, Robles ACC, Grosseman S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev Bras Educ Med.* 2006;30(3):147-53. DOI: 10.1590/S0100-55022006000300005.
41. Lee J, Graham AV. Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. *Med Educ.* 2001;35:652-9.
42. Compton MT, Carrera J, Frank E. Stress and Depressive Symptoms/Dysphoria Among US Medical Students Results From a Large, Nationally Representative Survey. *J Nerv Ment Dis.*2008;196(12): 391-7.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ambas participaram da concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados, da redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e da aprovação final da versão a ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Cláudia Santos Chazan
Rua Pereira da Silva, 586 — apto. 006
Laranjeiras — Rio de Janeiro
CEP. 22221-140 RJ
E-mail: anachazan@gmail.com

Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada

Quality of life of medical students at the State University of Rio de Janeiro (UERJ), measured using Whoqol-bref: a multivariate analysis

Ana Cláudia Santos Chazan ¹
Mônica Rodrigues Campos ²
Flávia Batista Portugal ²

Abstract UERJ allocates 45% of places as scholarships to socioeconomically-challenged students. Whoqol-bref was used to assess to what extent sociodemographic and health variables, the admission process and year of graduation simultaneously influence the quality of life (QOL) domains of medical students. 394 students with a mean age of 23 years participated in the study: 61% females, 43% scholarship holders and 20% with referred chronic morbidity (RCM). The lowest QOL scores were observed among women, with RCM, scholarship holders, economic class C and students in the 3rd and 6th years. Multiple linear regression analysis showed that all the independent variables analyzed had a negative association with QOL domains, and when assessed jointly contributed partly to its explanation, achieving 22% in the “environment” domain, influenced by their social class and the admission process. The presence of RCM had a negative influence on the physical, psychological and social relations domains. The last two domains were also influenced by the year of graduation. Variables with a positive influence on QOL need to be explored further. The data obtained are enough to serve as the base for care strategies for the most vulnerable students during medical training, giving special attention to scholarship students.

Key words Quality of life, Medical student, Multivariate analysis

Resumo A UERJ reserva 45% das vagas para estudantes com carência socioeconômica. O objetivo deste estudo é conhecer em que extensão, variáveis sociodemográficas, de saúde, forma de ingresso e o ano da graduação, influenciam simultaneamente os domínios da qualidade de vida (QV) dos estudantes de medicina aferida pelo Whoqol-bref. Participaram 394 estudantes (72% dos matriculados em 2010), idade média: 23 anos, 61% mulheres, 43% cotistas e 20% com morbidade crônica referida (MCR). Os menores escores de QV observados foram para: mulheres, com MCR, cotistas, da classe C e do terceiro e sexto ano. A análise por regressão linear múltipla revelou que todas as variáveis independentes analisadas apresentaram associação negativa com os domínios da QV, e em conjunto contribuíram parcialmente para sua explicação, chegando a 22% no domínio meio ambiente, influenciada pela classe econômica e forma de ingresso. A presença de MCR associou-se negativamente aos domínios físico, psicológico e relações sociais. Estes dois últimos domínios também foram influenciados pelo ano da graduação. Variáveis que colaboram positivamente com a QV precisam ser exploradas. Os dados obtidos são suficientes para orientar estratégias de cuidado aos estudantes mais vulneráveis ao longo da formação médica, com especial atenção aos cotistas.

Palavras-chave Qualidade de vida, Estudante de medicina, Análise multivariada

¹ Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. Professor Manoel de Abreu 444/2º, Vila Isabel. 20550-170 Rio de Janeiro RJ Brasil. anachazan@gmail.com
² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.

Introdução

O ingresso na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) se dá por meio do vestibular, e para a Medicina a relação candidato/vago é em torno de 80/1. A carga horária exigida nesta faculdade é integral e como em outras escolas médicas tradicionais o currículo é ainda muito centrado no modelo biomédico, com pedagogia utilizada predominantemente transmissora¹. Um bom desempenho escolar demanda dos estudantes uma dedicação exclusiva aos estudos, com repercussões sobre seu estilo de vida, relações sociais e sono^{2,3}. Em menor ou maior grau, crises de adaptação ao longo da graduação são vivenciadas, sendo o estresse e os problemas mentais, como a ansiedade e a depressão, prevalentes nesta população de estudantes^{1,4}.

No início dos anos 2000, esta foi uma das primeiras universidades brasileiras a adotar uma política de reserva de vagas para estudantes com menor poder aquisitivo com vistas à redução de desigualdades étnicas, sociais e econômicas. A lei que rege seu sistema de cotas⁵ estabelece 45% de vagas para o ingresso de estudantes oriundos de populações em condições de desvantagem social, sendo o critério de limite de renda bruta média familiar de R\$ 960,00 desde 2009⁶.

Avaliações realizadas na UERJ sobre o grau de evasão dos estudantes em geral, revelam que os cotistas evadem menos do que os não cotistas (20% vs 33%) e, dentre os primeiros, aqueles ingressantes pelo recorte racial são os que menos evadem. Quanto ao rendimento acadêmico, não foram observadas discrepâncias significativas no desempenho (refletido em notas) de cotistas e não cotistas^{7,8}.

A despeito dos dispositivos institucionais para manter os estudantes cotistas na universidade com bom rendimento⁹, inexistem informações disponíveis sobre a qualidade de vida dos estudantes de medicina da UERJ.

Tendo como referência para qualidade de vida a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (World Health Organization Quality of life Group)¹⁰, utilizou-se o WHOQOL-bref, instrumento transcultural já traduzido e validado em nosso meio¹¹, em uma população de estudantes de medicina da UERJ. Este instrumento demonstrou boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabili-

dade teste-reteste¹² e já foi utilizado em diferentes amostras de estudantes de medicina no Brasil¹³⁻¹⁶ e internacionalmente¹⁷⁻²⁰.

Nosso objetivo com este estudo foi conhecer como variáveis sociodemográficas, de saúde e relacionadas ao curso de medicina (forma de ingresso e o ano da graduação) influenciam simultaneamente a qualidade de vida desses estudantes. Pretendeu-se entender a magnitude da relação – traduzida pela força da associação entre os aspectos investigados e o desfecho de qualidade de vida, em suas múltiplas dimensões – bem como a sua direção, ou seja, se melhoram ou pioram a QV dos estudantes.

Material e métodos

Sujeitos e Instrumento

Nos meses de abril e maio de 2010, participaram da pesquisa 394 estudantes – 72% dos matriculados na Faculdade de Ciências Médicas da UERJ naquele ano – compondo uma amostra proporcional estratificada por ano de graduação, com erro de 6,5%.

Os estudantes do primeiro ao quinto ano foram abordados em sala de aula e os do sexto ano na sala de estar do plantão geral, nos diferentes dias da semana. Utilizou-se o instrumento WHOQOL-bref com algumas expressões e termos adaptados²¹. Ele contém 26 questões, sendo as duas primeiras sobre a autoavaliação do entrevistado acerca de sua QV e sobre sua satisfação com a saúde. As demais 24 questões são distribuídas em quatro domínios: físico (sete questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, uso de medicamentos e capacidade para o trabalho), psicológico (seis questões sobre sentimentos positivos e negativos, pensar e aprender, memória e concentração, imagem corporal e espiritualidade), relações sociais (três questões sobre relações pessoais, suporte social e atividade sexual), meio-ambiente (oito questões sobre segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, atividades de lazer, ambiente físico e transporte). Todas as questões têm cinco opções de respostas do tipo Likert e devem ser considerados os quinze dias anteriores para o autopreenchimento do instrumento, cujo tempo despendido é de dez a quinze minutos¹².

Os escores obtidos são transformados em uma escala linear que varia de 0-100, sendo estes respectivamente os valores menos e mais favoráveis de QV, conforme sintaxe proposta pelo WHOQOL group²².

Foram acrescentadas ao instrumento questões para identificação do sexo, da idade (em anos), do ano da graduação em curso, da forma de ingresso na faculdade (por cota ou não) e da classificação econômica pelo critério Brasil 2008²³. Além disso, realizou-se a investigação da presença de morbidade crônica referida (MCR) por meio de duas perguntas: "Você faz tratamento continuado para alguma doença? Em caso afirmativo, que doença?"

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto e o instrumento aplicado por uma das autoras, após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos estudantes.

Análise estatística

Todos os dados foram analisados usando o SPSS v.17. A análise bivariada foi realizada utilizando-se o teste-T e ANOVA/pós Hoc de Bonferroni para detectar diferenças entre médias de QV (p-valor 5%), entre os estratos: sexo (masculino/feminino), MCR (Sim/Não), forma de ingresso por cota (Sim/Não), classe econômica pelo critério Brasil 2008 (Classe A, B e C), ano de graduação (terceiro e sexto anos/outros), em função dos quatro domínios do WHOQOL: físico (D1), psicológico (D2), relação social (D3) e meio ambiente (D4).

Quanto à variável ano de graduação, em análise bivariada prévia, na qual se avaliou isoladamente cada ano de graduação por domínio de QV, verificou-se que nenhum ano apresentava diferença estatística significativa; sendo que o terceiro e sexto anos foram *borderlines*. E ao se considerar que nestes anos há mudanças curriculares que geram tensão aos alunos, optou-se pela dicotomização em terceiro/sexto anos e demais.

A análise por regressão linear múltipla via método *enter* (modelo saturado) foi empregada para examinar o efeito simultâneo das variáveis estatisticamente significativas na análise bivariada ($p < 0,10$), e a contribuição deste conjunto de variáveis para explicar a QV dos estudantes de medicina da UERJ, por meio dos quatro domínios do WHOQOL-bref (desfechos).

Os resultados dos quatro modelos finais da regressão linear serão apresentados por meio do coeficiente de determinação (R^2), dos coeficien-

tes do modelo (β) para cada variável de exposição e seu respectivo p-valor. Os resíduos de cada modelo foram analisados quanto às suas propriedades normais.

Resultados

A idade média dos 394 estudantes que participaram da pesquisa foi de 23 anos (16-43 anos), sendo 240 (61%) mulheres e 154 (39%) homens. Do total, 170 (43%) ingressaram por cotas e 80 (20%) referiram morbidade crônica. O percentual de participantes por classe econômica (A, B e C) foi respectivamente de 32%, 47% e 21%, e por ano de graduação (primeiro ao sexto) foi de 87,5%, 76,6%, 67,9%, 67,4%, 62% e 74,1%. A chance de ter o chefe da família sem o nível superior completo era cinco vezes maior para os cotistas (OR = 5,2; IC = 3,4-8,1). A renda per capita declarada dos cotistas foi em média três vezes menor que a declarada pelos não cotistas (R\$ 831,10 vs R\$ 2.323,60; p-valor < 0,001).

Os escores médios de QV dos quatro domínios do WHOQOL-bref para a amostra total de estudantes foi de 66,0 para o D1, 63,5 para o D2; 68,9 para o D3 e 58,0 para o D4.

A análise bivariada entre os estratos de classe econômica e forma de ingresso revelou diferença estatisticamente significativa nos escores dos quatro domínios de QV do WHOQOL-bref, sendo mais baixos para aqueles da classe econômica C e para os cotistas. Os estudantes com morbidade crônica apresentaram escores mais baixos ($p < 0,05$) em D1, D2 e D3. As mulheres tiveram escores mais baixos em D1 e D2 ($p < 0,05$) (Figura 1). Em relação ao ano de graduação, foram observados piores escores de QV para os estudantes do terceiro e sexto ano, com $p < 0,05$ para D2 e D3 e $p < 0,10$ para o D1 (Figura 2).

Por meio da análise multivariada, foi possível observar que o conjunto das variáveis selecionadas foi capaz de explicar parcialmente a variabilidade (R^2) dos quatro domínios, respectivamente em 18%, 13%, 9% e 22%. Os escores médios desses domínios, controlados pelas variáveis analisadas, foram: D1 = 81,4; D2 = 77,4; D3 = 79,9 e D4 = 77,1. Todas as variáveis independentes investigadas apresentaram associação negativa com os domínios para os quais foram testadas, ou seja, seu coeficiente (β) demonstra o quanto a sua presença reduz o escore predito de QV de cada domínio Tabela 1.

No domínio físico, as variáveis que apresentaram maior influência foram ser do sexo femini-

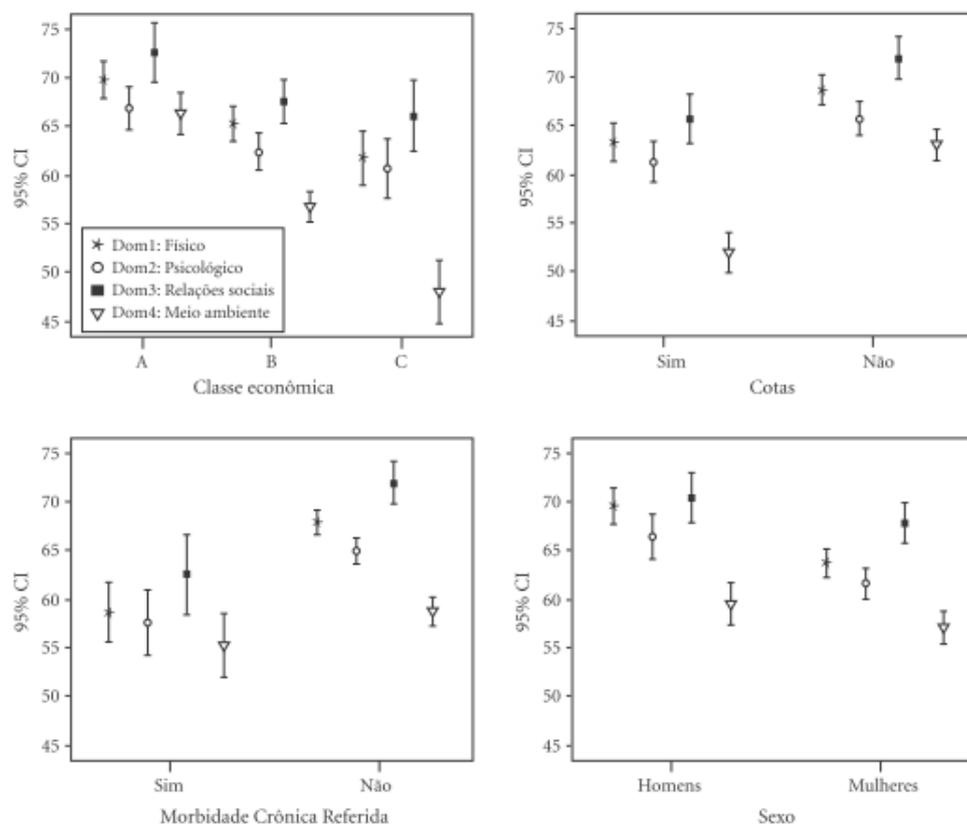


Figura 1. Qualidade de Vida dos Estudantes de Medicina da UERJ (WHOQOL-bref), segundo classe econômica, forma de ingresso, presença de morbidade crônica, e sexo. Rio de Janeiro, 2010.

Nota: Todas as variáveis apresentaram P_valores < 5% em cada domínio (teste-t ou ANOVA), exceto para: sexo em Dom3 e Dom4; e, MCR em Dom4*.

no ($\beta = -6,2$ e p -valor < 0,001) e ser portador de MCR ($\beta = -9,8$ e p -valor < 0,001). Nos domínios psicológico e relações sociais, a maior influência observada foi pela presença de MCR ($\beta = -7,7$ e p -valor < 0,001 / $\beta = -7,9$ e p -valor = 0,001) e estar cursando terceiro ou sexto período ($\beta = -6,6$ e p -valor < 0,001 / $\beta = -7,0$ e p -valor < 0,001). Para o domínio meio ambiente foram as variáveis classe econômica ($\beta = -7,8$ e p valor < 0,001) e ser cotista ($\beta = -5,3$ e p -valor = 0,002) Tabela 1.

Quanto ao efeito simultâneo das variáveis explicativas do modelo, observa-se nos escores preditos a partir da regressão (Figura 3), em comparação a distribuição dos dados originais (Figura 1), que há diminuição da variabilidade dos escores médios de QV dos quatro domínios do WHOQOL-bref. Além disso, vê-se ainda que os efeitos de cada variável nos domínios, observados na análise bivariada (Figura 1), se mantêm,

como é o caso do gradiente da classe econômica, ou se acentua como é o caso da forma de ingresso, morbidade crônica e ano de graduação (Figura 3).

A estratificação por ano de graduação (ser ou não do terceiro ou sexto anos) revela que as diferenças na QV em relação à forma de ingresso, presença de MCR e classe econômica se mantêm para cada subgrupo, permitindo a visualização de um gradiente decrescente de QV em cada cenário de exposição (Figura 4).

Discussão

Síntese dos resultados

As variáveis investigadas de forma isolada (sexo, classe econômica, forma de ingresso, pre-

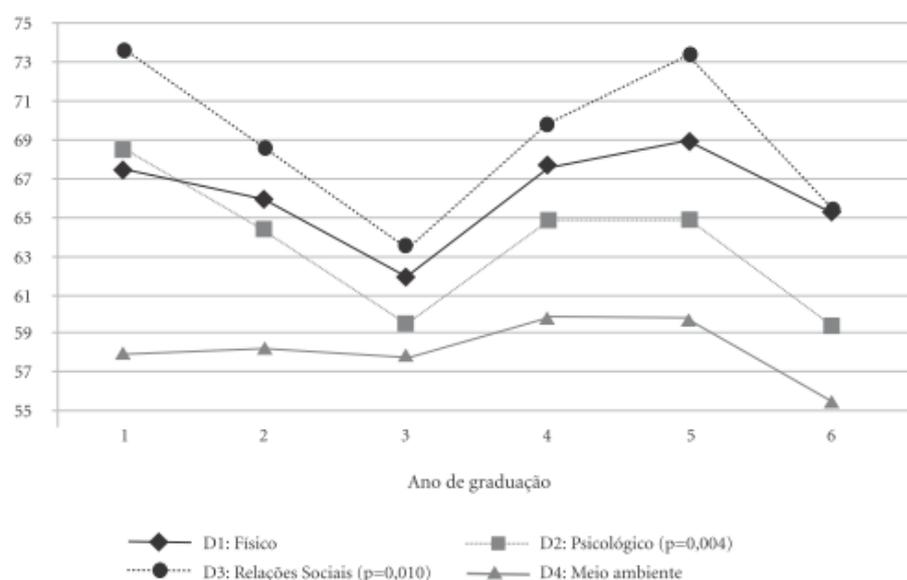


Figura 2. Escores de qualidade de vida (Whoqol-bref) por ano de graduação de estudantes de medicina. UERJ, 2010.

Tabela 1. Coeficientes e respectivas significâncias dos modelos de regressão linear múltipla para os desfechos de QV em seus diferentes domínios. UERJ, 2010.

Variáveis Independentes R ²	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	β	p	β	p	β	p	β	p
(α = Constante)	81,4	< 0,001	77,4	< 0,001	79,9	< 0,001	77,1	< 0,001
Sexo								
Masculino	0	-	0	-	-	-	-	-
Feminino	-6,2	< 0,001	-5,1	0,001	-	-	-	-
Classe econômica								
A	0	-	0	-	0	-	0	-
B	-3,8	0,001	-3,2	0,009	-2,7	0,083	-7,8	< 0,001
C	-7,6	0,001	-6,4	0,009	-5,4	0,083	-15,6	< 0,001
Forma de ingresso (cota)								
Não cotista	0	-	-	-	-	-	-	-
Cotista	-2,5	0,114	-2,0	0,245	-4,5	0,042	-5,3	0,002
Morbidade crônica referida								
Não	0	-	0	-	0	-	0	-
Sim	-9,8	< 0,001	-7,7	< 0,001	-7,9	0,001	-4,3	0,015
Ano de graduação 3 e 6								
Não	0	-	0	-	0	-	0	-
Sim	-4,3	0,003	-6,6	< 0,001	-7,0	< 0,001	-3,5	0,020

p = p-valor do coeficiente Beta (α) no teste de Wald; β é o coeficiente de cada variável independente por regressão; α é a constante em cada modelo segundo o domínio de QV investigado. As caselas em branco correspondem a variáveis não contempladas no modelo final.

sença de morbidade crônica e ano da graduação) revelaram que as mulheres, os de menor classe

econômica, os cotistas, os portadores de MCR e aqueles que estavam no terceiro ou no sexto ano

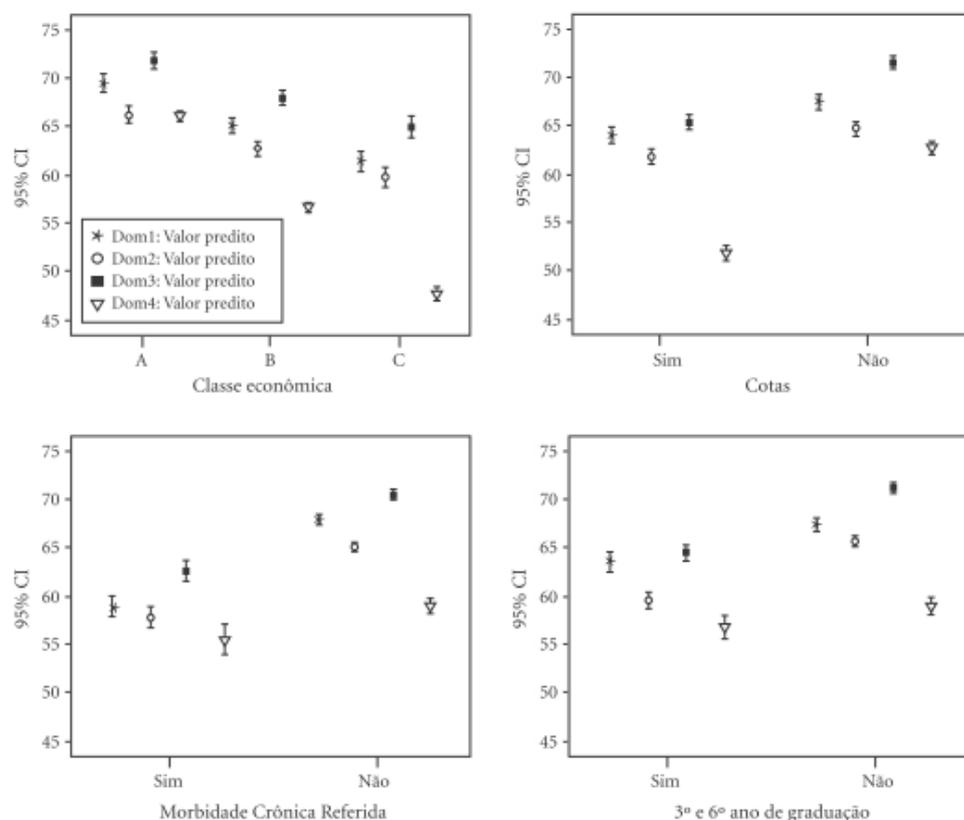


Figura 3. Escore predito de Qualidade de Vida dos Estudantes de Medicina da UERJ (WHOQOL-bref), segundo classe econômica, forma de ingresso, presença de morbidade crônica e ano de graduação. Rio de Janeiro, 2010.

da graduação tiveram menores scores em quase todos os domínios da qualidade de vida aferida pelo Whoqol-bref.

Todas estas variáveis foram significativas para influenciar a QV dos estudantes de medicina e para permanecerem no modelo multivariado, tendo seus efeitos se mostrado aditivos. Entretanto, a regressão linear revelou que elas explicam apenas parcialmente a QV dos estudantes de medicina, indo de 9% no domínio relações sociais a 22% no domínio meio ambiente. Ainda assim, seu efeito conjunto foi capaz de expressar a variabilidade dos escores chegando a demonstrar uma queda de 20,9 pontos (no D4) a 26,6 pontos (no D1), acentuando as diferenças encontradas nos subgrupos de estudantes em relação à média da QV da amostra total.

Quanto ao efeito da formação médica na QV, estar no terceiro ou sexto ano da graduação apre-

sentou uma associação negativa estatisticamente significativa com todos os domínios do WHOQOL-bref, principalmente sobre os domínios psicológico e relações sociais. Ao estratificar os escores preditos por ano da graduação, as diferenças observadas na QV pela influência da forma de ingresso, da MCR e da classe econômica se mantêm. Neste sentido, os cotistas e os portadores de morbidade crônica são ainda mais vulneráveis nestes períodos da formação médica.

No terceiro ano, os estudantes vivenciam o desafio de lidar com os pacientes e com as exigências dos professores médicos, durante a tão esperada disciplina de clínica médica; e, no sexto ano, momento de treinamento em serviço, há uma grande tensão relacionada à formatura e à responsabilidade pelo exercício pleno da profissão, bem como com a prova para a Residência Médica.

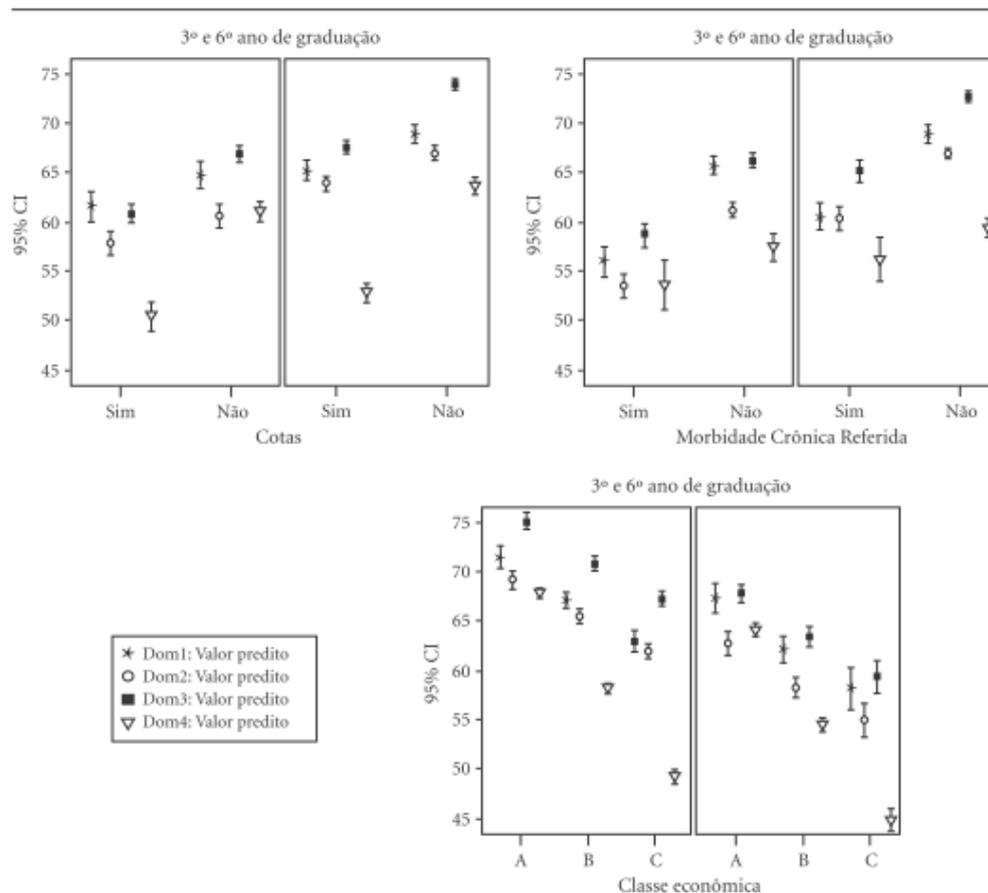


Figura 4. Escore predito de Qualidade de Vida dos Estudantes de Medicina da UERJ (WHOQOL-bref), forma de ingresso, presença de morbidade crônica e classe econômica, estratificado por ano de graduação (3rd and 6th = Yes; others= No). Rio de Janeiro, 2010.

Os resultados no contexto da literatura

Os resultados da análise bivariada, apresentados e discutidos detalhadamente em outra publicação²⁴, revelaram que as mulheres, os portadores de MCR, os cotistas e as pessoas de classes econômicas mais baixas tiveram menores *scores* em quase todos os domínios da qualidade de vida aferida pelo Whoqol-bref, como observado previamente por outros autores em estudos envolvendo estudantes de medicina^{13,14} ou a população geral²⁵. Da mesma forma, ratificando os achados de outras pesquisas, foi demonstrada uma queda na QV dos estudantes ao longo da graduação^{13,14,18,26}.

Quanto à abordagem multivariada, Henning et al.²⁰ avaliaram o efeito do estresse do processo de adaptação ao meio acadêmico e social na QV de estudantes de medicina estrangeiros e nativos da Nova Zelândia, medida pelo WHOQOL-bref

e controlado por variáveis socioeconômicas. Os estudantes estrangeiros apresentaram menores escores de QV prioritariamente nos domínios relações sociais e meio ambiente. Equivalentemente, foi possível observar na amostra de estudantes da UERJ importantes diferenças nos escores destes mesmos domínios da QV entre os cotistas e não cotistas²⁴, mesmo quando controlado por variáveis socioeconômicas, como o observado pelos coeficientes de regressão ($\beta = -4,5$; $p = 0,042$ e $\beta = -5,3$; $p < 0,001$).

A significativa diferença socioeconômica entre cotistas e não cotistas refletidas na diferença entre as chances do chefe da família ter ensino superior completo podem relacionar-se também ao capital social e cultural acessíveis a esses estudantes.

Muitos estudantes de medicina da UERJ são provenientes de bairros ou cidades distantes daquele onde está situada a faculdade e acabam por

viver um processo de separação da família. A esse processo podem associar-se dificuldades materiais que prejudicam a integração ao novo espaço social que habitam, embora Paro et al.²⁶ em pesquisa anterior não tenham observado diferença na QV entre estudantes que moram ou não com as famílias.

Nogueira²⁷, em pesquisa qualitativa realizada com estudantes universitários em Belo Horizonte na década de 90, nos revela que o capital cultural e profissional dos pais com elevada titulação acadêmica atua de várias formas na vida acadêmica dos filhos, seja por conselhos e ações concretas sobre o currículo dos filhos, seja pelas condições objetivas de vida que lhes permitem estudar sem trabalhar em atividades não relacionadas à própria formação, o que para os estudantes de medicina pode ser considerado um alívio à carga imposta pela faculdade.

Por outro lado, a pesquisa conduzida por Portes²⁸ revela que algumas famílias populares podem chegar a viver certo desespero econômico, com repercussões sobre a dinâmica familiar, para assegurar a permanência dos filhos na universidade. Se por um lado, a valorização da escola e a internalização de uma imagem de seus pais sérios e trabalhadores contribuem para ajudá-los a vencer os desafios escolares, por outro, o fato de serem criados sob a ética do trabalho, muitas vezes os leva a querer adquirir uma autonomia financeira mínima, o que pode significar um grande perigo ao seu futuro profissional.

Outro desfecho de interesse em pesquisas envolvendo estudantes de medicina tem sido o *burnout*. Este termo, que significa literalmente “queimar”, é relativo ao estresse relacionado ao trabalho. É prevalente entre os médicos, mas algumas pesquisas demonstram que os estudantes de medicina também são afetados²⁹⁻³¹. Caracteriza-se pela presença de exaustão emocional (esgotamento emocional e físico), desumanização (distanciamento emocional e afetivo) e reduzida realização pessoal (insatisfação e ineficiência). Os achados revelam que fatores diretamente relacionados à formação^{29,30}, assim como eventos estressantes da vida³¹, podem causar *burnout* nessa população de estudantes, com implicações para o seu desempenho escolar e a sua qualidade de vida.

Forças e limitações do estudo

Como aspectos positivos ressalta-se a representatividade de estudantes em todos os anos da graduação e o uso de um instrumento transcultural validado em nosso meio, para aferição da QV, em seus aspectos subjetivos e transculturais.

Além disso, inexistem estudos prévios sobre a QV de estudantes cotistas e são escassas as publicações sobre o tema com abordagem multivariada.

Como limitação, destacamos o desenho transversal do estudo, que impede conhecermos se a prevalência de MCR aumenta ao longo da graduação, bem como a investigação da possibilidade de causalidade reversa desta variável com a QV dos estudantes. Por fim, apontamos para o aprimoramento do modelo teórico com a inclusão de algumas variáveis que não foram investigadas neste estudo, como por exemplo, a satisfação com o curso e com a escolha profissional, o suporte recebido pela universidade no processo de formação, o desempenho acadêmico e a resiliência dos estudantes.

Implicações para a pesquisa e a formação médica

Novas pesquisas são necessárias para explorar a relação entre a QV dos estudantes e outras variáveis aqui não abordadas, como as já mencionadas, bem como a utilização da triangulação de métodos quantitativos e qualitativos para melhor compreensão de alguns resultados obtidos, à luz dos *objetivos, expectativas, padrões e preocupações* dos estudantes de medicina.

O cuidado à saúde do estudante precisa entrar na pauta dos docentes e deve ser iniciado na recepção aos calouros, no sentido de identificar aqueles potencialmente mais vulneráveis. Para tanto seriam necessárias estratégias para conhecer as suas condições de vida, a presença de enfermidades crônicas e o suporte social disponível.

Além disso, o aprimoramento curricular deve priorizar um olhar cuidadoso para os estudantes do terceiro e sexto anos da graduação e a oferta de atividades que os ajudem a perceberem e a lidar melhor com o estresse inerente à formação profissional.

Conclusões

As Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina preconizam que os estudantes aprendam a cuidar da sua própria saúde e bem estar, como médicos e cidadãos, sendo que chama atenção em nossa amostra de jovens estudantes, a prevalência de 20% de MCR e 43% de cotistas, que se mostraram mais vulneráveis ao estresse imposto pelo curso.

Ainda que a Universidade apoie esses estudantes com uma bolsa permanência, pouco ain-

da sabemos sobre os desafios enfrentados por eles durante a formação médica e qual a relação existente entre o desempenho escolar e o processo de integração ao novo meio social e a sua qualidade de vida.

Para que as escolas médicas contribuam para o desenvolvimento desta competência entre os futuros médicos é necessário identificar e acolher as necessidades de saúde destes estudantes numa perspectiva ampliada, já que foi demonstrado

que não apenas os aspectos físicos e emocionais, como também os socioculturais, podem influenciar a sua QV e consequentemente seu desempenho acadêmico.

Além disso, independente da vulnerabilidade individual, até que o currículo seja revisto e aprimorado, os estudantes que vivenciam o modelo tradicional de ensino precisam de maior atenção, durante o terceiro e sexto anos da graduação, que correspondem a etapas críticas da formação.

Colaboradores

ACS Chazan, MR Campos e FB Portugal participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Millan LR, De Marco OL, Rossi E, Arruda PCV. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
2. Costa LSM, Mattos EC, Silva FL. A influência do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense na qualidade de vida dos seus estudantes. *Rev Bras Educ Med* 2001; 25(2):7-14.
3. Tempksi P, Bellodi PL, Paro HBMS, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? *BMC Medical Education* 2012; 12:106.
4. Compton MT, Carrera J, Frank E. Stress and Depressive Symptoms/Dysphoria Among US Medical Students Results From a Large, Nationally Representative Survey. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(12):391-397.
5. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Lei 5.346, de 11 de dezembro de 2008. Lei Estadual sobre a Reserva de Vagas., 2008. [Internet]. [acessado 2014 jun 10]. Disponível em: <http://www.caiac.uerj.br/legislacao/Lei%20534608.pdf>
6. Universidade do Estado do Rio de Janeiro /SR1/DSEA. Manual do Candidato 2ª Fase Exame Discursivo / Anexo 3: Instruções específicas para os candidatos às vagas do sistema de cotas [Internet]. [acessado 2013 jun 21]. Disponível em: http://www.vestibular.uerj.br/portal_vestibular_uerj/arquivos/arquivos2009/Anexo_3_ED.pdf
7. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sub reitoria de Graduação (SR1)/Coordenadoria de Articulação e Iniciação Acadêmicas (CAIAC). Avaliação qualitativa dos dados sobre desempenho acadêmico. Relatório ano 2011 [internet]. [acessado 2013 jun 25]. Disponível em: <http://www.caiac.uerj.br/rel.pdf>
8. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sub Reitoria de Graduação (SR1)/ Coordenadoria de Articulação e Iniciação Acadêmicas (CAIAC). Levantamento de cotas 2012 [internet]. 2013 [acessado 2013 jun 25]. Disponível em: <http://www.caiac.uerj.br/Levantamento2012.pdf>

9. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sub Reitoria de Graduação (SR1)/ Coordenadoria de Articulação e Iniciação Acadêmicas (CAIAC). Programa de Iniciação Acadêmica – PROINICIAR. [internet]. [acessado 2013 jun 25]. Disponível em: <http://www.caiac.uerj.br/proiniciar.html>
10. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-1409.
11. Chachamovich E, Fleck MP. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: Fleck MP, organizador. *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 74-82.
12. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
13. Fiedler PT. *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
14. Alves JG, Tenório M, Anjos AG, Figueroa JN. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev Bras Educ Med* 2010; 34(1):91-96.
15. Ramos-Dias JC, Libardi MC, Zillo CM, Igarashi, MH, Senger MH. Qualidade de vida em cem alunos do curso de Medicina de Sorocaba – PUC/SP. *Rev Bras Educ Med* 2010; 34(1):116-123.
16. Pereira PB. *Bem-estar e busca de ajuda: um estudo junto a alunos de medicina ao final do curso* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
17. Krägeloh CU, Henning MA, Hawken SJ. Validation of the WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire for Use with Medical Students. *Education for health* 2001; 24(2):1-5.
18. Zhang Y, Qu B, Lun S, Wang D, Guo Y, Liu J. Quality of Life of Medical Students in China: A Study Using the WHOQOL-BREF. *PLoS ONE* 2012; 7(11):e49714.
19. Li K, Kay NS, Nokkaew N. The Performance of the World Health Organization's WHOQOL-BREF in Assessing the Quality of Life of Thai College Students. *Soc Indic Res* 2009; 90(3):489-501.
20. Henning MA, Krageloh C, Moir F, Doherty H, Hawken, SJ. Quality of life: international and domestic students studying medicine in New Zealand. *Perspect Med Educ* 2012; 1(3):129-142.
21. Moreno AB, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor, D. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica* 2006; 22(12):2585-2597.
22. Sintaxe SPSS - WHOQOL - bref Questionnaire. [Acessado em 2012 maio 10]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol86.html>
23. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil: dados com base no levantamento sócio-econômico 2005 IBOPE [online]. 2008. [Acessado em 2012 maio 3]. Disponível em: http://www.google.com/url?q=http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx%3Fid%3D250&sa=U&ei=sYaiT9vsLKS16AHNsY30CA&ved=0CA0QFjAE&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNF_9NTuOD6b-fhX-L_6z4TsAgsN0Pw
24. Chazan ACS, Campos MR. Qualidade de vida de estudantes de medicina medida pelo WHOQOL-bref - UERJ, 2010. *Rev Bras Educ Med* 2013; 37(3):376-384.
25. Cruz LN, Polanczyk CA, Camey AS, Hoffmann, JF, Fleck, MP. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res* 2011; 20(7):1123-1129.
26. Paro HBM, Morales NMO, Silva CHM, Rezende CHA, Pinto RMC, Mendonça, TMS, Prado MM. Health-related quality of life of medical students. *Medical Education* 2010; 44(3):227-235.
27. Nogueira MA. A construção da excelência escolar: um estudo de trajetórias feito com estudantes universitários provenientes das camadas médias intelectualizadas. In: Nogueira MA, Romanelli G, Zago N, organizadores. *Família e Escola: trajetórias de escolarização em camadas médias e populares*. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 15-43.
28. Portes EA. O trabalho escolar das famílias populares. In: Nogueira MA, Romanelli G, Zago N, organizadores. *Família e Escola: trajetórias de escolarização em camadas médias e populares*. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 61-80
29. Fontes EOC, Santos SA, Santos ATRA, Melo EV, Andrade TM. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics* 2012; 67(6):573-579.
30. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Moutier C, Massie FS, Harper W, Eacker A, Szydlo DW, Sloan JA, Shanafelt TD. Burnout and Serious Thoughts of Dropping Out of Medical School: A Multi-Institutional Study. *Acad Med* 2010; 85(1):94-102.
31. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. Personal Life Events and Medical Student Burnout: A Multicenter Study. *Acad Med* 2006; 81(4):374-384.

Artigo apresentado em 10/06/2014

Aprovado em 15/06/2014

Versão final apresentada em 17/06/2014

8.3 – Artigo 3

Processos de formação médica e qualidade de vida dos estudantes: um estudo sobre o cotidiano escolar

Ana Cláudia Santos Chazan, Carlos Otávio Fiúza Moreira e Mônica Rodrigues Campos

Resumo:

Objetivo: Conhecer as percepções dos estudantes de uma escola médica pública estadual sobre as relações entre o cotidiano escolar e a sua qualidade de vida (QV). **Método:** Entrevista semiestruturada de 20 estudantes e 16 professores, tratadas por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** O cotidiano escolar tem seus efeitos sobre diferentes domínios da QV dos estudantes: físico (cansaço, alterações do sono e do peso), psicológico (sentimentos positivos e negativos; ansiedade), relações sociais (reduzido convívio com familiares e amigos que não são da faculdade) e meio ambiente (escolar, do lar e da cidade). Identificaram-se fatores que os reabastecem (suporte psicossocial, atividades sociais saudáveis, tutoria, desenvolvimento de competências profissionais) e que os esgotam (pressões por notas, conflitos internos, demandas de tempo e energia, eventos estressantes da vida). **Conclusões:** As necessidades dos estudantes por cuidados nem sempre são percebidas no ambiente escolar e, gradativamente (ainda que sem perceberem), os estudantes assimilam o discurso de que ser médico é abdicar do auto cuidado, da vida pessoal e social, bem como da sua subjetividade.

Palavras chave: Estudantes de Medicina, Educação de Graduação em Medicina, qualidade de vida, pesquisa qualitativa

Abstract:

Objective: Acknowledge the perceptions of a public medical school's students about the relations between their daily lives and their quality of life. **Method:** semi structured interview with twenty students and sixteen professors, treated by content analysis. **Results:** the school's routine have its effects on different areas of their life quality: physical (tiredness, sleep and weight alterations), psychological (positive and negative feelings; anxiety) and environment (academic, of home and of city). They identified factors that refuel them (psychosocial support, healthy social activities, tutorship, and professional competence development) and that exhaust them (pressure for grades, internal conflicts, time and energy demands, and stressful life events). **Conclusion:** the students' needs for care aren't always noted in the

school's environment and gradually, even without realization, the students assimilate that "being a doctor" is abstain yourself from self-care, personal and social life, as well as your own subjectivity speech.

Key words: Medical students, Medical Education, Quality of life, Qualitative Research

Introdução

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando-se os seus princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, requer uma profunda transformação das escolas médicas para formar profissionais com uma compreensão mais ampla e abrangente das demandas e necessidades humanas de saúde. Estas incluem condições de vida adequadas, acesso às diversas tecnologias em saúde, vínculo com os profissionais ou equipes de saúde que atendem e a possibilidade do desenvolvimento crescente da autonomia sobre as nossas escolhas na vida (1).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina (DCN) (2,3), ao trazerem para a pauta da formação médica os conteúdos próprios da Atenção Primária em Saúde (APS) e da Medicina de Família e Comunidade (MFC), deram orientação legal e programática para a integração ensino-serviço-comunidade e para a criação de campos de práticas docente-assistenciais de promoção da saúde da população. Em 2001, elas estabeleceram ainda que os estudantes devem aprender a cuidar da própria saúde física e mental e a buscar o seu bem estar como cidadão e como médico. Com isso, as DCN estimularam de algum modo pesquisas sobre a qualidade de vida (QV) dos estudantes em nosso meio e sua relação com a formação médica.

Qualidade de vida é um conceito amplo que incorpora de maneira complexa a percepção dos indivíduos em dado momento, sobre vários domínios da sua própria vida, entre estes a saúde, o estado emocional, as relações sociais e o meio ambiente (4). Com base nessa compreensão, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu instrumentos de auto avaliação da QV.

O Whoqol-bref tem 26 questões, é de fácil aplicação (5) e tem sido utilizado em pesquisas envolvendo estudantes de medicina (6,7,8, 9, 10, 11, 12) e de outras áreas da saúde (13,14). Sua aplicação numa amostra de estudantes de medicina da UERJ em 2010, revelou que aspectos demográficos (sexo feminino e presença de morbidade crônica), sócio econômicos (ingressar por cota e pertencer a classe B ou C) e relacionados à formação (estar no terceiro ou no sexto ano) analisados, apresentaram associação negativa com a QV dos estudantes (15,16).

Com o objetivo de conhecer as percepções dos estudantes sobre o seu cotidiano na escola médica e a sua QV, foi empreendido novo estudo, agora com abordagem qualitativa. Neste artigo serão apresentados os resultados parciais da análise feita usando-se como referência os quatro domínios do Whoqol-bref: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, em que o instrumento aplicado foi a entrevista semi-estruturada. Entre os estudantes do primeiro, do terceiro e do sexto anos selecionamos trinta de forma aleatória. Esta escolha foi orientada pelos resultados da pesquisa anterior, em que os estudantes do terceiro e sexto anos apresentaram piores escores de QV em relação aos demais anos (15,16).

Quanto aos docentes, a seleção foi orientada seguindo-se os seguintes critérios: participar da gestão da unidade ou ser coordenador de disciplina obrigatória (ou seu substituto na ocasião da entrevista), com carga horária mínima de 80hs-aula por semestre. A amostra foi selecionada por conveniência, privilegiando-se a representação ampla dos departamentos e de disciplinas dos seis anos da graduação.

Para caracterizar a amostra foi utilizada uma ficha de identificação que incluiu para os estudantes a coleta de dados sócio-demográficos e sobre a sua trajetória acadêmica e para os docentes, formação acadêmica e tempo de docência na UERJ.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz e do HUPE/UERJ após a anuência da direção da unidade acadêmica (CAAE: 15791513.0.0000.5240). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido após leitura e compreensão dos propósitos e termos da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Entre outras questões, foi solicitado aos estudantes que descrevessem um dia típico do seu cotidiano na faculdade e a relação com sua QV, com ênfase nas atividades práticas. Aos docentes foi solicitado que expusessem suas considerações sobre o processo de formação médica e a QV dos estudantes de medicina. A realização das entrevistas foi interrompida quando da saturação dos dados. Estes foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática (17). O processo analítico compreendeu as seguintes fases: leitura compreensiva e exaustiva de todo o material, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações (18).

Resultados e Discussão

Caracterização da amostra

Dos 30 estudantes selecionados, 21 foram entrevistados, mas em função de problema técnico ocorrido, a análise englobou 20 entrevistas que puderam ser transcritas. Quanto aos aspectos sócio-demográficos, observou-se que a média de idade dos estudantes foi de 23,8 anos (18-32 anos), sendo treze (65%) do sexo feminino (três casadas, uma destas com um filho e demais solteiras). Os sete estudantes do sexo masculino eram solteiros.

Onze (55%) se autodeclararam brancos, cinco pardos, dois negros, um amarelo e um multiétnico. Quinze (75%) eram cristãos. Três (15%) estavam no primeiro ano, nove (45%) no terceiro e oito (40%) no sexto ano da graduação. Cinco (25%) tinham outra graduação completa.

Quanto ao local de moradia, sete (35%) estudantes não viviam com suas famílias de origem que eram de outras cidades ou de outros estados. Destes, três moravam sozinhos e quatro com parentes ou em república. Catorze (70%) residiam na cidade do Rio de Janeiro, sendo que seis em bairros adjacentes a faculdade.

Pelo menos um dos pais de treze (65%) estudantes tinha o ensino superior completo (seis da área da saúde, um deles médico) e dos demais sete, o ensino médio completo. Cinco (25%) estudantes declararam ser cotistas. Três (15%) referiram ser portadores de pelo menos uma doença crônica. Treze (65%) realizavam atividades extracurriculares oferecidas pela escola (monitoria, iniciação científica, liga acadêmica ou outra atividade de extensão) ou pelo Centro Acadêmico (futsal ou bateria).

Dezesseis professores foram entrevistados: nove do sexo masculino, doze graduados em medicina, onze adjuntos, quatro assistentes e um auxiliar. O tempo médio de formados foi de 27,8 anos (9-44 anos) e o de docência, de 17,2 anos (1-35 anos). Todos em regime de 40h, sendo a carga horária dedicada à graduação variável. Sete desses professores mencionaram ter alguma formação pedagógica para a prática docente, sendo que cinco referiram-se às disciplinas de didática cursadas no mestrado. Cinco professores dão aulas para o primeiro ano da graduação, um para o segundo ano, quatro para o terceiro ano, três para o quarto ano e três para o internato.

Percepção dos estudantes sobre o seu cotidiano e as influências sobre a sua QV

Alguns dos estudantes entrevistados mencionaram que as mudanças na qualidade de suas vidas começaram a partir da escolha pela medicina, em decorrência da dedicação aos estudos para garantir uma vaga na universidade pública. Alguns saíram da cidade natal em busca de cursos pré vestibulares no Rio de Janeiro. Outros referiram que alimentavam-se mal, abandonaram os esportes ou distanciaram-se dos amigos.

Se o empenho para entrar foi grande, o que os estudantes ignoravam ou não tinham clareza, é que para graduar-se seria necessária uma dedicação ainda maior aos estudos. Segundo Millan et al. (19), a faculdade é vista pelos calouros como “um continente idealizado, onde não haverá mais angústia, insegurança ou exigências; pelo contrário, será o lugar onde suas expectativas serão satisfeitas”. Isto está bem longe de corresponder a realidade. Como disse um dos estudantes: “É um curso muito puxado, a gente não tem muita noção disso quando a gente escolhe.” (E20).

O que mais afeta a QV dos estudantes entrevistados são a carga horária integral do curso, o grande volume de matérias para estudar e a pressão por boas notas nas provas, como já referido por estudantes de outras escolas médicas (20, 21). Essa pressão se dá por exigência do meio e contribui para acirrar o clima de competitividade na escola.

“Ficar em final não é legal, tem que passar direto. Tem essa exigência das pessoas e do curso. Do curso, porque sempre todo mundo fala que tem que estudar muito e das pessoas porque, ‘Ah, ficou de final? Eu não.’ Como se fosse superior por não ficar de final, sabe?” (E18).

“Tem veterano que vai juntando material e acaba passando... E às vezes são resumos muitos bons, são várias perguntinhas respondidas que, nossa! Ajudam muito. Às vezes até prova do ano anterior. E aí com isso muita gente segura esse material, não repassa para as outras pessoas.” (E21)

Ainda quanto ao clima escolar, desde o primeiro ano circulam informações, entre os estudantes, acerca das dificuldades que serão vivenciadas no terceiro ano ao entrarem no hospital. A preocupação e o medo de não conseguirem desenvolver as habilidades clínicas ou, ainda, de não terem o suporte adequado dos professores neste momento do curso são fontes adicionais de estresse, que podem gerar ansiedade e perturbações no sono contribuindo para o desgaste físico e emocional dos estudantes.

“A gente entra na faculdade já com a ideia de que o 3º ano é o pior de todos, é o ano impossível, é o ano que você não vai conseguir fazer nada.” (E8).

Como estudar passa a ser a prioridade, os estudantes se percebem abrindo mão de muitas coisas na vida ao longo do curso, inclusive de tempo para si e para estar com os amigos e familiares.

“Hoje em dia a medicina domina todo meu tempo, todo o meu horário. (...) eu não tenho mais controle dos meus horários... então ela interferiu completamente na minha autonomia, né? não dá nem tempo de fazer outra coisa.” (E14)

“Eu acho que interfere muito por ser um curso que suga muito. Então se tiver tudo bem na medicina sua vida tá boa, se não tiver tudo bem na faculdade, tem boas chances de todo o resto não estar porque quase tudo gira em torno da faculdade.” (E15)

“A minha vida acabou virando a medicina. É tudo que eu penso todo dia, tudo que eu faço todo dia.” (E21)

Não é raro que os estudantes acabem estrategicamente por priorizar o estudo dos conteúdos de uma disciplina em detrimento das outras, em função das dificuldades vivenciadas nas provas e da dificuldade em gerir o tempo. Neste contexto, o “virar noites” em véspera de prova passa a ser o usual.

“É muita matéria para estudar, são muitas matérias juntas, assim você acaba negligenciando uma pra estudar outra na semana, (...) então você sempre está acumulando alguma coisa.” (E8)

Na faculdade, a jornada escolar é integral. Somando o tempo do deslocamento da residência para a faculdade, sobram poucas horas para o estudo livre e, conseqüentemente, para o sono, o que compromete o lazer dos estudantes e o próprio desempenho escolar.

“Então por mais que eu estudasse muito no pré-vestibular era só metade do dia, então eu pegava, dormia duas, três horas da tarde, e começava a estudar, e estudava muito. É isso que eu não consigo fazer, não consigo fazer em casa, não consigo ter o mesmo ritmo de estudo” (E18)

A qualidade da alimentação, a prática de atividades físicas e o sono são aspectos da vida dos estudantes muito afetados pela carga horária integral do curso (6,20, 21). Uma situação paradoxal é que nem sempre o conhecimento que vai sendo adquirido no curso de medicina é usado em benefício próprio, no que tange ao autocuidado.

“Durante o curso de medicina a gente tem um conhecimento maior sobre algumas coisas que na verdade melhorariam a nossa qualidade de vida, a gente nem sempre segue isso, mas esse conhecimento existe e quando a gente pode a gente acaba seguindo. (...) Por exemplo, o sono. Nosso sono é péssimo, em alguns momentos do curso pelo menos nosso sono é péssimo.” (E8)

De fato, a despeito dos benefícios comprovados da atividade física para a promoção da saúde física, psicológica e para o combate ao estresse, a prevalência de sedentarismo na população de estudantes de medicina é alta (22, 23). Além destes ganhos pessoais, estudo conduzido no Canadá, revelou existir uma correlação positiva entre o tempo de exercícios realizados pelos estudantes de medicina do quarto ano (medido em minutos/semana) e a valorização da prescrição de exercícios para os pacientes (24).

O sono também é necessário a manutenção da saúde física e psicológica e segundo a literatura, sua privação em estudantes de Medicina reduz a capacidade de raciocínio, problemas de memória e da fala (25). No estudo de Fiedler evidenciou-se numa amostra de 800 estudantes de 75 escolas médicas diferentes que os escores patológicos de sonolência diurna, mais prevalentes no sexo feminino, se relacionaram com menores escores dos domínios físico, psicológico e ambiental do Whoquol-bref (6).

Quanto a alimentação, o restaurante universitário da UERJ foi muito elogiado pelos estudantes, mas alguns fatores são impeditivos para a sua utilização, como o pouco tempo reservado ao almoço, o tamanho da fila e as aulas que se prolongam. Além disso, em geral é na hora do almoço que os monitores estão disponíveis para tirar dúvidas, que as ligas acadêmicas se reúnem ou os estudantes precisam resolver outras questões. Assim, as refeições passam a ser progressivamente substituídas por pequenos lanches. Sobre estas questões é esclarecedora a fala de um dos entrevistados:

“Os professores não respeitam muito os horários de acabar as aulas, então muitas vezes você sai meio dia e meia, quase não tem tempo de engolir a comida para já ir pra próxima aula. Aí se você tiver que resolver qualquer coisa em uma hora você não resolve. E acaba que todas as reuniões de qualquer coisa acontecem na hora do almoço. Então o almoço é bem prejudicado.” (E15)

Ainda sobre a estrutura universitária, os estudantes mencionaram a inadequação dos auditórios e salas de aulas, sendo os do sexto ano os mais prejudicados pois chegaram antes das reformas terem sido feitas no prédio da faculdade.

“A qualidade dos anfiteatros na época que eu estava no primeiro, segundo ano eram péssimas, então eram cadeiras quebradas, cadeiras desconfortáveis, salas sem ar-condicionado com calor de 40 graus, e professor que fala muito baixo na frente do anfiteatro muito grande.” (E2)

Os estudantes também indicaram sentir a necessidade de espaços para repousarem, situação que parece ser equacionada pelo Centro Acadêmico Sir Alexander Fleming - CASAF, ainda que de forma insuficiente para a demanda. “No CASAF tem sofá. Ah, lotado! Não tem nem como dormir lá.”, comentou um dos estudantes (E13).

Assim, morar perto do *campus* é um privilégio, pois, a depender da distância a ser percorrida e do tipo de transporte utilizado, pode significar menos tempo disponível para estudar e para descansar, comprometendo assim notadamente a QV. Além disso, a cobrança dos professores acerca da frequência e pontualidade é um complicador para quem mora longe e que terá de acordar mais cedo.

Para aqueles que almejam a independência financeira dos pais ou necessitam de uma fonte de renda para se manterem, a carga horária do curso se torna um problema a mais:

“A faculdade de medicina não permite que a gente trabalhe e ganhe o nosso dinheiro pra poder nos sustentar. Então isso eu acho que é o que prejudica mais.” (E2).

A despeito da carga horária curricular, a maior parte dos estudantes entrevistados realizava alguma atividade extracurricular por ocasião da entrevista, sejam aquelas oferecidas pelo CASAF (futsal, bateria), pela escola (monitoria, iniciação científica, extensão ou ligas acadêmicas) ou pela rede pública ou privada de serviços de saúde (plantões em unidades de Emergência ou de Terapia Intensiva). Se por um lado estas atividades ocupam o pouco tempo livre disponível, por outro são formas de obter satisfação e bem estar, aprimoramento profissional, remuneração e destaque no meio acadêmico.

O cotidiano escolar tem seus efeitos sobre os domínios físico (cansaço, alterações do sono e do peso), psicológico (sentimentos positivos e negativos; ansiedade), relações sociais (baixo convívio com familiares e amigos que não são da faculdade) e meio ambiente (escolar, do lar e da cidade), como sintetizado na **Tabela 1**.

Ainda que os aspectos considerados até o momento sejam negativos, de um modo geral, os estudantes se mostraram satisfeitos com a escolha profissional, o que é importante para mantê-los em um curso que frustra suas expectativas, nem sempre identificadas ou acolhidas pela instituição de ensino (26, 27).

“Eu não vou reclamar da medicina porque eu escolhi por vontade própria, mas é muito puxado assim. É complicado. (...) Então eu acho que interfere bastante. Tem que gostar, não dá para fazer medicina sem gostar, senão você não aguenta.” (E16)

Nesse sentido, a vivência de algum desconforto durante as atividades práticas, pode aumentar o nível de estresse e gerar conflitos internos em relação à escolha profissional, que se não forem cuidados, podem consumir as escassas reservas emocionais dos estudantes (28, 29).

“Eu me sinto incomodada tocando o paciente às vezes. (...) Agora isso na minha qualidade de vida? Eu não sei. Acho que às vezes eu me questiono, já que eu não consigo fazer isso, se medicina realmente é o que tem pra mim.” (E18)

“Tem professores excelentes que realmente respeitam os pacientes, vêm o lado da pessoa, que ela tá doente, que ela está num lugar que não é muito confortável, (...). Por exemplo, exame cardiológico em mulher- tem que tirar a blusa - e muitas não ficam confortáveis. Aí tem professor que se preocupa de pegar um biombo, botar na frente.” (E16)

Como pontua Bastos, realizar o exame físico do paciente não é uma tarefa fácil para o estudante. É preciso que ambos, paciente e estudante se dispam também da sua personalidade e sexualidade, pela negação da erotização de seus corpos. Só assim o paciente se deixará examinar e o estudante poderá examiná-lo de forma objetiva (30).

A incorporação da cultura médica (capital cultural) pelos agentes (estudantes) é o que levará a “transformação” do estudante em médico (*habitus* profissional). Identificadas como “competências adquiridas” (31), são um estímulo positivo, uma fonte nutridora para o bem estar e QV dos estudantes no curso, como ressaltou um dos estudantes:

“Ficar no plantão, ficar na enfermaria é muito cansativo, sem dúvida, mas se estiver acontecendo alguma coisa é uma adrenalina boa, sabe? Você está agindo, você está trabalhando, colocando em prática aquilo que você aprendeu. Isso é uma coisa que eu gosto, me faz bem, digamos assim.” (E2).

Tabela 1: Domínios da qualidade de vida segundo WHOQOL-bref e o cotidiano dos estudantes de medicina da UERJ, 2013

Domínio	Abrangência	Exemplos
Físico/7	dor e desconforto energia e fadiga sono e repouso mobilidade atividades da vida cotidiana dependência de medicação ou de tratamentos capacidade de trabalho	<p>“A gente fica em pé em certos dias de oito a meio dia quase, (...) isso cansa muito, machuca os pés da gente, (...)” (E8)</p> <p>“a semana que não tem prova você quer ficar fazendo nada, descansando em casa. É quase que uma exaustão física que causa.” (E18)</p> <p>“Eu tenho muito sono. (...) Quando eu chego em casa cedo eu acabo dormindo um pouquinho, uma hora, assim. (...) Mas quando tem prova no dia seguinte, essas coisas, eu acabo dormindo uma hora por noite, 2 horas.” (E4)</p> <p>“a gente não pode ficar doente (risos). Eu tenho pavor de ficar doente, por que... Eu fiquei. No 2º ano. A sorte é que foi no 2º ano.” (E7)</p> <p>“o tempo que eu estou em casa eu quero dormir, me jogo na cama e hiberno. Não faço nada.” (E10)</p> <p>“eu nunca tomei remédio pra ficar acordado, tipo remédio que me estimulasse a estudar (...). Mas pra dormir, nesse ano principalmente eu tenho tomado.” (E8)</p> <p>“Ficar no plantão, ficar na enfermaria é muito cansativo? É muito cansativo, sem dúvida, mas se estiver acontecendo alguma coisa é uma adrenalina boa, sabe? Você está agindo, você está trabalhando, colocando em prática aquilo que você aprendeu. Isso é uma coisa que eu gosto, me faz bem” (E2)</p> <p>“Atualmente eu ..., eu estafei, então eu quase que durmo nove e meia, dez horas da noite, porque eu não consigo... não vai render.” (E11)</p>
Psicológico/6	sentimentos positivos pensar e aprender memória e concentração imagem corporal/aparência sentimentos negativos espiritualidade.	<p>“eu escolhi medicina e eu sou muito feliz com o que eu escolhi fazer, porque é uma atividade que muito me estimula, sabe?” (E2)</p> <p>“não estou conseguindo estudar, está muito difícil.” (E7)</p> <p>“pra ficar acordada de madrugada eu tenho que comer. (...) e com isso eu engordo, isso me gera insatisfação, então pelo menos a ginástica eu vou tentando compensar.” (E11)</p> <p>“Minha tendência quando eu fico muito nervosa, período muito estressante é emagrecer, emagrecer, emagrecer.” (E17)</p> <p>“a alimentação piorou muito, eu engordei 20 quilos durante a faculdade.” (E20)</p> <p>“você entra naquela ansiedade, naquele desespero tão grande achando que você não vai aguentar passar por clínica e todo mundo te desespera, as próprias pessoas da sua turma te desesperam...” (E8)</p> <p>“e às vezes tem alguns pacientes mais difíceis, muita co-morbidades, aí me gera um pouco mais de angústia de como estar conduzindo (...)” (E11)</p> <p>“a ideia da prova de residência te estressa mais do que tudo, né?” (E11)</p> <p>“Eu pratico a minha religião espírita aos sábados, (...) e quando eu tenho que estudar no fim de semana eu acabou não indo” (E4)</p>
Relações Sociais/3	relações pessoais suporte social atividade sexual	<p>“Por conta do meu envolvimento com o movimento estudantil, (...) eu estou em contato com muitas pessoas, principalmente de faculdades diferentes, de cursos diferentes. (...) Eu acho que isso me ajudou muito.” (E1)</p> <p>“Eu procurei há pouco tempo uma terapeuta, uma psicóloga pra falar sobre isso, acho que tem me ajudado um pouco, ...” (E8)</p> <p>“agora também nem com a minha família eu fico, fico aqui durante a semana. Nessas semanas de prova inclusive eu não volto pra cada final de semana.” (E9)</p> <p>“Eu não vejo nem meus amigos nem meu namorado meio de semana, não tem como só fim de semana mesmo.” (E16)</p>
Meio Ambiente/8	segurança física e proteção ambiente do lar recursos financeiros cuidados de saúde e sociais disponibilidade e qualidade oportunidades de adquirir novas informações e habilidades atividades de lazer ambiente físico transporte.	<p>“eu não peguei nenhum professor mais estúpido, ou mais grosso, mas não é raro você ver pessoas saindo chorando da prova de clínica.” (E15)</p> <p>“eu não ia conseguir viver muito bem sem minha mãe. (...) eu chego muito cansada, entre sono e fome eu prefiro dormir, né? Aí ela que sempre vem (...) aí prepara a janta, leva tudo prontinho pra mim.” (E17)</p> <p>“a questão mesmo do dinheiro que na faculdade não dá pra ganhar dinheiro, não dá pra se manter, não dá pra fazer nada.” (E19)</p> <p>“querendo ou não demanda você ter dinheiro (...) livro, passagem, ...” (E13)</p> <p>“(...) e a própria faculdade aqui não dispõe, não disponibiliza uma atividade extra. (...) falta atividade física. Assim, incentivo pra você praticar uma atividade física, ou fazer alguma atividade que te tire dessa rotina. Te tire desse estresse que tem todo dia, né?” (E13)</p> <p>“a gente tenta almoçar no Bandeirão às vezes, mas a fila como é imensa às vezes a gente está cansado de ficar em pé...(...) a comida lá é muito boa, por isso que eu acho que a fila (rindo) é tão grande também.” (E8)</p> <p>“Durante o curso de medicina a gente tem um conhecimento maior sobre algumas coisas que na verdade melhoraria a nossa qualidade de vida, a gente nem sempre segue isso, mas esse conhecimento existe e quando a gente pode a gente acaba seguindo.” (E8)</p> <p>“passei a fazer futsal que eu não fazia, a bateria que é uma experiência totalmente nova, eu nunca toquei nada, sempre tive muita vontade. (...) e passei também frequentar mais o Rio. Eu não conhecia nada e agora eu já estou super mais independente assim.” (E4)</p> <p>“A maior parte do meu tempo é pra estudar, é pra ir pra faculdade, eu percebo que não tenho muito tempo pra mim, sabe?” (E9)</p> <p>“se tiver tudo bem na medicina sua vida tá boa, se não tiver tudo bem na faculdade tem boas chances de todo o resto não estar porque quase tudo gira em torno da faculdade.” (E15)</p> <p>“em Cabo Frio, por exemplo, a minha vida era muito mais tranquila. (...) fazia um milhão de coisas, tinha tempo pra tudo, tudo é muito perto, eu faço tudo a pé, aqui foi um choque muito grande.” (E10)</p> <p>“eu pego um ônibus até o centro de Caxias, em Caxias eu pego um trem, desço em São Cristóvão e pego um ônibus vindo pra cá. Eu venho em pé amassada. (rindo), bem amassada.” (E17)</p>

Alguns estudantes trazem consigo certas disposições presentes em muitos médicos como a “tríade compulsiva”, descrita por Gabard, citado por Dunn et al. (29). Composta por “dúvida, sentimento de culpa e um exagerado senso de responsabilidade”, como observado entre os entrevistados:

“Se eu vou ao cinema, por exemplo, eu fico pensando que tem alguma prova pra fazer daqui há uma semana, que eu deveria estar estudando. Não sei se isso é só comigo, mas mesmo com o tempo livre eu fico pensando na próxima.” (E9)

O grau de maturidade do jovem estudante para realizar as tarefas próprias do desenvolvimento (autoconhecimento, independência afetiva e emocional da família, lidar com a tensão entre o ideal profissional a ser alcançado e os instintos, os desejos e a curiosidade) influenciam a forma como ele vai se lançar para o mundo e encarar as demandas da formação profissional (32).

Aqueles que vivem longe da família distinguem os aspectos positivos (amadurecimento e desenvolvimento da autonomia e responsabilidade) dos negativos (menos suporte emocional e material, além das tarefas domésticas como uma carga adicional:

“Como eu moro sozinha, também interfere, porque tudo sou eu que faço, se eu não fizer ninguém faz. Quando eu morava lá em casa, era tudo tranquilo, eu não fazia nada. (...) São pequenas coisas que você tendo alguém com você é muito mais fácil do que você sozinha. Apesar de que é muito bom isso, você saber se virar e etc. Mas interfere. Eu não tenho tempo.” (E10)

Os estudantes estão inseridos em contextos (familiar, social) e determinados estressores psicossociais podem afetar suas reservas emocionais. Alguns tiveram o estresse agravado ao vivenciaram crises pessoais ou familiares, como adoecimento próprio ou de parentes, nascimento de filho, a separação ou falecimento dos pais.

Dyrbye e col. observaram que quanto maior o número de eventos da vida produtores de estresse vividos pelos estudantes no ano anterior a sua pesquisa, maior o risco de esgotamento observado (*burnout*) (33).

Os estudantes deixaram transparecer que o suporte psicossocial recebido na escola (colegas, professores e o PAPE - Programa de Apoio Psicopedagógico ao Estudante) ou fora dela (famíliares, amigos, profissionais de saúde, grupos religiosos), é importante, para que administrem melhor o estresse quando as suas reservas emocionais estão comprometidas.

“No começo do ano eu tive alguns problemas assim pessoais e esses problemas se tornaram muito grandes eu acho, (...) pode ter sido pela ansiedade que eu já estava sentindo pela faculdade. (...) Eu procurei há pouco tempo uma terapeuta, uma psicóloga para falar sobre isso, acho que tem me ajudado um pouco.” (E8)

Estudo realizado na Universidade Federal de Uberlândia revelou a prevalência de 79% de sintomas depressivos em estudantes de medicina, sendo observada correlação negativa com as variáveis: atividade de lazer, tratamento psicológico, tratamento psiquiátrico e satisfação com o curso (34).

As turmas de medicina são formadas em geral por jovens solteiros e a sua amizade foi muito enfatizada como um fator positivo para a sua QV. Mesmo que haja alguns estudantes

em outra fase do ciclo da vida (casados ou já com filhos), eles têm um “mundo em comum”, o curso de Medicina. O convívio diário permite a criação de pequenos grupos por afinidades e gostos (disposições) semelhantes. Segundo Rojo (35), “o grupo de amigos não se sustenta apenas na sociabilidade, mas na confiança, na ausência de competitividade interna e no apoio compartilhado entre seus membros”, como destacamos:

“Meus amigos são muito importantes pra mim. Porque são pessoas com quem eu desabado, são pessoas que estão muitas vezes com o mesmo problema que eu, passando pela mesma coisa. A maioria da mesma faixa etária que eu. Temos os mesmos interesses e a gente faz muita coisa junto. Muita coisa que alivia bastante o estresse do curso.” (E21)

O prazer de estarem juntos torna o cotidiano mais agradável e os estimula a irem à faculdade. Por outro lado, como as relações afetivas e sociais ficam restritas ao grupo da faculdade, qualquer alteração nessas relações interfere na QV dos estudantes.

No internato, nem sempre é possível conciliar com os amigos a participação nos rodízios. Ainda que este critério seja importante para a formação dos grupos, por tratar-se de um momento estressante do curso (36), esta é uma fase onde é possível ampliar os contatos e desenvolver e aprimorar habilidades de trabalhar em equipe.

“Ter amizade com alguém não é igual a trabalhar bem com essa mesma pessoa. Não tem nada a ver. Serviu para ver que às vezes uma pessoa que eu nem conhecia é um ótimo profissional.” (E1)

Formação médica e qualidade de vida dos estudantes: percepções dos docentes

O grupo de professores entrevistados é heterogêneo em relação à formação (nem todos são médicos), à área de maior atuação além da docência (pesquisa ou atenção aos pacientes) e à sua inserção no curso (na área básica ou no ciclo profissional). Além desses aspectos, varia também a carga horária e a conformação das disciplinas em que atuam. Esses aspectos, somado à sensibilidade e à empatia próprias (disposições), influenciam a sua percepção sobre a QV dos estudantes.

A maior parte dos professores avalia que a formação médica afeta a QV dos estudantes para pior, pois levam em conta as exigências do curso. Os que avaliam que afeta para melhor o fazem numa perspectiva futura, e em consequência do desenvolvimento pessoal e profissional que serão alcançados em longo prazo. Os médicos, muitas vezes se reportaram às suas vivências como estudantes, explicitando as dificuldades vividas:

“O processo é doloroso, você tem que amadurecer no processo, você tem que abdicar de muita coisa, eu acho que isso vai mudando você, a tua qualidade de vida muda. A sensação que se tem é que mudou pra pior, mas o amadurecimento nunca é pra pior, sempre é pra melhor. Eu olho pra mim como aluno, eu tinha certa visão de estar me sacrificando, isso era doloroso, talvez se eu tivesse tido outra orientação tivesse visto de outra forma, teria sofrido muito menos.” (D10).

Os professores do ciclo básico que dão aulas para a turma toda por um ou dois semestres observam mudanças, tanto no aspecto físico dos estudantes, quanto no interesse e participação nas aulas.

“Todos eles emagrecem, é visível isso, quando eles terminam o 1º período. Então eu acho que eles se alimentam mal.” (D2)

“Esse pique de estar sempre perguntando, estar sempre tirando dúvidas, sempre questionando, isso cai no 2º semestre. Eu tenho muito mais alunos cochilando em sala de aula no segundo semestre do que no primeiro.” (D3)

O esforço e a dedicação dos estudantes de medicina para manejar o grande volume de informações das diversas disciplinas não passam despercebidos por alguns professores, mas o cansaço, que se agrava ao longo do ano, acaba se refletindo no desempenho deles nas provas.

“Eles chegam aqui com o anseio de não perder um segundo. É tudo o que eles sonharam, é tudo o que eles batalharam e eles não vão querer ficar reprovados, entende? E eles se dedicam ferozmente”. (D2)

“Ao longo do ano eles vão ficando cada vez mais cansados, cansados, cansados. E assim, eles vão bem numa disciplina, depois na outra, eles não estudam, acabam decaindo. Depois eles recuperam e assim vai.” (D3)

A despeito da percepção sobre o desgaste sofrido pelos estudantes, percebe-se pela fala dos docentes que os conteúdos das disciplinas ficam a seu critério revelando o aspecto fragmentado do currículo (37).

“A gente fica tão obcecado em passar todas as informações que a gente às vezes sobrecarrega mesmo. Mas eu não sei qual é a medida, assim, o que seria o mínimo pra que o aluno deslanchasse.” (D1)

“Cada um vê a sua parte e não vê o todo, e aí fica difícil se na formação o aluno já vê as coisas separadas é difícil juntar depois.” (D13)

“Isso é feito de uma forma meio anárquica, individual, não organizada, não otimizada, com áreas muito ruins, e áreas muito boas. O aluno passa por momentos que ele adora e momentos que ele odeia, (...)” (D9)

Nem sempre o desconforto ou adoecimento dos estudantes é percebido pelos professores, que são procurados de um modo geral, por alunos em dificuldades quando estes já ultrapassaram o limite de faltas ou perderam provas:

“E aí ele veio, um homem gigantesco, começou a chorar na minha frente, porque ele, na verdade, tinha faltado todas as provas, porque a namorada dele tinha tido um bebê.” (D1)

De outro modo, nas atividades de extensão, quando são poucos estudantes sob sua orientação, a aproximação se estabelece e as questões estudantis se tornam visíveis aos docentes:

“Estou lembrando de uma aluna de iniciação científica porque eles ficam aqui o ano inteiro. (...) E nitidamente ela mudou. Ela começou a ficar até um pouco mais agressiva, mais nervosa, ansiosa, uma série de coisas...A gente teve que conversar e ver o que estava acontecendo e foi fácil da gente fazer o diagnóstico, que estava relacionado com a prova de residência (...)” (D7)

Embora os transtornos mentais sejam apontados pelos gestores da faculdade como o principal fator impeditivo da progressão dos estudantes, apenas um dos docentes entrevistados mencionou o aumento na prevalência de ansiedade e depressão entre os estudantes. Nestas situações, professores e alunos buscam o apoio e a mediação da coordenação da graduação ou do PAPE.

“No semestre passado nós tivemos vários alunos que vieram com pedidos da FCM para fazer provas fora de horário porque estavam com estafa, com crise de ansiedade... Vários com crise de ansiedade. Alguns com caso de depressão diagnosticada.” (D3)

“Já encaminhei aluno pro PAPE. Já tive conversa com o PAPE sem o aluno para saber como é que eu poderia encaminhar.” (D4)

A heterogeneidade sócio-econômica dos estudantes é percebida pelos docentes. Se por um lado isso pode significar o sucesso do sistema de cotas da UERJ em ampliar o acesso aos estudantes com menor poder aquisitivo, por outro revela a necessidade de se repensar o papel da instituição para mantê-los no curso.

“Uns têm dificuldade mesmo, até de chegar, têm dificuldade de trabalho fora, têm trabalho porque têm que se sustentar.” (D11)

“Para o garoto que não consegue vir não tem como ter estratégia porque eu não faço curso à distância” (D12).

Ratificando nossos achados, Costa e colaboradores (20), em pesquisa realizada com estudantes de medicina da Universidade Federal Fluminense, observaram:

“Se, por um lado, famílias podem arcar com os custos de manter o(a) filho(a) em outra cidade e de facilidades como carro e computador, por outro, há as que se ressentem, apesar do estudo gratuito, das despesas com livros, cópias, alimentação e transporte, segundo informação dos próprios alunos.” (Costa et al, 2001 p.9)

Apesar de todos os desafios vividos na faculdade, os professores percebem a alegria e a descontração dos estudantes em sala de aula, chamando a atenção, inclusive, a baixa taxa de evasão dos estudantes, quando comparada a outros cursos (38). As mudanças no comportamento, contudo, começam a ser percebidas no terceiro ano quando foi observada em estudo prévio, a queda em sua QV (15,16).

É nessa fase do curso que os estudantes começam a ter prática com os pacientes, diariamente, em pequenos grupos no hospital, que é um ambiente novo. O conteúdo teórico também aumenta muito neste ano, assim como as necessárias relações entre os conhecimentos do básico e da clínica, além de ser exigido o uso adequado do vocabulário e da vestimenta (jaleco) profissional.

“No 2º ano eles vêm de bermudão, de chinelo de dedo (...), mas eu acho também que a alegria, a brincadeira, o empurra - empurra que eles têm no 2º ano não é o mesmo do 3º. No 3º eles já são mais formais entre eles, eu vejo a conduta mudar, não só a forma de vestir.” (D12)

Vê-se aqui outra indicação da incorporação gradual do *habitus* profissional, com a mudança da postura, vocabulário e vestimentas. Uma nova matriz de ação vai sendo instalada pelos processos de formação (39).

De um modo geral, os professores que não são médicos avaliam que os estudantes precisam receber uma atenção especial nesta nova etapa do curso, tanto do ponto de vista pedagógico como emocional, por entenderem que o processo de ensino-aprendizagem mediado pelo contato com os pacientes internados pode ser uma fonte de sofrimento para alguns estudantes.

“Eu acho que emocionalmente esses alunos têm que ter algum tipo de acompanhamento. Eu não sei se têm. Mas não assim, só quando precisar, só quando um professor achar. (...) porque é muita gente, então as coisas ficam diluídas.” (D4)

“Deve ter gente que é mais fria para enfrentar as situações e deve ter gente que é mais sensível. Eu acho que isso varia pra caramba. Então, assim, você tem que tá ligado em detectar quem tem uma maior sensibilidade para poder dar um suporte maior. E quem é muito frio, você também amolecer um pouco o coração, porque não dá pra ser tão frio.” (D1)

Atividades práticas, relação com os pacientes e qualidade de vida

A atividade prática foi entendida, de um modo geral pelos estudantes entrevistados, como atenção aos pacientes. Para os estudantes do primeiro período, as aulas de anatomia são as que mais o aproximam da “realidade de ser médico” e, portanto, as mais esperadas e as mais cheias, ainda que o contato seja com cadáveres:

“Você tá vendo o fígado, você tá vendo o coração, é tudo muito real.” (E4)

Como observado amplamente na literatura sobre educação médica, a falta de integração entre teoria e prática dos primeiros anos levam alguns estudantes a questionarem a escolha profissional:

“Nesses anos todos a gente ficou muito mais sentado tendo aula do que vendo as coisas acontecerem.” (E21)

“Muitas vezes no primeiro ano a gente pensa: ‘Eu deveria estar aqui mesmo? Não sei. Não sei se estou fazendo a coisa certa. Porque não vejo nada do que eu quero ainda aqui’” (E4).

Ainda que a partir do segundo semestre eles comecem a vivenciar algumas práticas de abordagem comunitária na atenção primária, percebeu-se a valorização do hospital como a grande fonte de satisfação no curso. É na disciplina de semiologia médica, que eles têm a oportunidade de lidar diariamente com os pacientes:

“Na verdade na MI, eu fui ter mais prática, que eu enxergo como médica, quando a gente ficou aqui no ambulatório. Essas matérias, a gente enxerga com os olhos meio assim porque acaba repetindo muitas coisas. Começou lá com FUNSACO, depois vieram as MI todas, aí veio a Psicomed, os conteúdos acabam se repetindo muito. E a gente apesar de ter algumas coisinhas de prática é muito mais teoria, muito, muito mais teoria do que prática.” (E17)

“O aluno de medicina quer isso, quer ver as pessoas no hospital, quer entender, quer botar a mão, quer fazer alguma coisa” (E16).

Nesse sentido, as aulas práticas com os pacientes, trazem o conforto da escolha profissional certa e aumenta a motivação com o curso. Quando os estudantes estabelecem o contato com os pacientes e este flui adequadamente, isto torna-se um grande estímulo ao aprendizado. Além disso, lhes faz bem sentirem-se úteis aos pacientes. Entretanto, nem tudo são flores para os estudantes no Hospital Universitário:

“Quando eu visto o uniforme de doutor, que é o jaleco e o estetoscópio no pescoço eu me sinto na obrigação de estar ajudando ele, nem que seja levando-o até o banheiro porque ele pediu, nem que seja pedindo água pra ele. Eu gosto dessa condição de conseguir ajudar.” (E21)

“Muitos descontam na gente a questão do hospital. É muito nítido isso. O paciente a gente vai falar com ele: ‘Ah, não! Não vou falar com você não, o médico tinha que ter vindo aqui ver meu exame, não sei o que... Ainda não apareceu’” (E15).

Quando estas práticas se dão em cenários desfavoráveis ao cuidado dos pacientes e ao seu aprendizado (tanto no hospital escola como em estágios extra-curriculares), os estudantes são tomados pelos sentimentos de irritação, revolta e impotência, o que aumenta muito o estresse relacionado a formação. Além disso, a preocupação com os pacientes também pode levar os estudantes a comprometerem o auto cuidado:

“Quando eu comecei nos meus estágios em hospitais públicos que era uma realidade que eu não conhecia. (...) Você quer estar lá. Você quer aprender, mas isso te cansa, isso te irrita. Isso me revoltava. Eu chegava lá, o paciente mal visto, o paciente jogado no corredor. Isso me angustia. A interferência que tem na minha vida é essa, de... de me revoltar, de você ver a tua impotência em relação a tudo, assim.” (D10)

“Você está ali pro outro, né? Você esquece um pouco de você, você esquece que você não almoçou, esquece que você não dormiu o dia inteiro, então interferir na qualidade de vida é basicamente sono e alimentação pra mim” (E20).

Se no terceiro ano, os primeiros contatos com os pacientes revelam dúvidas e insegurança, que só serão vencidos com experiências repetidas e o esforço para melhorar o desempenho, no internato, os estudantes vivem um grande estresse pela expectativa da prova para a residência médica. Entretanto, aqueles que conseguem aproveitar as oportunidades de ensino-aprendizagem supervisionada nos cenários oferecidos pela escola, vivenciam a construção de vínculo com os pacientes e compreendem a essência do trabalho médico.

“Você ficar dentro de um auditório assistindo aula é confortável, então a prática ela te conflita, né? Ela chega: ‘Pô, olha aí, olha como é a realidade, olha as suas limitações, olha as suas dificuldades’. Então é essencial a prática, quanto mais prática melhor pra formação, né?” (E14)

“No segundo semestre do ano passado eu estava muito estressada. Muito, muito, muito, muito. Principalmente porque... a ideia da prova de residência te estressa mais do que tudo, né? (E11)

“A prática tem também mudado a minha qualidade de vida no sentido de entender qual o meu papel na sociedade (...). Eu sei que não é só saber a doença e o tratamento. (...) Inspirar os outros a viver uma vida melhor. Eu acho que o médico tem esse papel, tem que tomar essa responsabilidade pra si.” (E1)

A relação-com os pacientes é uma dimensão central na construção da identidade profissional. Contudo, lidar com o sofrimento psicossocial ou clínico dos pacientes é algo que afeta a saúde mental dos estudantes ao ponto de os levar a considerar como negativo o envolvimento com os pacientes.

“Já teve ocasiões de eu falar com pacientes terminais da minha idade, sabe? E que morreram, e que assim me afetaram muito, entendeu? Eu percebi o quanto eu sou vulnerável, o quanto essas coisas ruins podem acontecer com a gente assim de uma hora pra outra e mudar a nossa vida, sabe?” (E19)

“Eu vi uma que teve um AVC, que estava com os mesmos problemas da minha tia, que estava com afasia, estava sem movimentos do lado direito, mas ela ainda estava com câncer, então toda vez que eu a vi eu não via nenhuma visita, então foi o que mais me abalou psicologicamente” (E18).

Esta “tensão estruturante” existente entre as dimensões cognitivas e emotivas da nossa cultura ocidental moderna, ocorre também no aprendizado da biomedicina, como observado por Bonet em sua pesquisa com residentes médicos (40), indicando não haver espaços seguros na formação, para o cuidado dos estudantes e pacientes. Neste sentido, os estudantes não

aprendem a compreender nem manejar de forma adequada os sentimentos e emoções despertados nas relações com os pacientes, cuja subjetividade também é negada (41).

“Eu não sei lidar nem um pouco com as minhas emoções que dirá com a dos outros. Eu acho que eu seria um pouco insensível, por exemplo, se uma paciente chegasse, precisasse do meu apoio e eu não saberia como lidar. Mas assim, eu não sei se isso eu vou aprender durante a faculdade ou se é algo mesmo que eu deveria procurar outra coisa para fazer”.

“A maioria das pessoas acaba não procurando, ou acaba não abrindo muito seus... sentimentos, digamos assim, até com o receio também que eu acho que é comum de todo mundo, ser julgado” (E2).

“A gente logo depois vê o paciente, vai pra sala. A gente discutiu mais o caso orgânico do paciente, reconhecendo que ela estava num estado de sofrimento, mas não centrou muito no detalhe de como cada um encarava isso.” (E19)

Considerações finais:

A construção da identidade médica exige dos estudantes um ajustamento ao conjunto de ideias e normas que conformam a profissão, veiculadas pela educação médica. Nesse sentido, o objetivo de obter êxito neste processo faz com que os estudantes, gradativamente, adotem (ainda que sem perceber) certos modos de proceder, certas disposições mentais para a ação, formando o *habitus* profissional.

Nossos achados sobre o cotidiano escolar e qualidade de vida dos estudantes de medicina da UERJ vão ao encontro daqueles observados por Grosseman (42), em que médicos ressaltam os processos de negação da própria vulnerabilidade vivenciados no cotidiano da sua formação. Assim, progressivamente os estudantes assimilam o discurso de que ser médico é abdicar da vida pessoal e social, bem como da sua subjetividade, o que implica em sacrifícios como referiu aqui um dos docentes.

Perrenoud aponta para as ambivalências presentes em nossa intenção de nos tornarmos o profissional que desejamos (31):

“Precisamos de tempo, dinheiro, esforços, renúncia a outras atividades, paciência; temos de superar momentos de insegurança, fracassos, humilhações e tensões com o ambiente que nos rodeia. Este custo intelectual, emocional e relacional só pode ser assumido se as satisfações esperadas forem suficientes no âmbito da autoestima ou de outros aspectos.” (Perrenoud, 2002; p. 159)

Nossa compreensão sobre os “custos e benefícios” dos processos da formação médica para a QV dos estudantes de medicina da UERJ se aproximam do modelo conceitual proposto por Dunn e colaboradores (29) para explicar o bem estar do estudante de medicina.

Estes autores partiram da imagem do estudante como um reservatório (*reservoir*) cuja estrutura (disposições), entendida por eles como temperamento e personalidade, combinada com entradas tanto positivas, que o reabastecem (suporte psicossocial, atividades sociais saudáveis, tutoria e aquisição de competências profissionais), como negativas, que drenam seu conteúdo (pressões por notas, conflitos internos e demandas de tempo e energia) - pode

levar a resultados positivos ou negativos, culminando com uma maior resiliência (e melhor saúde mental) ou com o *burnout*.

Embora não tenhamos ainda pesquisas sobre a prevalência de *burnout* entre os estudantes de medicina da UERJ, entendemos que as necessidades de cuidado (“holding”) dos estudantes ainda não são percebidas adequadamente.

Donald Winnicott (pediatra e psicanalista inglês; 1896 - 1971), referiu-se a “holding”, como o conjunto de cuidados que o ambiente, sobretudo representado pela mãe, dispensa ao bebê. Segundo Winnicott, o “holding” só é notado quando ausente, e neste caso produz sensações de extremo desamparo e falta de reassseguramento na realidade externa (43).

Estas sensações são vividas também pelos pacientes, quando do diagnóstico de uma doença, independente da sua gravidade. À semelhança da criança indefesa, os pacientes esperam o “holding” de seus médicos (44) e os estudantes de seus professores (42), para lidarem com a sua angústia.

Considerando que nossos achados expressam de algum modo questões relacionadas ao currículo da escola médica, entendemos que ainda existem contradições com o que está posto como perfil do egresso pelas DCN: “um profissional que saiba cuidar de si, para promover a saúde integral dos outros seres humanos” e o que é vivenciado pelos estudantes nos processos de formação.

Referências bibliográficas

- 1) Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R, Mattos, RA (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113- 126.
- 2) BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. [Acessado em 2014 nov 30].Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>>
- 3) BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/CES de 20/06/2004. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8. [Acessado em 2014 nov 30].Disponível em: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://www.cienciasmedicas.com.br/docs/DiretrizescurricularesMed.pdf> Acessado em 21/01/2012.
- 4) Patrick, DL. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In:Fleck, MP. **A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 29-39.
- 5) Chachamovich E, Fleck MP. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: Fleck, MP. **A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.74-82.
- 6) Fiedler PT. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. São Paulo; 2008. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [Acessado em 2014 jun 10] Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/pdf_tese/tese_patricia_tempski.pdf
- 7) Alves JG, Tenório M, Anjos AG, Figueroa JN. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev Bras Educ Med* 2010;34(1):91-6.
- 8) Ramos-Dias JC, Libardi MC, Zillo CM, Igarashi, MH, Senger MH. Qualidade de vida em cem alunos do curso de Medicina de Sorocaba – PUC/SP. *Rev Bras Educ Med* 2010; 34(1):116-23.

- 9) Krägeloh CU, Henning MA, Hawken SJ. Validation of the WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire for Use with Medical Students. *Education for health* 2001;24(2):1-5. [Acessado em 2012 jul 10]. Disponível em: <http://www.educationforhealth.net/>
- 10) Zhang Y, Qu B, Lun S, Wang D, Guo Y, Liu, J. Quality of Life of Medical Students in China: A Study Using the WHOQOL-BREF. *PLoS ONE* 2012; 7(11): e49714. doi:10.1371/journal.pone.0049714 [Acessado em 2014 jun 10] Disponível em: <http://bvvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-23209595>
- 11) Li K, Kay NS, Nokkaew N. The Performance of the World Health Organization's WHOQOL-BREF in Assessing the Quality of Life of Thai College Students. *Soc Indic Res* 2009; 90:489-501.
- 12) Henning MA, Krageloh C, Moir F, Doherty H, Hawken, SJ. Quality of life: international and domestic students studying medicine in New Zealand. *Perspect Med Educ* 2012; 1:129-142.
- 13) Meneguci, J, Rogatto, PCV, Rogatto, GP. Qualidade de vida de estudantes de graduação em Educação Física: comparação entre períodos do curso. *EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires*, 2013, 18 (186). [Acessado em 2015 jan 10]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd186/qualidade-de-vida-de-estudantes-de-graduacao.htm>
- 14) Eurich, RB, Kluthcovsky, ACGC, Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(3): 211-220.
- 15) Chazan ACS, Campos MR. Qualidade de vida de estudantes de medicina medida pelo WHOQOL-bref - UERJ, 2010. *Rev Bras Educ Med* 2013; 37 (3): 376-84.
- 16) Chazan ACS, Campos MR Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. *Ciência e Saúde Coletiva* 2015; 20 (2). *No prelo*.
- 17) Bardin L. Análise de Conteúdo. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.
- 18) Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo M.C.S. (org.) Deslandes S.F., Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 67-80.
- 19) Millan, LR, De Marco,OL, Rossi, E, Millan, MPB, Arruda, PCV. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: Millan, LR, De Marco,OL, Rossi, E, Arruda, PCV. **O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 75-82.
- 20) Costa, LSM, Mattos, EC, Silva, FL. A influência do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense na qualidade de vida dos seus estudantes. *Rev Bras Educ Med* 2001; 25(2):7-14.
- 21) Moreira, SNT, Silva, CAN, Tertulino, FF, Tertulino, FMF, Vilar, MJP, Azevedo, GD. Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *Rev Bras Educ Med* 2006; 30(2): 14-19.
- 22) Maia, DAC; Maciel, RHMO, Vasconcelos, JA; Vasconcelos Filho, JO. Acadêmicos de Medicina: Sua Relação com o Ócio e a Prática de Atividade Física como Combate à Ansiedade e ao Estresse. *Cadernos ESP*, Ceará jan./jun. 2011; 5(1): 62-73.
- 23) Meyer, C; Guimarães, ACA; Machado, Z; Parcias, SR. Qualidade de Vida e Estresse Ocupacional em Estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med* 2012; 36 (4): 489-498.
- 24) Holtz, KA., Kokotilo, KJ., Fitzgerald, BE., Frank, E. Exercise behaviour and attitudes among fourth-year medical students at the University of British Columbia. *Can Fam Physician* 2013;59:e26-32
- 25) Tempski, P; Perotta, B. Eu quero, eu preciso dormir! Sonolência diurna do estudante de medicina. *Cadernos ABEM*, 2010, 6: 27-30.
- 26) Taquette, S, Costa-Macedo, LM, Alvarenga, FBF. Currículo paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de medicina da UERJ. *Rev Bras Educ Med* 2003; 27(3): 171-176.
- 27) Dini, OS, Batista, NA. Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de medicina do 1º ao 6º ano. *Rev Bras Educ Med* 2004; 28(3): 198-203.
- 28) Costa, EFO, Santos, AS, Santos, ATRA, de Melo, EV, Andrade, TM. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics* 2012;67(6):573-579.
- 29) Dunn, LB, Iglewicz, A, Moutier C. A Conceptual Model of Medical Student Well-Being: Promoting Resilience and Preventing Burnout. *Academic Psychiatry* 2008; 32:44-53.
- 30) Bastos, LAM. A construção do mundo médico. In: Corpo e subjetividade na medicina: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. Cap. 2, p. 69-117.
- 31) Perrenoud, P. Da prática reflexiva ao trabalho sobre o *habitus*. In: A prática reflexiva no ofício de professor. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 7, p. 141-168.
- 32) Burkhard, G. **Tomar a vida nas próprias mãos. Como trabalhar na própria biografia o conhecimento das leis gerais do desenvolvimento humano**. 4ed. São Paulo: Antroposófica, 2010.
- 33) Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. Personal Life Events and Medical Student Burnout: A Multicenter Study. *Acad Med* 2006; 81:374-384.

- 34) Rezende, CHA, Abrão, CB, Coelho, EP, Passos, LBS. Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Med* 2008, 32 (3): 315-323.
- 35) Rojo, Luiz Fernando. **Os diversos tons de branco. Relações de amizade entre estudantes de medicina.** Rio de Janeiro: Litteris Ed.,2001.
- 36) Gavioli, MA; Silva, AG; Gonçalves, RJ; Santos, ME; Shi, KL; Lima, MCP. Formando grupos no internato: critérios de escolha, satisfação e sofrimento psíquico. *Rev Bras Educ Med* 2009, 33(1): 4-9.
- 37) Ciuffo, RS, Ribeiro, VMB. Sistema único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface* 2008; v.12, n.24, p. 125-40.
- 38) Biancovilli, P. Taxa de evasão da medicina é a menor entre os cursos universitários. [Acessado em 2014, Nov 30]. Disponível em: http://www.olharvital.ufrj.br/2006/index.php?id_edicao=068=3
- 39) Bourdieu, P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- 40) Bonet. O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina; Rio de Janeiro; Ed. FIOCRUZ; 2004.

- 41) Sá, A.C. Importância da Espiritualidade para profissionais da Saúde. In: Santos, F.S. (Org.) *Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação.* Bragança Paulista, SP: Editora Comenius, 2010. Capítulo 8:
- 42) Grosseman, S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Rev Bras Educ Med* 2004; 28(2): 99-105.
- 43) Winnicott, DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982
- 44) Eksterman, A. Fatores iatrogênicos na relação médico-paciente. *JBM*, v. XV (6), 1968.

8.4 – Artigo 4

Práticas pedagógicas nos processos de formação médica e qualidade de vida de estudantes de medicina: um estudo de caso

Ana Cláudia Santos Chazan, Carlos Otávio Fiúza Moreira e Mônica Rodrigues Campos.

Resumo

Objetivo: Conhecer as percepções dos estudantes e docentes sobre as práticas pedagógicas de uma escola médica pública e estadual e a relação que os estudantes fazem entre estas e sua qualidade de vida (QV). Método: Orientados pelo conceito de *habitus*, buscou-se avaliar se as necessidades dos estudantes são identificadas e como eles são cuidados ao longo da formação. As entrevistas semiestruturadas realizadas foram tratadas por meio da análise de conteúdo. Resultados: A análise dos núcleos de sentido das entrevistas com alunos e docentes levou à construção das seguintes categorias: Enfoque disciplinar do currículo (aqui distinguem-se dois núcleos: Heterogeneidade das práticas pedagógicas e Dissociação teoria-prática), Relação docente-aluno e Estrutura dos cenários de ensino-aprendizagem. Conclusões: Observou-se que as práticas hegemônicas do modelo biomédico e do ensino tradicional são reproduzidas na escola pela força do *habitus*. A desconstrução do sujeito que ocorre ao longo da formação se dá sobre os pacientes e os estudantes, que não tem suas necessidades de cuidado e aprendizagem percebidas nem acolhidas como pelos professores, que são excluídos dos processos de gestão da escola.

Palavras chave: Práticas pedagógicas, Educação Médica, Estudantes de Medicina, Qualidade de vida

Abstract

Objective: To acknowledge the perceptions of a public medical school's students regarding their professors' pedagogical practices and their relation to students' quality of life (QoL). Method: Oriented by the concept of *habitus*, it was sought to evaluate whether students' necessities are recognized and how they are treated in the university. The semi-structured interviews were treated using content analysis. Results: The analysis of the core meanings of the interviews led to the construction of the following categories: disciplinary curriculum model (two cores were distinguished: heterogeneity of teaching practices and dissociation between theory and practices), teacher-student

relationship, and structure of teaching and learning scenarios. Conclusions: It was observed that the hegemonic practices of the biomedical model and the traditional teaching are reproduced at school by *habitus* strength. The deconstruction of the subject that occurs throughout the training takes place on patients and students, who do not have their personal care and learning needs perceived, and on teachers, who are excluded from management processes in school.

Key words: Pedagogical Practices, Medical Education, Medical Students, Quality of Life

INTRODUÇÃO

O movimento de mudança na Educação Médica em curso em nosso meio foi impulsionado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 e visa trazer para o “eixo do desenvolvimento curricular, as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde” (1).

Além disso, estas diretrizes preconizam o reconhecimento dos estudantes como sujeitos nos processos de ensino-aprendizagem de modo a favorecer o desenvolvimento de competências profissionais adequadas ao atendimento das demandas sociais.

Entretanto, o que se tem observado é que as mudanças estão se dando de forma mais ou menos orgânica e estruturada e, conseqüentemente, em tempos distintos entre as escolas. Nesse sentido, ainda hoje, é possível observar em escolas tradicionais que os estudantes, ao longo da graduação, vão perdendo o idealismo e as motivações humanitárias, adquirindo progressivamente uma atitude denominada por Renée Fox como “desinteressada”, e definida como “um balanço entre uma atitude ética de preocupação com as questões de remissão da doença e da luta contra a morte e a objetividade necessária para o não envolvimento emocional com estes fenômenos” (2).

Por outro lado, é sabido que o estresse e problemas mentais, como a ansiedade e a depressão, são descritos nessa população de estudantes (3,4) e associados ao baixo rendimento acadêmico (5).

A carga horária integral e o conseqüente volume de matérias para estudar, somados à pressão por um bom desempenho refletido em notas e aos desafios inerentes à relação com os pacientes, são aspectos centrais que afetam a qualidade de vida dos estudantes ao longo da graduação (6).

Este artigo é fruto de uma pesquisa de doutorado empreendida com o objetivo de ampliar a compreensão sobre a relação entre a formação médica e a qualidade de vida dos estudantes de uma faculdade de medicina pública do Rio de Janeiro.

Partimos da premissa de que a escola é um meio especialmente preparado para influir na formação dos estudantes (7) e que a educação médica é um processo de socialização metódica (8, 9), em que progressivamente o educando desenvolve, ainda que sem perceber, um conjunto de disposições estruturadas (*habitus*), e determinados modos de perceber e agir, próprios da profissão (10, 11). Sob essa perspectiva de análise foi construída a questão norteadora do estudo, formulada na indagação de como as necessidades dos estudantes são identificadas e como eles são cuidados ao longo da formação. Interessou-nos para tanto abordar especificamente como os estudantes vivenciam as práticas pedagógicas durante o curso médico e qual a relação que estabelecem entre essa vivência e a sua QV. Os elementos estruturantes das Diretrizes Curriculares Nacionais foram empregados na análise das práticas pedagógicas.

MÉTODO

Utilizou-se o método qualitativo para a coleta e análise dos dados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com estudantes e docentes. As entrevistas com os docentes visaram a obtenção de informações sobre a cultura da escola que auxiliassem no processamento das entrevistas com os estudantes.

Esta modalidade de entrevista permite, por um lado, que o entrevistado estruture seu pensamento sobre o objeto da pesquisa (aspecto parcialmente não diretivo) e, por outro, permite ao pesquisador o aprofundamento de pontos que mereçam ser mais bem explicitados (aspecto parcialmente diretivo) (12).

Optou-se por selecionar os estudantes de forma aleatória entre aqueles do primeiro, terceiro e sexto ano, que correspondem a momentos críticos da formação profissional dos estudantes desta escola, como evidenciado em estudo prévio já publicado (13).

A seleção dos docentes foi feita por conveniência, considerando-se os gestores e coordenadores de disciplina obrigatória (ou seu substituto) cuja carga horária mínima fosse de 80hs-aula por semestre. Privilegiou-se a representação ampla dos departamentos e dos seis anos da graduação.

O roteiro das entrevistas para os estudantes e docentes encontram-se descritos no Anexo I.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz e do HUPE/UERJ, após a anuência da direção da unidade acadêmica (CAAE: 15791513.0.0000.5240). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido após leitura e compreensão dos propósitos e termos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo os entrevistados identificados por código alfa numérico.

A realização das entrevistas foi interrompida quando da saturação dos dados. Estes foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática (14). O processo analítico compreendeu as seguintes fases: leitura compreensiva e exaustiva de todo o material, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações (15).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos núcleos de sentido das entrevistas com alunos e docentes levou à construção das seguintes categorias: Enfoque disciplinar do currículo, Relação docente-aluno e Estrutura dos cenários de ensino-aprendizagem.

1-Enfoque disciplinar do currículo

Na categoria enfoque disciplinar distinguem-se dois núcleos de sentido.

a) Heterogeneidade das práticas pedagógicas

De um modo geral, os estudantes entrevistados entendem que há uma diversidade de práticas pedagógicas durante a formação e que estas têm efeitos distintos sobre a sua QV.

Quando ruins, as práticas pedagógicas levam à sensação de perda de tempo, tédio, cansaço, estresse, mau humor, ansiedade, angústia, o que acaba repercutindo não apenas sobre a qualidade do sono como sobre outras esferas da vida dos estudantes. E, quando boas, elas não apenas despertam o interesse e a motivação dos estudantes, como contribuem para a gestão do escasso tempo livre.

“As boas [práticas pedagógicas], me fazem ter que estudar menos em casa, posso dormir mais, otimizó mais o meu tempo. Já quando as práticas são ruins a gente tem que compensar isso em casa estudando sozinho para aprender a matéria e aí isso acaba tomando mais tempo, diminuindo o sono”. (E4)

“Quando ruins vão me levar a um nível de estresse que vai me desestabilizar em outras matérias, vai me fazer brigar com os meus pais porque eu não voltei no final de semana.” (E12)

Os estudantes relacionam a heterogeneidade das vivências ao fato dos seus professores terem perfis diversos. Nesse sentido, eles fazem distinção entre aqueles que são ou não docentes, como entre aqueles que têm ou não experiências práticas na área médica para compartilhar.

“Vários médicos dão aula, mas eles não são professores. No ciclo básico a gente teve vários biólogos dando aula, mas eles não são professores. Estavam ali porque estavam fazendo mestrado e tinham que ter alguma atividade de ensino. E a gente acabava tendo dificuldade.” (E21)

E a gente percebe uma diferença muito grande dos professores médicos para não médicos, não em relação a conhecimento da matéria, mas em conhecimento de prática médica. (E15)

Independente do perfil de formação dos docentes, os estudantes percebem que ter o domínio de determinado conteúdo não garante um bom desempenho na hora de ensinar:

“Eu vejo que tem professores muito bons que sabem dar aula, sabem ensinar, sabem passar o que sabem e tem professores que você vê que sabem muito, mas não sabem dar aula, não estão ali para dar aula, não deveriam estar dando aula” (E9)

Ainda que reconheçam uma heterogeneidade entre os professores, os estudantes identificam que predominam as aulas expositivas ao longo do curso, consideradas “maçantes” por uma associação de fatores: transmissão não dialogada dos conteúdos teóricos, ausência de atividades práticas correlatas, ênfase na memorização, cansaço e desconforto dos auditórios.

“A aula é expositiva, totalmente expositiva, de duzentos slides que termina cinco, cinco e meia da tarde, e só slide, slide, slide. Fica muito cansativo, muito cansativo mesmo (...) não tem interação nenhuma.” (E13)

“No ciclo básico, por exemplo, a gente tinha uma dificuldade muito grande que era decorar um monte de coisa que a gente acredita que não vai usar.” (E21).

Nesse sentido, sempre que possível, quando a presença não é cobrada, os estudantes faltam às aulas que “não acrescentam”. As metodologias mais ativas de aprendizagem utilizadas com pequenos grupos de estudantes são mais apreciadas, pois os motivam à participação e os ajudam a estudar para as provas. Entretanto, não são garantia de sucesso se os professores não orientarem a aprendizagem ou não estimularem a potência dos grupos. Neste sentido, algumas iniciativas no uso de metodologias ativas acabam sendo percebidas por alguns estudantes como uma carga a mais.

“(...) algumas disciplinas que resolvem não dar aula, não dão uma matéria, deixam a gente estudar por conta própria. (...) o conteúdo é extenso demais. (...) sinceramente não é nada agradável a gente estudar por conta própria. (E8)”

Os professores entrevistados, por sua vez, reconhecem seu despreparo didático-pedagógico, identificando desafios que vão desde a delimitação do conteúdo a ser tratado à escolha das estratégias didáticas para atingir os objetivos das disciplinas.

“Talvez eu não saiba fazer um plano de aula né? (...) focar naquilo que, de fato, seja importante. (...) Mas, eu vou fazendo pelo meu feeling.” (D1)

“Eu já tentei de tudo, já botei slides, passei filmezinho... Eu cheguei à conclusão que a melhor coisa que tem é um quadro negro”. (D2)

Os desafios apresentados pelos docentes são, em geral, compartilhados apenas na própria disciplina, unidade autônoma dentro da estrutura departamental da universidade. Não há encontro dos professores das diferentes disciplinas, sejam do mesmo ano ou de anos diferentes para refletirem juntos, inclusive sobre a sobrecarga de informações descontextualizadas da prática médica:

Como tornar esta disciplina que não é no hospital, não tem professores médicos, não cheira à paciente, nada disso, como é que eu vou transformar ela numa coisa palatável para um aluno que chega doido para viver o hospital e ainda não pode viver o hospital? (D4)

A preocupação principal dos professores entrevistados parece ser como aplicar novos métodos e técnicas para “darem” aulas melhores, que prendam a atenção do estudante aos conteúdos transmitidos, dentro do mesmo modelo no qual foram formados. Não se observou entre os professores um movimento para a implantação das DCNs, a despeito das percepções de alguns sobre a defasagem do currículo da escola em relação a esta referência.

“Nosso currículo e a nossa metodologia pedagógica estão atrasadas, são antigos. Porém, parece que comparativamente com outras instituições, a sensação geral é que o aluno sai daqui bem formado. Até que ponto a faculdade contribui, até que ponto é esforço do próprio aluno, o peso de cada um desses, mas a gente tem essa convicção que o aluno de modo geral, embora possa ter alguma deficiência, sai um médico capaz.” (D16)

Poucos professores mencionaram o desejo de interagir de outro modo com as turmas ou apontaram o número de alunos ou a carga horária disponível como desafios para a implementação de estratégias que deem conta das necessidades singulares de cada estudante. Por outro lado, grande parte dos professores revela ficar satisfeita quando o interesse pela sua disciplina se traduz em bom desempenho da turma nas provas.

Mesmo dando destaque à heterogeneidade das práticas, as entrevistas de alunos e professores revelam que a referência é o modelo pedagógico tradicional que, consciente ou inconscientemente, norteia o trabalho docente desta escola médica e as expectativas dos estudantes. Um modelo que sabidamente se volta para o que é externo ao aluno: cumprimento do programa, organização por disciplinas, avaliação do conteúdo assimilado. O docente preserva, tanto na perspectiva de estudantes como dos professores, a autoridade moral e intelectual e a ele cabe transmitir os conhecimentos ao aluno, receptor passivo das tradições culturais da profissão.

Neste modelo não há preocupação com as diferenças ou singularidades dos estudantes, nem com as necessidades destes. As possibilidades de cooperação entre os alunos são reduzidas pela ênfase ao esforço intelectual de assimilação dos conteúdos, validado pela nota das provas que, classificatórias, estimulam a competição (16).

“Me formei aqui. Na época tinha disputas incríveis entre as clínicas, entre as enfermarias. A gente ficava sabendo que os instrutores das enfermarias faziam aulas extras pros alunos, ou faziam discussões de casos mais dirigidos pra provas, porque tinha aquela coisa, aquela disputa de: “ah,... da minha clínica o pessoal sai melhor.”. Porque a

prova era única. Só que as aulas eram dadas por professores diferentes nas clínicas diferentes. E isso era uma fonte de estresse. ” (D13)

“A minha turma é extremamente competitiva. Todo mundo quer se destacar, todo mundo quer receber um elogio do professor, todo mundo quer tirar uma nota maior. E aí, todo mundo sabe a nota de todo mundo. Fica sabendo porque vai no mural e fica meia hora no mural olhando a nota de cada um. ” (E21)

b) Fragmentação do conhecimento e dissociação teoria prática

O curso de medicina na UERJ é dividido em três etapas, identificadas pelos estudantes entrevistados como: o básico, a clínica, e o internato. Entretanto, a despeito das particularidades de cada etapa, os estudantes deixam transparecer que, de um modo geral, o currículo é ruim para eles, no sentido das aulas serem muito teóricas, descontextualizadas da prática.

“Se desde o início fosse uma coisa mais interligada...Sei lá, algum contato com a realidade, porque parece que tem que aprender tudo de novo, parece que o tempo todo você está aprendendo tudo de novo. Porque não fica, quando você não associa com a realidade não fica, por mais que você estude, não fica. Daqui a 3 meses você vai esquecer. ” (E11)

“Quando você começou a lidar com paciente começou fármaco[logia]. Você não usava muito aquilo, então fica um negócio meio solto e agora [no internato] a gente precisa ‘Pô, como que é? O medicamento age como?’ ” (E10)

As entrevistas dos estudantes e docentes mostram a falta de integração do trabalho docente e a rígida separação básico-clínica como aspectos da fragmentação curricular, que levam a arranjos diversos e não planejados do curso, fonte adicional de desgaste físico e intelectual para os estudantes ao longo da formação.

“Cada um vê a sua parte e não vê o todo, e aí fica difícil se na formação o aluno já vê as coisas separadas é difícil juntar depois. ” (D13)

“As pessoas que organizam a nossa grade de matérias deveriam pensar um pouquinho que a gente cansa às vezes, a carga horária é muito intensa, então acho que se dividisse melhor talvez melhorasse muito a qualidade de vida da gente.... Porque no 2º ano praticamente não tem matéria e aí quando você chega no 3º é uma montanha de coisas. (E16)

Além da transmissão excessiva de conteúdos fragmentados, os estudantes no ciclo básico avaliam que o fato da maioria dos professores não serem médicos aumenta a distância entre teoria e prática médica, além de contribuir para o preconceito e desinteresse por estas disciplinas e o aumento das expectativas em relação ao terceiro ano, etapa que é aguardada como sendo finalmente aquela em que sua escolha profissional como médico pode vir a se concretizar.

“Já pensou ficar falando só de característica de bactéria? Você tem que falar se tem flagelo, se não tem, se tem capa se não tem, se é gram positivo, gram negativo... É muito chato ficar falando só isso, realmente. É que nem anatomia eu ficar falando só da apófise, do pedaço do osso, do pedaço do músculo, do não sei o que. Tem que entrar em alguma coisa que seja da aplicação. ” (D13)

“Parece que a gente só vai aplicar na prática a partir do 3º ano. É o que falam para a gente. ” (E6)

O sistema de monitoria neste momento do curso tem um papel importante na motivação dos estudantes e foi bem avaliado pela maioria dos entrevistados. Entre suas atribuições, os monitores são responsáveis pela construção de situações clínicas e pela

mediação professores-alunos nos estudos dirigidos e nas atividades práticas em algumas disciplinas. De um modo geral, os monitores foram percebidos como agentes facilitadores da aprendizagem, sendo poucos os relatos de estudantes que não se sentiram apoiados pelos os colegas veteranos:

Eu trabalho com monitores que são todos alunos da medicina, de vários períodos diferentes. Eles é que vão montar o caso clínico e nos apresentar e dizer: “A história é essa, com esse princípio, esse meio e esse fim” e aí nós professores aprendemos. ” (D4).

Anatomia é aquela matéria do 1º ano que é assustadora. E infelizmente a gente não conseguia pegar tudo na aula, é uma decoreba muito grande, (...) a aula prática era uma aula muito rápida, então você dependia dos monitores para aprender aquilo. ” (E8)

No terceiro ano, quando os estudantes “entram no hospital”, as aulas práticas com os pacientes são quase diárias. Segundo eles o curso fica “mais interessante”, embora se sintam exigidos e cobrados por não dominarem os conteúdos disciplinares que lhes foram transmitidos nos anos anteriores, base para a compreensão das síndromes clínicas e doenças, foco do ensino nesta fase do curso. A ênfase dada à teoria se faz notar pelos relatos dos estudantes, inclusive na hora das provas práticas.

“A gente percebe que realmente poderia ter sido melhor, né? A gente poderia ter aprendido mais, que a gente chega ali com muitas falhas que poderiam não existir, simplesmente. ” (E1)

“Tem professores que fazem provas estritamente práticas, porque teoricamente é avaliação prática e tem professor que faz uma prova quase teórica, não tem o controle do que vai ser cobrado na prova. Eu fiz uma prova oral, eu não fiz uma prova prática. ” (E15)

No quarto e quinto ano, os estudantes passam por rodízios nas especialidades clínicas e cirúrgicas, na forma de módulos curtos, de duração variável onde recebem grande volume de informação teórica. Segundo os estudantes entrevistados, eles nem sempre conseguem ter clareza dos objetivos de aprendizagem nas atividades práticas nos serviços correspondentes. O achado é coerente com a fala de professores que relatam que quando conseguem identificar as necessidades dos estudantes, nada há a fazer, pois o curso já está a ponto de acabar.

“A nossa função é única e simplesmente acompanhar as consultas sem a menor atenção de quem está a nossa volta, e fazemos uma prova no final para ser aprovado naquela matéria” (E2).

“O curso é pequeno, a gente tem pouco tempo (...). Com muita frequência eles chegam aqui com muitas dificuldades na base, eles têm vergonha de dizer que não sabem coisas básicas, às vezes...” (D7)

O internato é reconhecido e valorizado pelos estudantes por ser eminentemente prático, o que pode lhes conferir “vantagens” na vida profissional em relação aos estudantes de outras faculdades cujos currículos seriam ainda mais teóricos. A discussão de casos clínicos, neste momento da formação, diferente da arguição sobre determinados temas, deixa os estudantes mais à vontade para exporem seus conhecimentos ou dúvidas, o que contribui para que eles identifiquem em si pontos

fracos que precisam ser aprimorados, o que os remete à busca de informação sobre de assuntos ou tópicos antes negligenciados, tornando a aprendizagem mais significativa.

“Eu pego, atendo o paciente, discuto com o professor, e vou poder pôr em prática o que eu discutir com ele ali. Para mim isso é excelente.” (E13)

A dissociação teoria prática é um elemento claro que emerge na análise das entrevistas com estudantes e docentes. Do ponto de vista do conhecimento teórico, a relevância conferida ao conteúdo das ciências biológicas, vem ao encontro do que afirma Basil Bernstein, sociólogo da educação britânico (17): o exame das relações existentes entre as disciplinas em termos da carga horária destinada a cada uma delas é uma das formas de compreender qual conhecimento é valorizado pela instituição.

Tomando como exemplo o ciclo básico da FCM/UERJ, os conteúdos referentes às ciências biológicas (genética, biologia celular, anatomia, histologia e embriologia, entre outras), ciências humanas e sociais (medicina social, medicina integral e psicologia médica) e ciências exatas (bioestatística e informática médica), compreendem respectivamente cerca de 80%, 14% e 6% da carga horária (18).

Assim, o ciclo básico se destina ao conhecimento do homem biológico; o ciclo clínico, ao conhecimento das síndromes ou doenças; e o internato, a transformar a teoria acumulada nos anos anteriores em prática assistencial de pessoas sem biografia (19).

A cronologia como os conteúdos são introduzidos, a rígida separação entre as disciplinas do básico e da clínica e a inserção tardia dos estudantes em cenários de trabalho, segundo Ribeiro (6), fundamentam-se no pressuposto de aprendizagem como um processo acumulativo e linear que vai da forma para a função, da parte para o todo, do normal para o patológico, do básico para o clínico, da teoria para a prática.

Nesse sentido, os processos de ensino-aprendizagem são orientados pela transmissão do saber, favorecendo seu distanciamento em relação às necessidades de saúde da população e das demandas singulares dos alunos em seu percurso de formação.

O aluno neste processo se dedica a alcançar a conduta esperada, definida pelos objetivos instrucionais especificados previamente estabelecidos. Para isso, copia e memoriza os conteúdos transmitidos em sala de aula. Estuda apenas o que vai cair nas provas, pois suas notas validam o alcance do desempenho esperado (16).

2-Relação docentes-alunos

No ciclo básico, as aulas são em geral para grupos grandes de alunos. O distanciamento professor-aluno próprio do modelo pedagógico de transmissão acaba

sendo traduzido pelos estudantes como desinteresse dos professores em relação ao seu aprendizado.

“São poucos, na verdade, que eu pude perceber que têm uma preocupação em ensinar ao aluno. (...) não sei se a facilidade do powerpoint, né, a apresentação em datashow um pouco que distanciou o professor do aluno. Também é uma sala com 90 alunos.” (E1)

Quando os estudantes começam a ter suas vivências com os docentes médicos, independente do cenário, a atitude dos professores é alvo da observação e avaliação permanentes por parte dos jovens estudantes, que esperam encontrar coerência entre o discurso em sala de aula e o exemplo dado na relação com eles, estudantes, ou com os pacientes:

“Muitas vezes você vê profissionais, professores, falando coisas, aí na hora de fazer a prática daquilo que eles ensinaram é totalmente diferente.” (E16)

O jovem busca pelo verdadeiro no mundo e segundo Burkhard (20), ele precisa encontrar autenticidade nos adultos que o cercam. Um professor, que fale “da boca para fora”, não será aceito, diferentemente daquele que admite seus erros e fraquezas.

No terceiro ano, no aprendizado da clínica médica, as atividades organizam-se em pequenos grupos, de 7 a 10 alunos por professor. Se, por um lado, a relação professor-aluno passa a ser mais pessoal, o que facilita o esclarecimento de dúvidas, entretanto, por outro, o tão esperado encontro com os “pacientes”; é vivenciado por alguns estudantes com muita angústia. Às barreiras pessoais (timidez, insegurança, sensibilidade) somam-se as exigências do curso que os impedem de se comunicar de forma compreensiva com os “pacientes”. O encontro, que poderia ser gratificante para ambos, nem sempre se desenvolve desta forma:

“Você se sente mal quando você tem que fazer uma anamnese com um tempo pré-determinado, e o professor está cobrando aquilo e você nem olha para a cara do paciente. (...) E tem que perguntar muita coisa, é como se fosse um quizz assim de pergunta rápida, e o paciente vai falando as coisas e você não está nem se importando muito, só está preocupado em escrever. Isso também não é nada agradável pra gente, né?” (E8)

“Eu me sentia tão inútil, tão inútil. A impressão que eu tinha é que eu estava lá sugando o paciente e eu não estava dando nada a ele, sabe?” (E7)

Já no internato, momento em que existe também a preocupação com a prova de residência, o tempo dedicado a tarefas consideradas “não médicas”, que poderiam ser feitas, segundo os estudantes entrevistados por outros profissionais da equipe, é considerado uma fonte adicional de estresse:

“Tem serviço que trata interno como... É mais assim, mão de obra.” (E10)

“Há um desrespeito muito grande com a figura do interno. Como se o interno fosse, digamos o último na escala sucessiva então ele é que vai fazer qualquer procedimento ou qualquer atividade que os outros não queiram fazer. (E2)

A forma hierárquica em que se estabelecem as relações no treinamento prático da formação médica, seja no internato ou na residência médica, foi comparada por

Feuerwerker (21) as formas em que os mestres das corporações de ofício da Idade Média orientavam o aprendizado de seus discípulos. Estes progressivamente, por ordem de antiguidade, iam conquistando o direito de executar tarefas mais nobres.

Além deste aspecto, os estudantes entrevistados chamam atenção também para o fato das relações com os professores se estabelecerem, de um modo geral, de forma vertical:

“Eu sempre tive a impressão de que os professores têm um poder muito maior aqui do que a gente. O professor faz o que quiser e é isso, ele que manda” (E9)

O coordenador da disciplina pediu para a gente resolver com o professor, mas o meu grupo não queria porque estava com medo de sofrer uma represália. (E15)

A relação professor-aluno se estabelece nestes moldes, pois na perspectiva do modelo pedagógico tradicional, o domínio da base científica do exercício profissional pelos professores lhes confere o lugar de autoridade. Lugar este, que segundo Ribeiro (22), dificulta a compreensão de que podem aprender com seus alunos e pacientes.

Neste sentido há aqueles professores qualificados pelos estudantes entrevistados como “carrascos”, “grossos” ou “insensíveis”, que prejudicam os alunos, os amedrontam ou os humilham; bem como aqueles tidos como autoritários ou rígidos que não podem rever o cronograma ou conceder revisão de provas; os displicentes ou descomprometidos que não preparam as aulas, faltam sem avisar ou se atrasam com frequência.

“Ele chegou a alterar no meio do semestre como se calculava a nota, porque as pessoas tinham ido bem aí ele botou um peso maior nas notas que o pessoal tinha ido mal para o pessoal se ferrar.” (E9)

“Às vezes na frente do paciente fala que o aluno vai ser péssimo médico. ‘Ah, se você tirou 5 você vai matar muitos pacientes.’ Isso é ruim, porque a pessoa deve criar um bloqueio, ficar com aquilo na cabeça.” (E13)

Este tipo de relação com os professores gera frustração, tristeza e estresse, com impacto negativo na QV dos estudantes. Contudo, existem situações que ultrapassam o limite de autoridade ou até mesmo do autoritarismo chegando a configurar o abuso:

“Ele não pediu para eu fazer exame físico no paciente, ele pediu para eu fazer exame físico nele. Exame físico respiratório. Eu me senti assediada moralmente.” (E7).

“O professor falou para ele que se o cachorro dele tivesse fazendo a prova o desempenho teria sido melhor. Na frente do paciente”. (E15)

Termo difundido na década de 1980 para descrever a violência sofrida pelos estudantes de medicina no ambiente escolar, o abuso gera angústia nos estudantes (23) e tem como fatores facilitadores, a hierarquização e a fragilidade das relações interpessoais (24). Segundo Costa e Pereira, “quando se discute abusos ou maus tratos infligidos a estudantes de medicina, está se falando de algo evitável, desnecessário e nefasto” (25).

O entendimento dos estudantes sobre o que sejam boas ou más práticas pedagógicas guarda relação também com a avaliação que fazem da atitude dos docentes em relação a eles próprios, estudantes, e aos pacientes. Assim, de um modo geral, as boas práticas são associadas à preocupação que o professor demonstra com a aprendizagem dos alunos e com o bem-estar dos pacientes, e as más, com o descaso e o descuido.

Nesse sentido, ocupar o lugar de sujeito na relação com os professores, dá confiança, motivação e satisfação aos estudantes, sendo considerado positivo para a sua QV.

Ao se referirem aos professores que consideram exemplares, os estudantes usaram adjetivos como: humano, tranquilo, paciente, didático, educado, respeitoso, correto, atento, dedicado, preocupado, assíduo, pontual. Estas qualidades foram observadas na inter-relação com os próprios alunos, com os pacientes e com a equipe de saúde.

“Excelente, cara preocupado, atencioso, correto, e te ensina, te ensina assim, você pode perguntar qualquer pergunta idiota, que você não se sente idiota perguntando, pode ser a pior das perguntas. Ele vai, para, te explica. Tem serviço que trata interno como mão de obra.” (E10)

Conviver com professores assim, faz bem ao aluno, não apenas pelo prazer de sentir que alguém se preocupa com ele e com os pacientes, mas também porque isto desperta nele o desejo de dar o melhor de si:

“Ele pode cobrar de qualquer um o empenho porque ele tem empenho. Então assim você fica mal se você não fizer o seu melhor.” (E11)

Estes achados vão ao encontro dos de Moreira e colaboradores (26), envolvendo estudantes de medicina, onde o contato com “professores-modelos” foi citado pelos estudantes como um dos aspectos gratificantes no curso.

Segundo Arruda (27), “o ensino em seu conteúdo é fugaz, o que fica é a postura, a maneira de ser do profissional que ensina”. O professor precisa ter em conta que ao atuar como um modelo para o aluno por meio dos processos de identificação, por intermédio de suas atitudes, gestos, comportamentos, estará influenciando a forma com que os futuros médicos se relacionarão com seus pacientes (28, 29). Essa afinidade entre a relação professor-aluno e a relação médico-paciente pode ser entendida a partir das sensações vividas e verbalizadas por um estudante:

“Os sentimentos de nervosismo, ansiedade, enfim, tensão, eles só aumentam quando os professores não te tranquilizam, eles jogam uma matéria em cima de você. E quando você sente confiança naquele professor, quando você entende a mensagem que ele está passando, isso tranquiliza mais, e diminui um pouco a sua aflição em relação a essa matéria, a matéria dada pelo professor.” (E8)

Os pacientes vivenciam sentimentos de ansiedade e tensão ligados ao processo de adoecer e esperam ser tranquilizados por seus médicos. A falta de acolhimento ao

paciente e de continência a seus aspectos emocionais prejudicam a construção do vínculo e podem levar ao abandono do tratamento. Da mesma forma, durante os processos de formação médica é muito importante a atenção ao ambiente de aprendizagem que, segundo Nogueira-Martins (30), deve ter a capacidade de conter o excesso de ansiedade que o aluno apresenta, principalmente no início dos atendimentos, para que ele possa compreender, elaborar e integrar a situação difícil.

Para que os estudantes, assim como os pacientes sejam acolhidos, é preciso que haja o entendimento da aprendizagem como um processo cujo bom desenvolvimento requer o estabelecimento de vínculos de confiança entre educador e educando:

“A minha relação com o professor (...), eu digo que potencializou o que eu já tinha e me fez descobrir qualidades que eu nem sabia que eu tinha. E me corrigiu também muita coisa.” (E1).

Contudo, muitas vezes, prevalece entre os docentes das escolas médicas a crença de que “é preciso sofrer” e que “eu ralei, agora você tem que ralar” (31). Essa falta de empatia dos professores é revelada nas falas dos estudantes:

“Eu acho que os professores esquecem que foram alunos. Se a gente tivesse um corpo docente preparado para lidar com a nossa dificuldade em enfrentar a medicina ao invés de pressionar muito a gente...” (E15)

Observa-se, portanto, um modelo de tripla exclusão de sujeitos. Do estudante, que é visto como uma página em branco, para onde serão transferidos o saber dos professores; dos pacientes que não são acolhidos em suas necessidades de cuidado pelos docentes clínicos e dos professores que não refletem sobre suas práticas e são excluídos dos processos de construção compartilhada da escola.

Quando questionados sobre a busca de apoio institucional para estas questões pedagógicas, as respostas variaram conforme o ano da graduação. Em geral, os estudantes do primeiro ano que estavam começando o curso por ocasião da entrevista não demonstraram ter ainda organização, interesse ou iniciativa para levarem suas questões aos professores. Já os do terceiro e do sexto ano vivenciaram situações que os mobilizaram coletivamente. Cartas e abaixo assinados dirigidos aos coordenadores de disciplina e a coordenação de graduação são as formas usualmente utilizadas para evitarem a exposição e protegerem-se de retaliações.

3-Estrutura dos cenários de ensino-aprendizagem

Situações relacionadas à estrutura física ou logística da faculdade afetam tanto a QV dos docentes quanto a dos estudantes.

Algumas questões desta ordem, quando reivindicadas pelos estudantes, ainda que tragam benefícios apenas para as turmas seguintes, são aparentemente mais fáceis

de serem atendidas pela gestão da faculdade do que aquelas relacionadas às atitudes negativas dos professores.

“A gente reclamou, foi atrás do departamento, fez carta, aí no outro não eles mudaram e fizeram um concurso para 10 monitores. “ (E8)

Deficiências no espaço físico, falta de apoio técnico ou de equipamentos adequados para as aulas teóricas ou práticas em laboratórios, bem como da falta de recursos para o atendimento adequado aos pacientes no HU, afetam a qualidade do ensino:

“O que mais me irrita é um dos problemas que nós estamos sofrendo atualmente aqui na FCM. É a deficiência de espaço de bons anfiteatros e de boas salas de prática para ministrar essas aulas. “ (D14)

Isso desanima porque na medida em que você não tem uma assistência top você não tem um ensino top. ” (D15)

As questões de estrutura e recursos relacionados aos cenários de prática são tomadas com frequência como desafios pessoais pelos coordenadores de disciplina:

“A gente tem um convênio com esse hospital público. (...) faço tudo dentro da legalidade, consigo essa doação para universidade. A direção nunca me perguntou, nunca me ajudou em nada disso. ” (D5)

Depreende-se que o mesmo modelo pedagógico tradicional, baseado na transmissão de conhecimentos, que no nível individual, leva à passividade do aluno e à falta de atitude crítica diante da informação recebida, no nível social, segundo Bordernave (32) leva à falta de “problematização” da realidade, ao conformismo, ao individualismo e falta de participação e cooperação para a elaboração de hipóteses de solução:

“É um descaso com a universidade. A gente atende em condições aqui.... É porque a gente gosta de atender, gosta de ensinar, mas se você olhar o entorno assim é tudo caindo aos pedaços. “ (D10)

“A gente tem uma boa biblioteca. É tudo comprado em rateio entre os professores e os residentes. Nós temos uma biblioteca respeitável. Todos os bons livros. Qualquer lançamento a gente compra. “ (D11)

Os relatos dos docentes entrevistados vão ao encontro das vivências de muitos outros preceptores brasileiros que, frente a tantas dificuldades no exercício da docência e da preceptoria médica, em certos momentos creem ser impossível continuar no ofício.

Entretanto, a experiência de processos compartilhados de ensino-aprendizagem em espaço seguro, orientados pela concepção pedagógica crítico-reflexiva, onde a expressão de emoções e sentimentos é possível, já revelou ser um meio para a construção de redes colaborativas de trabalho, que sustenta e apoia seus membros. Desta forma vislumbram-se novas possibilidades para alavancar processos de implementação de mudanças para o aprimoramento de práticas que aproximando educação de cuidado e legitimem a gestão que valoriza cada pessoa (33).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação médica é um processo de socialização metódica através do qual o estudante realiza seu sonho de se tornar médico. Para alcançar este objetivo, contudo, ele precisa adotar, ainda que inconscientemente, certos modos de proceder, certas disposições mentais para a ação, que conformam o *habitus* próprio da profissão (34).

Nesse sentido, interessou-nos compreender o modo como os estudantes são cuidados no contexto desta escola, a partir de suas percepções sobre as práticas pedagógicas. Partimos do pressuposto que, se a escola estiver funcionando de acordo com as DCN, o modelo pedagógico será acolhedor, de modo a identificar as necessidades de aprendizagem dos estudantes e apoiá-lo no desenvolvimento da sua autonomia profissional.

Percebeu-se, por meio desse estudo, que a concepção de currículo desta escola é disciplinar, orientado pelo paradigma mecânico, reducionista, de compreensão do mundo e, conseqüentemente, do ser humano (35). Além disso, as práticas pedagógicas predominantemente utilizadas são transmissoras e oferecem aos estudantes conteúdos e esquemas explicativos para a explicação do indivíduo biológico.

Neste sentido, nesta abordagem tradicional de ensino-aprendizagem, o mundo (das doenças) é considerado externo aos estudantes e só poderá ser conhecido por meio de informações consideradas importantes e úteis (anatomia, fisiologia, bioquímica, patologia, fisiopatologia, semiologia, etc.), que lhes serão fornecidas pela escola (por diversos especialistas de múltiplas disciplinas), dando continuidade aos valores dominantes no contexto histórico (biomedicina) (16).

Na perspectiva do conceito de *habitus*, se reproduz nas práticas escolares, ainda que sem perceber um modelo de cuidado que exclui a subjetividade, desconstruindo assim os sujeitos.

Essa desconstrução ocorre progressivamente ao longo do curso sobre os pacientes (“peças” do anatômico, “fígado do leito 3” e “tratamento da insuficiência renal”) e se dá também sobre os estudantes e os professores.

Assim como a atenção que os pacientes recebem aumenta proporcionalmente à raridade da sua doença, a atenção que os alunos recebem aumenta proporcionalmente ao valor da sua nota nas provas. Não existem sujeitos. Deste modo, as necessidades singulares de cuidado ou aprendizagem não são percebidas nem acolhidas no contexto escolar atual. Além disso, não há espaço para emoções e sentimentos nas práticas de saúde e de educação, pois estes são entendidos como algo que atrapalha a formação (16, 36).

Por outro lado, também não há professores sujeitos na transformação compartilhada da escola. Ao contrário, ficam todos isolados em suas disciplinas.

Na formação profissional sobre estes moldes, a desconstrução do sujeito que ocorre progressivamente ao longo do curso (“peças” do anatômico, “fígado do leito 3” e “tratamento da insuficiência renal”) se dá não apenas sobre o paciente como também sobre os estudantes e os professores. Os estudantes não são percebidos em sua singularidade nem suas necessidades são acolhidas. Suas emoções e sentimentos são tratados como algo que atrapalha os processos intelectuais que permitem acumular as informações transmitidas (memorização) (16, 36). Por outro lado, não há professores, sujeitos na construção ou transformação compartilhada da escola.

Assim como o paradigma reducionista não dá conta de apreendermos o mundo e o homem no seu contexto, na sua complexidade, seu conjunto (37), a abordagem tradicional de ensino não dá conta da aprendizagem desse ser humano complexo, que é a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico, num contexto globalizado, onde é extremamente rápida a produção e difusão do conhecimento.

Como consequência do conhecimento fragmentado, disciplinar, os estudantes não exercitam relações entre as partes e a totalidade, tendo muita dificuldade no encontro com os pacientes. Os estudantes de certa forma localizam a origem dessas dificuldades nos processos pedagógicos utilizados na escola.

Os professores, apesar de listarem inúmeros desafios relacionados às suas práticas pedagógicas, em sua maioria, não buscam pelo aprimoramento dessas práticas. Afonso e Silveira (38) defendem que a apropriação pelos docentes da concepção pedagógica sócio-cultural (crítico-reflexiva) (39), é um passo decisivo para a profissionalização da função de preceptoria e meio de viabilizar as transformações no ensino médico preconizadas nas DCNs. Pensando deste modo, os docentes (usualmente preceptores também) precisam se aventurar a passar por processos de ensino-aprendizagem que reconfigurem seus “velhos *habitus*”, considerando que, para formar novos médicos, ser um deles é necessário e importante, mas certamente já não é suficiente (33. 40).

ANEXO I

Questionário para estudantes

- 1) Como você avalia de uma forma geral, as práticas pedagógicas dos professores da faculdade?
- 2) Você pode dar exemplos de boas e más práticas pedagógicas dos seus professores?

- 3) Como você considera que essas práticas pedagógicas, boas ou más, afetam a sua qualidade de vida?
- 4) Em algumas dessas situações você procurou o apoio institucional? E como foi acolhido?

Questionário para docentes

- 1) Entre as funções pedagógicas, qual o seu maior desafio?
- 2) Você pode relatar alguma experiência docente em que foi necessário mudar a estratégia didática para atender as necessidades de aprendizagem da turma?
- 3) Você pode relatar alguma situação vivenciada no ambiente de ensino que te deixou feliz ou satisfeito; te deixou muito zangado ou irritado; te deixou desanimado ou inseguro com a atividade docente?
- 4) Você buscou apoio institucional para lidar com estas situações? Foi acolhido?

Referências

- 1) BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf> > acessível em 12 de julho de 2014.
- 2) Carapineiro, G. Fundamentos e formas de poder médico no hospital. In: Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1993. Cap. 3, p.165-205.
- 3) Millan RL. A assistência psicológica ao estudante de medicina no Brasil: notas históricas. In: Millan LR, De Marco OL, Rossi E. et al. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.245-82.
- 4) Guimarães KB (org.). A saúde mental do médico e do estudante de medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
- 5) Stewart SM, Lam TH, Betson CL, Wong CM, Wong AM. A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school. *Med Educ.* 1999;33(4):243-50.
- 6) artigo 3
- 7) Moreira, C.O.F. Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey. Bragança Paulista, SP: 2002.
- 8) Dewey, J. A educação como função social. In: Democracia e Educação. São Paulo: Ed. Nacional, 1959, Cap. 2, p. 11-24.
- 9) Durrkheim, E. A educação, sua natureza e função. In: Educação e Sociologia. São Paulo: Melhoramentos, 1978, Cap. 1, p. 33-56.
- 10) Bourdieu, P. A gênese dos conceitos de *habitus* e de campo. In: O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- 11) Martins, C.B. A pluralidade dos mundos e das condutas sociais: a contribuição de Bourdieu para a Sociologia da Educação. Em Aberto, Brasília, ano 9, n.46, abr-jun., 1990.
- 12) Ruquoy, D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: Albarello, L. et. al. Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 2005. Cap. 3, p. 84-116.
- 13) Chazan ACS, Campos MR. Qualidade de vida de estudantes de medicina medida pelo WHOqoL-bref - UERJ, 2010. *Rev Bras Educ Med* 2013; 37 (3): 376-84.
- 14) Bardin L. **Análise de Conteúdo**. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.
- 15) Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo M.C.S. (org.) Deslandes S.F., Gomes. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 67-80.
- 16) Mizukami, MGN. Abordagem tradicional. In: **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986. Cap.1, p. 7-18.
- 17) Bernstein B. On the classification and framing of educational knowledge. In: Young MFD (org). Knowledge and control: new directions for the sociology of education. 6ed. Londres: Collier Macmillan; 1980. P.47-69.
- 18) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. [internet] [acessado maio 2015]. Disponível em: http://www.fcm.uerj.br/?page_id=575

- 19) Millan, LR, De Marco, OL, Rossi, E. et al. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- 20) Burkhard, G. Tomar a vida nas próprias mãos. Como trabalhar na própria biografia o conhecimento das leis gerais do desenvolvimento humano. 4ed. São Paulo: Antroposófica, 2010.
- 21) Feuerwerker, L. O problema: por que não se conseguiu produzir mudanças efetivas na formação médica nos últimos trinta anos? In: _____ **Além do discurso de mudança na educação médica.** Processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM, 2002. Cap. 2, p. 10-48.
- 22) Ribeiro, E. C. O. Ensino/aprendizagem na escola médica. In: Marcondes, E., Gonçalves, E.L. (coord.) **Educação Médica.** São Paulo: SARVIER, 1998. p. 40-49.
- 23) Quintana, AM, Rodrigues, AT, Arpini, DM, Bassi, LA, Cecim, OS, Santos, MS. A angústia na formação do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med* 2008, 32 (1): 7-14.
- 24) Villaça, FM, Palácios, M. Concepções sobre assédio moral: bullying e trote em uma escola médica. *Rev Bras Educ Med* 2010, 34 (4): 506-514.
- 25) Costa, LSM, Pereira, CAA. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med* 2005;29 (3): 185-190.
- 26) Moreira, SNT, Silva, CAM, Tertulino, FF, Tertulino, FMF, Vilar, MJP, Azevedo, GD. Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico *Rev Bras Educ Med* 2006; 30 (2): 14-19.
- 27) Arruda, PCV. As relações entre alunos, professores e pacientes. In: Millan, LR, De Marco, OL, Rossi, E, Arruda, PCV. **O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 43-73.
- 28) Tavares, FM. As Contribuições da Medicina Psicossomática à Formação Médica. *Rev Bras Educ Med* 2005;29 (1): 64-69.
- 29) Perrenoud, P. A postura reflexiva: questão de saber ou de *habitus*? In: **A prática reflexiva no ofício do professor: profissionalização e razão pedagógica.** Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap.3, p. 71-88.
- 30) Nogueira Martins, MCF. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- 31) Cruz, EMTN. “Confesso que vivi”: quatro décadas dedicadas ao estudante de medicina. **Cadernos ABEM**, 2010, 6: 55-61.
- 32) Bordenave, JED. Alguns Fatores Pedagógicos –Texto traduzido e adaptado do artigo ‘La Transferencia de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor, *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, v. 3, n. 1-2 – PRDE-OEA) por Maria Thereza Grandi, OPAS, Brasília, 1983;
- 33) O preceptor por ele mesmo. **Cadernos da Abem**, out. 2013, v.9.
- 34) Bourdieu, P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papyrus, 1996.
- 35) Landmann, J. **A outra face da medicina. Um estudo das ideologias médicas.** Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.
- 36) Bonet, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- 37) Morin, E. **Os sete saberes necessários à Educação do Futuro.** 2 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000., 2004.
- 38) Afonso, DH; da Silveira, LMC Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. *Rev HUPE, UERJ* 2012, ano 11, supl., p.82-86.
- 39) Mizukami, MGN. Abordagem sócio-cultural. In: **Ensino: as abordagens do processo.** São Paulo: EPU, 1986. Cap.5, p. 85-103.
- 40) Perrenoud, P. Da prática reflexiva ao trabalho sobre o *habitus*. In: **A prática reflexiva no ofício de professor.** Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 7, p. 141-168.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inspiração para esta pesquisa emergiu de inquietações vividas por mim durante a prática docente nas disciplinas de Medicina Integral em uma Universidade pública tradicional do Rio de Janeiro. Disciplinas estas que visam proporcionar aos estudantes espaços de reflexão sobre a complexidade dos processos de saúde - adoecimento do ser humano.

Tomei como pressuposto que os processos de ensino-aprendizagem também afetam a qualidade de vida (QV) dos estudantes de medicina. O interesse destes em participar da pesquisa parecia sinalizar algo, tanto na primeira fase quando 72% dos matriculados em 2010 responderam ao questionário, como na segunda fase em 2013, pela prontidão que agendaram as entrevistas. Os estudantes tinham algo a dizer sobre as questões da tese.

Cabe ressaltar aqui que, a despeito do hiato de três anos entre as duas fases da pesquisa, não houve neste período nenhuma mudança significativa no currículo da FCM/UERJ. Além disso, as duas etapas foram realizadas no primeiro semestre letivo, de modo que o contexto acadêmico era semelhante.

Na primeira fase, quantitativa, evidenciou-se a relação entre a formação e a QV dos estudantes, quando, nos momentos mais críticos do currículo, que ocorrem no terceiro e no sexto ano, observou-se uma queda nos escores de sua QV aferida pelo WHOQol- bref (11), um instrumento construído com base na compreensão da QV como “uma construção subjetiva, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito, multidimensional e composta por elementos que devem estar presentes e outros que devem estar ausentes” (77).

O terceiro e sexto ano da graduação em medicina são cruciais do ponto de vista do desenvolvimento de competências médicas. No terceiro ano é o momento de aprender a realizar a história clínica e o exame físico, além de conhecer a fisiopatologia das grandes síndromes e os sinais e sintomas clínicos correspondentes. No sexto ano, espera-se que os estudantes tenham um bom desempenho no diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do seu ciclo biológico (18). Além disso, no ambulatório de Medicina Integral, eles vivenciam o desafio de integrar todas esses conhecimentos e habilidades no método clínico centrado nas pessoas (117).

Na segunda fase da pesquisa, por meio de uma abordagem qualitativa e do uso do conceito de *habitus* como matriz de percepção e categoria de análise, foi possível avançar na compreensão da relação entre os processos de ensino-aprendizagem e a QV dos estudantes de medicina da FCM/UERJ (artigos 3 e 4), bem como levantar hipóteses sobre a maior vulnerabilidade dos estudantes que ingressam pela reserva de vagas e que correspondem a 45% dos alunos de medicina (12).

Bourdieu define *habitus* como um conjunto de inclinações a perceber, sentir, pensar e fazer, de certa maneira interiorizada e incorporada geralmente de modo inconsciente, decorrentes das condições objetivas de existência e da trajetória social do agente, e que têm efeitos sobre outras esferas da vida social, como a profissional, o mundo do trabalho, etc. (90, 91).

Nesse sentido, interessou-nos compreender o modo como os estudantes são cuidados no contexto desta escola, a partir de suas percepções sobre as práticas pedagógicas. Partimos do pressuposto que, se a escola estiver funcionando de acordo com o modelo preconizado nas DCN, os estudantes devem vivenciar práticas pedagógicas onde se sintam acolhidos e tenham suas necessidades de aprendizagem identificadas no processo de desenvolvimento da sua autonomia profissional.

Por meio das entrevistas realizadas, depreendeu-se que o ensino na FCM é predominantemente tradicional, o que envolve a transmissão a uma nova geração de futuros médicos de um conjunto de informações acumuladas e legitimadas pela profissão.

Nesse sentido, nos dois primeiros anos do curso, o ensino se dá predominantemente em sala de aula, descontextualizado da necessidade de saúde da população. A experiência vivenciada na atenção primária neste período do curso, ao concorrer com as inúmeras provas das disciplinas das ciências biológicas, por vezes é relegada ao segundo plano pelos estudantes.

Se por um lado isso leva os estudantes a valorizarem o hospital universitário como cenário privilegiado para a aprendizagem da medicina, por outro isso os leva a terem dificuldades na relação com os pacientes, que são descontextualizados de sua biografia e cultura.

Sem relacionarem as dificuldades dos estudantes com o modelo pedagógico da escola, os docentes os interpelam com perguntas do tipo “Como você ainda não

sabe isso?”, que são vivenciadas pelos estudantes como falta de empatia e suporte dos professores para lidarem melhor com as vicissitudes da formação.

Não se trata aqui de negar a legitimidade do patrimônio cultural que foi constituído historicamente pela profissão, mas de se constatar que a forma como este patrimônio se organiza nas práticas escolares não possibilita ao estudante assumir o protagonismo no seu desenvolvimento profissional.

Entendendo que os modelos que nos formam, orientam a nossa prática profissional (estruturas interiorizadas são estruturantes, diz Bourdieu), evidenciou-se que nós, docentes, estamos reproduzindo o modelo da nossa própria formação, biomédica e tradicional. Nesse sentido, não estão sendo percebidas as necessidades particulares de cuidado e aprendizagem durante os processos de ensino-aprendizagem.

Esta pesquisa, revela como a diferença socioeconômica entre cotistas e não cotistas, se expressa na renda per capita e na chance de o chefe da família ter ensino superior completo (cinco vezes menor para os cotistas). Como discutido no segundo artigo, a relação entre o capital econômico e os capitais social e cultural dos estudantes, pode implicar um maior esforço de adaptação dos cotistas ao meio acadêmico (118).

Uma vez que os pais com elevada titulação acadêmica, podem atuar de várias formas na vida acadêmica dos filhos, seja por conselhos e ações concretas sobre o currículo dos filhos, seja pelas condições objetivas de vida que os possibilita estudar sem trabalhar em atividades não relacionadas à própria formação (119, 120), compreende-se o porquê das diferenças observadas nos escores de QV entre cotistas e não cotistas nos diferentes cenários de exposição (estar no terceiro e sexto ano ou não).

Outro aspecto que merece atenção, foi a prevalência de 20% de morbidade crônica referida em jovens com idade média de 23 anos, muitas podendo ser influenciadas, na sua gênese, pelo estresse, ou por este exacerbada, sendo o perfil de MCR diferenciado significativamente para ambos os sexos. Assim, estudantes do sexo feminino, tem OR=2,0 para doença mental e OR=1,5 para doenças endócrino-metabólicas, enquanto estudantes do sexo masculino têm OR=2,0 para doenças do aparelho digestivo.

Entendemos que o objetivo de obter êxito no processo de profissionalização exige o esforço por parte dos estudantes, de adotarem gradativamente, ainda que sem perceber, certos modos de proceder, certas disposições mentais para a ação,

formando o *habitus* profissional (121). É assim que, gradativamente, os estudantes assimilam o discurso de que ser médico é abdicar do auto cuidado, da vida pessoal e social, bem como da sua subjetividade e da cooperação no trabalho em equipe.

Entretanto observou-se que as consequências são nefastas para a tríade professor-aluno-paciente, de modo que os processos de formação precisam incluir espaços para a compreensão e o aprendizado do manejo dos sentimentos e emoções despertados nas relações com os pacientes (122, 123).

Nossos resultados apontam que, apesar do modelo de ensino-aprendizagem tradicional sobre conteúdos biomédicos ser hegemônico nesta escola, os estudantes valorizam a atenção na relação médico-paciente, como na relação professor-aluno. Eles classificam como más práticas pedagógicas (experiências ruins de aprendizagem) aquelas em que não percebem a preocupação dos docentes com os pacientes ou com eles próprios, estudantes, o que os desmotiva, e geram angústias desnecessárias.

O problema da abordagem tradicional, segundo John Dewey (32), não é a falta de experiência, mas o caráter dessas experiências, “falho e defeituoso do ponto de vista de conexão com experiências futuras”. Experiência foi um conceito central na obra deste autor e de acordo com ele, a qualidade de qualquer experiência tem dois aspectos. O primeiro, imediato, de ser agradável ou não, e o segundo diz respeito a sua influência sobre experiências posteriores, que ocorrerão com os pacientes ou com os estudantes, quando ocuparem o lugar de monitores ou docentes.

A preocupação e o cuidado médicos surgem na relação quando o outro é percebido como sujeito, seja este paciente ou aluno. A capacidade de se colocar no lugar do outro (empatia) é o que propicia a compreensão das suas necessidades (123). Estamos tratando aqui não da compreensão intelectual ou objetiva, mas da compreensão humana intersubjetiva. Neste sentido compreender pede abertura, simpatia e generosidade para com o outro (124).

Assim, saber cuidar e ter perícia técnica (médica e pedagógica) são atributos fundamentais para ser um bom professor de medicina, com efeitos possíveis sobre a experiência posterior dos alunos no exercício da medicina, com destaque para questão do cuidado, onde a empatia é fundamental.

Percebeu-se, contudo, que os meios para a adaptação ou superação do estresse gerado pelos desafios da profissionalização, parecem depender muito mais

de características e recursos pessoais dos estudantes do que do apoio recebido pelos responsáveis pela sua educação.

Encontram-se descritas na literatura, experiências de outras universidades sobre a oferta de disciplinas eletivas visando ajudar os estudantes a perceberem e a lidarem melhor com o estresse (125) e que o apoio da escola, pode ter reflexos no humor dos estudantes, que ficam menos deprimidos (126).

Dada as características do curso médico, a FCM, entendida aqui como “todos nós”, há que refletir sobre o seu papel na identificação das necessidades dos estudantes desde o seu ingresso e na valorização do cuidado como parte dos processos de ensino-aprendizagem.

O desenvolvimento docente tem se tornado cada vez mais relevante na educação médica (127) e iniciativas brasileiras para que haja a formação de médicos capazes de responder às necessidades de saúde da população, desde a homologação das DCNs de 2001, têm sido reconhecidas como estratégicas pelo Ministério da Saúde e pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) (128) e tornaram-se imperiosas com a nova versão das DCN e a Lei do Mais Médicos (129)

Afonso e Silveira defendem que a apropriação pelos docentes da concepção pedagógica sócio-cultural (crítico-reflexiva), é um passo decisivo para a profissionalização da função de preceptoria e viabilização das transformações necessárias no ensino médico para atender às leis acima (130). Como ponto de partida da sequência de experiências de ensino-aprendizagem dos Cursos de Formação Pedagógica Para a Prática da Preceptoria (CFPPP) coordenados pelas autoras desde 2010, há uma atividade que envolve a auto avaliação dos preceptores sobre o seu perfil de competências para formar estudantes e residentes tal como preconizados nas DCN (131). Esta atividade, além de contribuir para a reflexão sobre as próprias práticas, ajuda a dar sentido aos esforços necessários para reconfigurar “velhos *habitus*” dos participantes.

O processo de aprimoramento curricular atualmente em curso na FCM tem como um de seus principais desafios mobilizar os docentes para a transformação curricular, de modo que se desenvolvam processos de ensino-aprendizagem centrados que incentivem o protagonismo dos estudantes na busca pela informação (18).

Desde 2013, a direção da FCM, junto com a Comissão de Residência Médica (COREME) e a Coordenadoria de Desenvolvimento Acadêmico (CDA) do

HUPE tem sido parceiros na promoção de seminários para alavancar processos que se desdobrem em ações para a aprendizagem e construção compartilhada dos docentes de uma nova cultura de avaliação na escola (18). Este investimento institucional tem sido valorizado pelos estudantes (132), que progressivamente tem ocupados seus espaços nos colegiados de gestão para discutirem sobre a reforma curricular, o aprimoramento docente como meio de melhorarem sua QV.

Entendemos que esta tese, ao abordar de forma original seu objeto, traz elementos novos para a discussão sobre a formação médica e sua relação com a qualidade de vida dos estudantes. Além disso, seus resultados tem a potencialidade de provocar reflexões e mudanças na escola onde foi realizada, inicialmente sob duas frentes: uma junto aos estudantes, com a promoção da sua autoestima e resiliência para que tornem-se sujeitos na sua formação profissional e outra junto aos professores, com a promoção da sua integração para que juntos, repensem o currículo e as práticas escolares.

Entretanto, para isso é necessário que se rompam as barreiras impostas pelo *habitus* docente e pela estrutura departamental e disciplinar do curso. Vislumbrar a escola médica como um espaço de promoção da saúde a partir de sua comunidade interna, pode ser um ponto de partida para tais investimentos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) MILLAN, R.L. O curso médico no Brasil. In: MILLAN, L.R., De MARCO, O.L., ROSSI, E. et al. **O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. Cap. 2, p. 31-42.
- 2) HOIRISCH, A. Identidade Médica. In: MELLO FILHO, J. e col. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. Cap. 7, p. 70-73.
- 3) SANTOS, A. C.; MELLO FILHO, J. O impacto do Diagnóstico e do Tratamento. In: OLIVEIRA, R. (Org.). **Diabetes Dia-a-Dia**. 1ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 217-221.
- 4) AFONSO, D.H.; ITIKAWA, F.A. Resumo de Relatos. II Mostra Nacional de Medicina de Família e Comunidade, 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), Gramado, 2006. **Rev Bras Med Fam Com**, Rio de Janeiro, Suplemento 01, p.67, 2006.
- 5) Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://www.cienciasmedicas.com.br/docs/DiretrizescurricularesMed.pdf> Acessado em 21/01/2012.
- 6)
- 7) RIBEIRO, E. C. O. Ensino/aprendizagem na escola médica. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E.L. (coord.) **Educação Médica**. São Paulo: SARVIER, 1998. p. 40-49.
- 8) FIEDLER, PT. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. São Paulo, 2008. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 308 p.
- 9) Chachamovich, E., Fleck, M.P. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: Fleck, MP. **A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.74-82.
- 10) ALVES, J.G., TENÓRIO, M., ANJOS, A.G., FIGUEROA, J.N. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. **Rev Bras Educ Med**, v.34, n.1, p.91-6, 2010.
- 11) RAMOS-DIAS, J.C., LIBARDI, M.C., ZILLO, C.M., et al. Qualidade de vida em cem alunos do curso de Medicina de Sorocaba – PUC/SP. **Rev Bras Educ Med**, v.34, n.1, p. 116-23, 2010.
- 12) CHAZAN, A.C.S., CAMPOS M.R. Qualidade de vida de estudantes de medicina medida pelo WHOqoL-bref - UERJ, 2010. **Rev Bras Educ Med** . 37, n.3, p. 376-84, 2013.

- 13) CHAZAN, A.C.S., CAMPOS M.R. Qualidade de vida de estudantes de medicina por meio do WHOqoL-bref: uma abordagem multivariada.
- 14) DAYRELL, J. A escola como espaço sócio-cultural. In: Dayrell J. Múltiplos olhares sobre educação e cultura. Belo Horizonte: UFMG; 1996. p. 136-161.
- 15) PÉREZ GOMEZ, A.I. Introdução: A escola como cruzamento de cultura. In: PÉREZ GOMEZ, A.I. A cultura escolar na sociedade neoliberal. Porto Alegre: Artmed; 2001.p. 11-19.
- 16) DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.
- 17) REGO, S.; PALÁCIOS, M. Conflitos de Interesses e a Produção Científica. **Rev Bras Educ Med**, v.32, n.3, p.281-2, 2008.
- 18) BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto-Portugal: Porto editora, 1994.
- 19) Projeto Político Pedagógico da Faculdade de Ciências Médicas apresentado à Sub Reitoria de Graduação SR-1. UERJ, maio 2014. Mimeo. 112p.
- 20) BAMPI, V.F.; PIRES, P.J.S.; CAUM, M.L; CATALDO NETO, A. Primórdios da Medicina. In: CATALDO NETO, A.; ANTONELLO, I.; LOPES, M.H.I. O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à prática médica. 2. ed. Porto Alegre: EDIPU CRS, 2007. Cap.12, p.99-110.
- 21) KURY, M.G. Dicionário de Mitologia grega e romana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.
- 22) ALLAMEL-RAFFIN, C.; LEPLÈGE, A.; MARTIRE JR., L. História da Medicina. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2011, 197 p.
- 23) LANDMANN, J. A outra face da medicina. Um estudo das ideologias médicas. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.
- 24) BONET, O. Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- 25) NALEPINSKI, M.; MICHAELSEN, R.W. A medicina no período iluminista e no século XIX. In: CATALDO NETO, A.; ANTONELLO, I.; LOPES, M.H.I. O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à prática médica. 2. ed. Porto Alegre: EDIPU CRS, 2007. Cap.16, p.133-142.
- 26) FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987
- 27) _____. O nascimento da medicina social. In: Microfísica do poder. Editora Graal, 1979. Cap. 5, p. 79-98.

- 28) CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago, 2004.
- 29) Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- 30) Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- 31) FEUERWERKER, L.C.M. *Cadernos ABEM*, n: 2, p. 30-38, 2006
- 32) COELHO, E.C. Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: MACHADO, M. H. (org) *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 35-47.
- 33) ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-49, dez, 2010.
- 34) DEWEY, J. *Experiência e Educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- 35) MARTINS, C. B. A Reforma Universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr, 2009.
- 36) PAIM, J. S., *Políticas de Saúde no Brasil*. In: ROUQUAYROL, M.Z.; de ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora, 2003. Cap. 20, p. 587-603.
- 37) RODRIGUES, R.D. *Hospital universitário no Brasil contemporâneo: dilemas e perspectivas ante o processo de consolidação do SUS*. 1999. 165P. Tese (Doutorado)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.
- 38) FEURWERKER, L. O problema: Por que não se conseguiu produzir mudanças efetivas na formação médica nos últimos trinta anos? In: *Além do discurso de mudança na educação médica – processos e resultados*. SP: Hucitec, Londrina: Rede Unida, Rio de Janeiro: ABEM, 2002. Cap. 2, p. 10-48.
- 39) FALK, J.W., GUSSO, G., LOPES, J.M.C. *Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão*. In: GUSSO, G., LOPES, J.M.C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 2, p. 12-16.
- 40) MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R, MATTOS, RA (org) *Os*

- sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS, UERJ, ABRASCO, 2001. p. 39-64
- 41) BRASIL, Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT no contexto do sistema único brasileiro: desafios atuais. Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doencas_cronicas.pdf Acesso em 12 de jan. 2011.
 - 42) SCHRAMM, J.M.; OLIVEIRA, A. F. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p. 897 -908, 2004.
 - 43) WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf Acesso em 12 de jan. 2011.
 - 44) da MOTTA, L.B.; de Aguiar, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro:integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p. 363-372, 2007.
 - 45) ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, p. 129–36, 1977.
 - 46) BALINT, M. O medico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1975.
 - 47) De NORONHA, J.C.; OLIVEIRA, J. A.; RODRIGUES, R.D;et al. Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária: a experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.*Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.11, p.429-43, 1977.
 - 48)FEUERWERKER, L.C.M. Principais propostas de mudança na educação médica na América Latina e no Brasil nos anos 90. In:_____. Além do discurso de mudança na educação médica. Processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina; Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM, 2002. Cap. 3, p. 49-67.
 - 49) BASILE, M.A. Uma experiência nacional: CINAEM. In: MARCONDES, E. e GONÇALVES, E.L. (coord.) Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1988. p. 307-322.
 - 50) LAMPERT, J.B. O papel da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, no processo de implementação das diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina. In: Streit D et. al orgs. Educação Médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Rio de Janeiro: ABEM, 2012.Cap. 2, p. 31-58.
 - 51) DEWEY, J. A educação como função social. In: Democracia e Educação. São Paulo: Ed. Nacional, 1959, Cap. 2, p. 11-24.

- 52) DURKHEIM, E. A educação, sua natureza e função. In: Educação e Sociologia. São Paulo: Melhoramentos, 1978, Cap. 1, p. 33-56.
- 53) MOREIRA, C.O.F. Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey. Bragança Paulista, SP: 2002.
- 54) GADOTTI, M. O pensamento pedagógico renascentista. In: Histórias das idéias pedagógicas. 8ed. São Paulo: Ática, 1999. Cap. 5, p. 61-75.
- 55) ARANHA, M.L.A. A escola tradicional. In: Filosofia da Educação. São Paulo: Moderna, 1996. p. 157-162.
- 56) MIZUKAMI, M.G.N. Abordagem tradicional. In: Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986. Cap.1, p. 7-18.
- 57) BERNSTEIN B. On the classification and framing of educational knowledge. In: Young MFD (org). Knowledge and control: new directions for the sociology of education. 6ed. Londres: Collier Macmillan; 1980. P.47-69.
- 58) BOURDIEU P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- 59) BASTOS, LAM. A construção do mundo médico. In: Corpo e subjetividade na medicina: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. Cap. 2, p. 69-117.
- 60) CARAPINHEIRO, G. Fundamentos e formas de poder médico no hospital. In: Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1993. Cap. 3, p.165-205.
- 61) REGO, S. Educação médica: histórias e questões. In: A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) na mão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Cap. 1, p.21-44.
- 62) Da SILVA, T.T. Quem escondeu o currículo oculto? In: Documentos de identidade: uma introdução às teorias de currículo. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. Parte II, p. 77-81.
- 63) Zaidhaft, S.; Batista, A.D.; Rego, G.C. et al. O estudante de medicina e a morte. In: de Mello Filho, J. e col. Psicossomática hoje. Porto alegre: Artes Médicas, 1992. Cap. 5, p.57-61.
- 64) RIBEIRO, F.B. Aprendizado da biomedicina e encontro com o Outro- ideias introdutórias. In: Cataldo Neto, A, Antonello I, Lopes, MHI (orgs). O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à prática. 2 ed. Rev. Ampl. Porto alegre: EDIPUCRS, 2007. Cap.8, p. 71- 84.
- 65) Mello Filho, J. Concepção Psicossomática: visão atual. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 6 ed., 1991.
- 66) MILLAN, L.R. A assistência psicológica ao estudante de medicina no Brasil: notas históricas. In: MILLAN, L.R., De Marco, O.L., Rossi, E. et al. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

- 67) MUNIZ, J.R., CHAZAN, L.F. Ensino de Psicologia Médica. In: MELLO FILHO, J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. Cap.37-44.
- 68) NOGUEIRA MARTINS, M.C.F. Cuidando do futuro cuidador. In: DE MARCO, M.A. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: A casa do psicólogo, 2003. p. 87-92.
- 69) SERRA, S.T. *Psicanálise e medicina: uma interlocução histórica, de saber, de prática e de formação*. Dissertação (Mestrado), 2009. Instituto de Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- 70) LIMA-GONÇALVES, E. O processo de ensino-aprendizagem em medicina. In: Médicos e ensino da medicina no Brasil. São Paulo: EdUSP, 2002. Cap. 4, p. 183-241.
- 71) VILLELA, A.L.D'A.H. O desenvolvimento da identidade médica. In: MELLO FILHO, J.(org.). Identidade médica: implicações históricas e antropológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. Cap.4, p. 161-187.
- 72) ROJO, L.F. Os diversos tons de branco. Relações de amizade entre estudantes de medicina. Rio de Janeiro: Litteris editor, 2001.
- 73) ZONTA, R.; ROBLES, A.C., GROSSEMAN, S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Rev Bras Educ Med, vol. 30, n.3, 2006, p. 147-53.
- 74) BELLODI, P. L.; CHEBABO, R.; ABENSUR, S.I. et al. Mentoring: Ir ou não ir, eis a questão: um estudo qualitativo. Rev Bras Educ Med, vol. 35, n.2, 2011, p. 237-45.
- 75) QUINTANA, A. M.; RODRIGUES, A.T. ; ARPINI, D.M. et al. A angústia na formação do estudante de medicina. Rev Bras Educ Med, v. 32, n.1, 2008, p. 7 - 14.
- 76) SERRA, S.T. Tutoria e a possibilidade de construção da identidade profissional. In: MELLO FILHO, J.(org.). Identidade médica: implicações históricas e antropológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. Cap.5, p. 191-211.
- 77) Da COSTA, L.S.M.; PEREIRA, C.A.A. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de medicina. Rev Bras Educ Med, v. 29, n.3, 2005, p. 185-190.
- 78) FLECK, M.P.A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 1, 19-28.
- 79) NUSSBAUM, M.; SEN, A. The Quality of Life: WIDER studies in Development Economics. Oxford: Claredon press, 1993. 526 p.

- 80) MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 5, n.1, p.7-18; 2000.
- 81) De OLIVEIRA, I.B. Melhoria contínua nas organizações de prestação de cuidados de saúde. Publicação do Centro de Estudos de Management, Lisboa, 65 p.
- 82) INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E.N.S. e col. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap.1, p. 23-38.
- 83) SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar- a b r. 2004.
- 84) VENTEGODT, S; MERRICK, J.; ANDERSON, N.J. Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: an Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept . *TheScientificWorldJOURNAL*, v.
- 85) _____. Quality of Life Theory III. Maslow Revisited. *TheScientificWorldJOURNAL* v. 3, p. 3, 1050–1057, 2003.
- 86) HE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, v.10, p. 1403-1409; 1995.
- 87) FLECK, M.P.A; LEAL, O.F.; LOUZADA, S. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*, v.21, n.1, p. 19-28, 1999.
- 88) APOLONE, G.; MOSCONI, P. Review of the concept of Quality of Life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Nephrol Dial Transplant*, v.13, Suppl 1, p. 65–69, 1998.
- 89) FAGERLIND, H.; RING, L.; BRULDE, B. et al. Patients' understanding of the concepts of health and quality of life. *Patient Education and Counseling*, v. 78, p. 104–110, 2010.
- 90) GARLIKOV, R. Quality of Life. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, v.13, n. 3, p. 53–69, 2008.
- 91) CORCUFF, P. O construtivismo estruturalista de Pierre Bourdieu. In: *As novas sociologias: construções da realidade social*. Bauru, SP: EDUSC, 2001. Cap. 2, p. 46-67.
- 92) BOURDIEU, P. A gênese dos conceitos de *habitus* e de campo. In: *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- 93) THIRY – CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *RAP*, Rio de Janeiro, Jan./Fev. 2006, v.40, n.1, p. 27-53.

- 94) NOGUEIRA, M.A., NOGUEIRA, C.M.N. Entre o subjetivismo e o objetivismo: em busca de uma superação. In: Bourdieu e a Educação. 3 ed. Belo Horizonte: Autentica, 2009. Cap.1, p. 21-27.
- 95) BOURDIEU, P. Os três estados do capital cultural. In: NOGUEIRA, M.A. e CATANI, A. (org.). Escritos de Educação. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1998. Cap. 4, p.72-79.
- 96) MARTINS, C.B. A pluralidade dos mundos e das condutas sociais: a contribuição de Bourdieu para a Sociologia da Educação. Em Aberto, Brasília, ano 9, n.46, abr-jun., 1990.
- 97) DAFLON, F. Título Provisório – O movimento estudantil nas Ciências Médicas. São Paulo: Editora Quilombo, 1980. Introdução, p.13-20.
- 98) Lei nº 4151, de 04 de setembro de 2003. Institui nova disciplina sobre o sistema de cotas para ingresso nas universidades públicas estaduais e dá outras providências. [acesso em 14 junho 2012]. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/b24a2da5a077847c032564f4005d4bf2/e50b5bf653e6040983256d9c00606969?OpenDocument>
- 99) UERJ/SR-1/DSEA. Vestibular Estadual 2011. Edital de isenção da taxa de inscrição exames de qualificação. Publicado no DOERJ em 11/02/2010, pág. 20, Parte I. Acessado em 16/08/2010. Disponível em: http://www.vestibular.uerj.br/portal_vestibular_uerj/arquivos/arquivos2011/eq1/edita_l_isencao_tx_insc_vest_2011.pdf
- 100) Programa de Iniciação Acadêmica – PROINICIAR. Acessado em 16/08/2010. Disponível em <http://www.proiniciar.uerj.br/>
- 101) Avaliação qualitativa dos dados sobre desempenho acadêmico. Relatório ano 2011. UERJ. Acessado em 10/02/2013. Disponível em: <http://www.caiac.uerj.br/rel.pdf>
- 102) Levantamento de cotas 2012. Coordenadoria de Articulação e Iniciação Acadêmicas (CAIAC)/ Sub-reitoria de graduação (SR-1)/UERJ. Acessado em 10/02/2013. Disponível em: <http://www.caiac.uerj.br/Levantamento2012.pdf>
- 103) ARANHA, R.N., MACHADO, A.P.G., RANGEL, M. Censo MedUERJ 2011. Apresentação dos resultados preliminares no III Seminário de Aprimoramento Curricular promovido pela FCM/UERJ em dezembro de 2012.
- 104) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. Acessado em 10/02/2013. Disponível em: <http://www.lampada.uerj.br/fcm/dptos.htm>
- 105) MORENO, A.B., FAERSTEIN, E., WERNECK, G.L. et al. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da

- Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006 dez, **22** (12):2585-97.
- 106) KLUTHCOVSKY, A.C., KLUTHCOVSKY, F.A. WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Rev. Psiquiat. Rio Gd Sul[on line]. 2009, **31**(3), suppl. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>. Acessado em 22/04/2012
- 107) KRAGELOH, C.U., HENNING, M.A., HAWKEN, S.J. et al. Validation of the WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire for Use with Medical Students. Education for health, 2001, **24** (2): 1-5. [acesso em: 10 julho 2012]. Disponível em: <http://www.educationforhealth.net/>
- 108) PEREIRA, P.B. Bem-estar e busca de ajuda: um estudo junto a alunos de medicina ao final do curso. São Paulo, 2010. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 118 p.
- 109) Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de classificação econômica Brasil: dados com base no levantamento sócio econômico 2005 IBOPE* [online]; 2008. [acesso em: 3 maio 2012]. Disponível em: http://www.google.com/url?q=http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx%3Fid%3D250&sa=U&ei=sYaiT9vsLKS16AHNsY30CA&ved=0CA0QFjAE&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNF_9NTuOD6bfhX-L_6z4TsAgsN0Pw
- 110) BARBETTA, PA. Estatística Aplicada às Ciências Sociais. 7ed. Florianópolis: Ed ufsc, 2011, 320 p.
- 111) Sintaxe SPSS - WHOQOL - bref Questionnaire. [acesso em: 10 maio 2012]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol86.html>
- 112) BERLIN, M. T. ; McGIRR, A.; FIECK, M.P. Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? Psychiatry Research v.160, p. 364 -71, 2008.
- 113) MASSAD E., Menezes, R. X., Silveira, P.S.P. & Ortega, N. R. S., Métodos Quantitativos em Medicina. São Paulo: Editora Manole, 2004.
- 114) RUQUOY, D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: ALBARELLO, L. et. al. Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 2005. Cap. 3, p. 84-116.
- 115) MINAYO, M.C.S. O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde. 10 ed. SP: HUCITEC, 2007.
- 116) BARDIN L. Análise de Conteúdo. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.
- 117) GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo M.C.S. (org.) Deslandes S.F., Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 67-80.

- 118) CHAZAN, A.C.S.; SILVEIRA, L.M.C.; FAVORETO, C.A.O. Revisão de prontuário como estratégia de ensino-aprendizagem da medicina centrada na pessoa em um ambulatório universitário no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Jan-Mar; n.9, v.30, p.96-103, 2014.
- 119) HENNING, M.A., KRAGELOH, C., MOIR, F., DOHERTY, H., HAWKEN, S.J. Quality of life: international and domestic students studying medicine in New Zealand. ***Perspect Med Educ***, n.1, p. 129–142, 2012.
- 120) NOGUEIRA, M.A. A construção da excelência escolar: um estudo de trajetórias feito com estudantes universitários provenientes das camadas médias intelectualizadas. In: Nogueira, MA., Romanelli, G., Zago, N.(org.). **Família e Escola: trajetórias de escolarização em camadas médias e populares**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. P. 126-153.
- 121) DANILA, A.H. Eu, estudante de Medicina e o meu bem estar. *Cadernos ABEM*, v.6, p. 47-54, 2010.
- 122) PERRENOUD, P. Da prática reflexiva ao trabalho sobre o *habitus*. In: A prática reflexiva no ofício de professor. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 7, p. 141-168.
- 123) NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- 124) CAMPOS, E.P. Quem cuida do cuidador. Uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
- 125) MORIN, E. Ensinar a compreensão. In: Os sete saberes necessários à educação do future. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000. Cap. 6, p.93-104.
- 126) LEE, J.; GRAHAM, A.V. Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. *Medical Education* n.35, p.652–9, 2001.
- 127) COMPTON, M.T., CARRERA, J., FRANK, E. Stress and Depressive Symptoms/Dysphoria Among US Medical Students Results From a Large, Nationally Representative Survey. *J Nerv Ment Dis*.2008;196(12): 391-7.
- 128) STEINERT, Y. Faculty development: from workshops to communities of practice. *Med. Teach*, v.32, p.425-8, 2010.
- 129) BURDICK, W.; AMARAL, E.; CAMPOS, E.; NORCINI, J. Programas de desenvolvimento docente em escolas médicas: oportunidades e perspectivas – mais do que uma necessidade. ***Rev HUPE UERJ***, ano 11, supl., p.63-71, 2012.
- 130) BRASIL. PROGRAMA MAIS MÉDICOS: Lei 12.871, aprovada em 22 de outubro de 2013. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
- 131) AFONSO, D.H.; da SILVEIRA, L.M.C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. ***Rev HUPE UERJ*** 2012, ano 11, supl., p.82-86.

- 132) AFONSO, D.H. Educação à distância na formação pedagógica de preceptores: avaliando a construção de ambientes colaborativos. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 139 p.
- 133) CHAZAN, A.C.S.; SOBRINO, D.; AFONSO, D.H.; MOURA, A.T.M.S.; ASSUNÇÃO, A, SANTOS, M.A.A. O olhar dos estudantes sobre o O.S.C.E.: Relato da experiência acumulada em dois processos de avaliação formativa no internato. Comunicação Oral. COBEM, Joinville, 2014.

ANEXO 1 – Carta do Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE



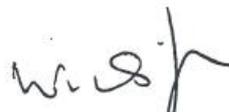
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 24 de abril de 2013

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof^a. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Prof^a. Ana Claudia Santos Chazan e
Dr^a. Mônica Rodrigues de Campos

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, aprovou a mudança no nome dos pesquisadores envolvidos no projeto e aprovou a emenda para a permissão do uso dos dados, relativo ao projeto (2580-CEP/HUPE – CAAE: 0039.0.228.000-10) "AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UERJ - UM ESTÍMULO À REFLEXÃO SOBRE O TEMA"


Prof. Wille Oigman
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE/UERJ

Recebido em 25/04/2013

Carla Emilia

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, 77 TÉRREO - VILA ISABEL - CEP 20551-030
TEL: 21 2587-6353 – FAX: 21 2264-0853 - E-mail: cep-hupe@uerj.br

ANEXO 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido 1**PESQUISA SOBRE QUALIDADE DE VIDA
DE ESTUDANTES DE MEDICINA – UERJ 2010**

Estamos realizando uma pesquisa sobre como é que os estudantes de medicina da FCM acham que está a sua vida **nas últimas duas semanas**. Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder um questionário.

Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física e emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de sua graduação e em nada influenciará caso você não esteja de acordo em participar.

Asseguramos que todas as informações prestadas por você são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. **A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas do grupo de participantes.**

Você tem o direito de não participar do estudo, ou de sair do mesmo em qualquer momento caso assim desejar. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Data: ___/___/2010

Entrevistado:

Pesquisadora: Ana Cláudia Santos Chazan – Profa. Assistente DMIF/FCM

ANEXO 3 – Instrumento utilizado na abordagem quantitativa



QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES DE MEDICINA – UERJ 2010



Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha dentre as alternativas, aquela que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, **responda todas as questões** e tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Você deve marcar "x" na que melhor representa sua resposta.

P1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1. Muito ruim 2. ruim 3. Nem ruim, nem boa 4. Boa 5. Muito boa

P1.

P2. O quanto você está satisfeito(a) com sua saúde?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito, nem insatisfeito 4. Satisfeito 5. Muito satisfeito

P2.

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (P3-P9)**.

1.Nada	2.Muito pouco	3.Mais ou menos	4.Bastante	5.Extremamente	→	1	2	3	4	5		
P3. Em que medida sente alguma dor física que o impede de fazer o que precisa?												P3.
P4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?												P4.
P5. O quanto você aproveita a vida?												P5.
P6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?												P6.
P7. O quanto você consegue se concentrar?												P7.
P8. O quanto você se sente seguro (a) em sua vida diária?												P8.
P9. O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?												P9.

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (P10-C-14)**.

1.Nada	2.Muito pouco	3.Médio	4.Muito	5. Completamente	→	1	2	3	4	5		
P10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?												P10.
P11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?												P11.
P12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?												P12.
P13. O quanto as informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis a você?												P13.
P14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?												P14.

P15. Quão bem você é capaz de se locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas ou deslocar-se com a ajuda de aparelhos ou cadeiras de rodas, nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS** ?

1. Muito mal 2. Mal 3. Nem mal, nem bem 4. Bem 5. Muito bem

P15.

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (P16-P25)**.

O quanto você está satisfeito (a)...	1.Muito insatisfeito	2.Insatisfeito	3.Nem satisfeito, nem insatisfeito	4.Satisfeito	5. Muito satisfeito	→	1	2	3	4	5		
P16. ...com seu sono?													P16.
P17. ...com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?													P17.
P18. ...com sua capacidade para o trabalho?													P18.
P19. ...consigo mesmo?													P19.
P20. ...com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?													P20.
P21. ...com sua vida sexual?													P21.
P22. ...com o apoio que você recebe de seus amigos?													P22.
P23. ...com as condições do local onde mora?													P23.
P24. ...com o seu acesso aos serviços de saúde?													P24.
P25. ...com o seu meio de transporte?													P25.

VIRE – POR FAVOR, RESPONDER TAMBÉM O VERSO.

A questão seguinte refere-se à frequência que se sentiu ou experimentou certas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

P26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1. Nunca 2. Algumas vezes 3. Frequentemente 4. Muito Frequentemente 5. Sempre

P26.	
------	--

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS:

P27: Qual é o seu sexo: 1. Masculino 2. Feminino

P27.	
------	--

P28: Qual é a sua Idade: _____ Anos

P28.	
------	--

P29: Qual é o Ano que você está cursando:

1. Primeiro 2. Segundo 3. Terceiro 4. Quarto 5. Quinto 6. Sexto

P29.	
------	--

P30: Renda Familiar aproximada (em reais): _____ Reais

P30.	
------	--

P31: Quantas pessoas, (adultos e crianças), com você, dependem dessa renda para viver? Não inclua empregados domésticos aos quais recebem salário. _____ pessoas

P31.	
------	--

P32: Você ingressou na UERJ através de cota de estudantes? 1. Sim 2. Não

P32.	
------	--

P33: Você tem em casa? Quantos?	Não tem	TEM			
		1	2	3	4 +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

P33:	Não tem	TEM				P33.
		1	2	3	4 +	
TV	0	1	2	3	4	A <input type="checkbox"/>
Rádio	0	1	2	3	4	B <input type="checkbox"/>
Banheiro	0	4	5	6	7	C <input type="checkbox"/>
Automóvel	0	4	7	9	9	D <input type="checkbox"/>
Emp mensal	0	3	4	4	4	E <input type="checkbox"/>
Máq de lavar	0	2	2	2	2	F <input type="checkbox"/>
Vídeo/DVD	0	2	2	2	2	G <input type="checkbox"/>
Geladeira	0	4	4	4	4	H <input type="checkbox"/>
Freezer	0	2	2	2	2	I <input type="checkbox"/>

P34: Grau de instrução do chefe da família:

0. Analfabeto/Primário Incompleto 1. Primário completo/Ginásio Incompleto
 2. Ginásio Completo/Colegial Incompleto 4. Colegial Completo/Superior Incompleto
 8. Superior Completo

P34.	
------	--

P35: Você faz tratamento continuado para alguma doença? 1. Sim 2. Não

P35.	
------	--

Em caso afirmativo, P36: Qual é a doença?: _____

P36.	
------	--

OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!!

VIRE – POR FAVOR, RESPONDER TAMBÉM O VERSO.

ANEXO 4 – Roteiros das entrevistas

Entrevista com os estudantes

- 5) Preenchimento da ficha de entrevista (anexo 5)

Bloco 1: Acolhimento na FCM

- 6) Como foi para você a Semana de Recepção aos Calouros? Os professores participaram? Você se sentiu acolhido?

Bloco 2: O cotidiano do estudante no curso de Medicina e sua QV

- 7) Você pode descrever um dia da semana em que você venha para a faculdade, desde a saída de casa até o retorno à mesma?
- 8) Como estudar medicina interfere na sua qualidade de vida? Você percebeu alguma mudança na sua QV depois de começar a estudar medicina? Você pode mencionar algumas coisas que você deixou de fazer e passou a fazer após iniciar o curso de medicina?

Bloco 3: Formação Pedagógica dos Professores e QV do estudante

- 9) Como você avalia de uma forma geral, as práticas pedagógicas dos professores da FCM?
- 10) Você pode dar exemplos de boas práticas pedagógicas dos seus professores? Não precisa citar o nome ou disciplina do professor.
- 11) Você pode dar exemplos de más práticas pedagógicas dos seus professores? Não precisa citar o nome ou disciplina do professor.
- 12) Em algumas dessas situações você procurou o apoio institucional? E como foi acolhido?
- 13) Como você considera que essas práticas pedagógicas, boas ou más, afetam a sua qualidade de vida?

Bloco 4: Relacionamentos interpessoais e QV do estudante

- 14) Como a relação com os professores de medicina interfere na sua QV? Você pode descrever alguma situação, sem citar nomes?
- 15) Como a relação com os colegas de medicina interfere na sua QV? Você pode descrever alguma situação, sem citar nomes?
- 16) Em algumas dessas situações você procurou o apoio institucional? E como foi acolhido?

Bloco 5: Desenvolvimento de competências médicas

- 17) Como a realização de atividades práticas durante o curso, afeta sua QV? Pode dar exemplo?
- 18) Como a relação com os pacientes interfere na sua QV? Você pode descrever alguma situação, sem citar nomes?
- 19) Em algumas dessas situações você procurou o apoio institucional? E como foi acolhido?

Fechamento

- 20) Para terminar: Quer dizer algo sobre a sua QV relacionada à formação médica que não tenha sido perguntado?

Entrevista com os docentes

- 5) Preenchimento da ficha de entrevista (anexo 5)

Bloco 1: Acolhimento ao estudante na FCM

- 6) Você tem conhecimento ou participação na Semana de Recepção aos calouros da FCM?
- 7) Como os estudantes são recebidos na sua disciplina? Pode descrever o primeiro dia de aula?
- 8) Você acredita que a forma de receber os alunos pode servir de experiência positiva para a formação deles?

Bloco 2: Formação Médica e QV do estudante de medicina

- 9) Você considera que o processo de formação médica seja capaz de modificar de forma substantiva a QV dos estudantes de medicina? Sim ou Não? Em caso positivo, em que aspecto? Em caso negativo, por que não?
- 10) Você já vivenciou algum processo de adoecimento de seus alunos? Você como médico e professor, vê alguma relação entre esses processos de adoecimento e a formação médica? Como foi lidar com a situação?

Bloco 3: Formação Pedagógica do Professor e Experiência Docente

- 11) Entre as funções pedagógicas, qual o seu maior desafio?
- 12) Você pode relatar alguma experiência docente em que foi necessário mudar a estratégia didática para atender as necessidades de aprendizagem da turma?

13) Você pode relatar alguma situação vivenciada no ambiente de ensino que:

te deixou feliz ou satisfeito com a atividade docente?

te deixou muito zangado ou irritado com a atividade docente?

te deixou desanimado ou inseguro com a atividade docente?

14) Você buscou apoio institucional para lidar com estas situações? Foi acolhido?

Fechamento

15) Para terminar: Quer dizer algo sobre Formação Médica e QV dos estudantes que não tenha sido perguntado?

ANEXO 5 – Fichas de entrevista

Entrevista com estudante número _____ data: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Cor/etnia (auto referida): _____

Estado civil: _____ Religião: _____

Naturalidade: _____ Bairro/Município em que reside: _____

Reside com a família? _____ Se positivo, quantas pessoas? Se negativo, com quem?

Escolaridade dos pais: _____

Forma de ingresso na faculdade: _____

Doença crônica em acompanhamento médico? _____ Qual? _____

Alguma atividade extra oferecida pela escola? _____ Qual?

Alguma Ocupação não relacionada à escola médica? _____ Qual? _____

Carga horária semanal? _____

Algum estágio extracurricular relacionado à formação, realizado fora da escola?

Carga horária semanal: _____

Entrevista com docente número _____ data: _____

Sexo: _____ Ano da Formatura: _____ Graduação na UERJ? _____

Especialidade médica: _____ na UERJ? _____

Mestrado: Sim/Não Área: _____ Doutorado: Sim/Não: Área: _____

Tempo (anos) de docência na FCM:

Carga horária dedicada a UERJ: _____ e à graduação: _____

Formação Pedagógica? _____ Qual?

ANEXO 6 – Termo de consentimento livre e esclarecido - Estudante

Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública

Pós-Graduação em Saúde Pública

Pesquisadora responsável: Ana Cláudia Santos Chazan

Telefone: 8106-8399

e-mail: anachazan@gmail.com

Orientadores: Mônica Rodrigues Campos e Carlos Otávio Fiúza Moreira

Você está sendo convidado (a) para participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada: “**Qualidade de vida de estudantes de medicina e formação médica**”, que visa à produção de uma tese de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ).

A referida pesquisa tem como objetivo geral conhecer as percepções dos estudantes da FCM/UERJ sobre a sua qualidade de vida e as relações desta com o ambiente de ensino-aprendizagem no percurso da formação médica.

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa como estudante do Curso de Medicina. Sua participação se dará por meio de uma entrevista de aproximadamente uma hora. Esta será gravada e, posteriormente, transcrita e armazenada em meio digital, mas somente terão acesso à mesma a pesquisadora e seus orientadores. Será preservado o seu anonimato e das pessoas que você eventualmente mencionar. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você poderá pedir todos os esclarecimentos sobre a pesquisa antes, durante e depois da entrevista, assim como poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, se julgar necessário.

O material coletado ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora e será utilizado na elaboração dos produtos (tese, artigos científicos) da referida pesquisa, que poderá ser divulgada em eventos científicos, preservando-se o anonimato das opiniões dos entrevistados. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Toda pesquisa baseada em entrevista tem o risco potencial de causar algum constrangimento, mas procuraremos minimizar este risco respeitando os limites individuais de cada participante. O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de poder refletir sobre sua QV e contribuir com informações que possam subsidiar ações para o aprimoramento da formação médica.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do Pesquisador Responsável – Doutoranda da ENSP/FIOCRUZ

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

ANEXO 7 – Termo de consentimento livre e esclarecido - Docente

Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública

Pós-Graduação em Saúde Pública

Pesquisadora responsável: Ana Cláudia Santos Chazan

Telefone: 8106-8399

e-mail: anachazan@gmail.com

Orientadores: Mônica Rodrigues Campos e Carlos Otávio Fiúza Moreira

Você está sendo convidado (a) para participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada: “**Qualidade de vida de estudantes de medicina e formação médica**”, que visa à produção de uma tese de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ).

A referida pesquisa tem como objetivo geral conhecer as percepções dos estudantes da FCM/UERJ sobre a sua qualidade de vida e as relações desta com o ambiente de ensino-aprendizagem no percurso da formação médica.

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa como docente do Curso de Medicina. Sua participação se dará por meio de uma entrevista de aproximadamente meia hora. Esta será gravada e, posteriormente, transcrita e armazenada em meio digital, mas somente terão acesso à mesma a pesquisadora e seus orientadores. Será preservado o seu anonimato e das pessoas que você eventualmente mencionar. Você pode decidir não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você poderá pedir todos os esclarecimentos sobre a pesquisa antes, durante e depois da entrevista, assim como poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, se julgar necessário.

O material coletado ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora e será utilizado na elaboração dos produtos (tese, artigos científicos) da referida pesquisa, que poderá ser divulgada em eventos científicos, preservando-se o anonimato das opiniões dos entrevistados. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Toda pesquisa baseada em entrevista tem o risco potencial de causar algum constrangimento, mas procuraremos minimizar este risco respeitando os limites individuais de cada participante. O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de poder refletir sobre sua função pedagógica e de contribuir com informações que possam subsidiar ações para o aprimoramento da formação médica.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do Pesquisador Responsável – Doutoranda da ENSP/FIOCRUZ

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863
cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

ANEXO 8 – Organograma da FCM

