

Os trabalhos que permitem esta publicação são resultantes de um movimento que teve início quando da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, pelo Ministério de Educação em Novembro de 2001. Essa proposta determinava uma verdadeira revolução no ensino médico, fundamentada na: inserção dos alunos nos serviços de saúde desde o primeiro semestre, alteração do enfoque das metodologias de ensino centradas no professor para as centradas no aluno, sistema de avaliação formativo e desenvolvimento de atividades interdisciplinares. Essa deliberação foi reforçada pelo Edital do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Ensino de Medicina (PROMED), proposto em Edital de 2002 através de convênio entre os Ministérios da Saúde, de Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde.



wwlivros



Adriana Machado, Carmem Lúcia Machado,
Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponté, Danilo Blank,
Elisabete Kasper, Jorge Alberto Buchabqui,
José Ricardo Pinto de Abreu, Luiz Henrique Alves da Silveira,
Maurem Ramos, Sandra Bertoldi,
Veralice Gonçalves e Waldomiro Manfrói

EDUCAÇÃO E SAÚDE: UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO

EDUCAÇÃO E SAÚDE: UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO



wwlivros

ARTIGOS DA EDIÇÃO

Um grupo de estudos com trocas de gostos, cheiros, texturas e sabor: mudança nas práticas educativas de professoras nutricionistas

Formação acadêmica e concepções de acidente e injúria em falantes do português: em busca de contrastes entre a língua cotidiana e línguas especializadas selecionadas

Proporção de ocupações na distribuição de recursos humanos dos centros de atenção psicossocial do Estado do Rio Grande do Sul

Tendências na formação do profissional nutricionista no Rio Grande do Sul

O discurso docente sobre o ensino da cardiologia na graduação médica na FAMED/UFRGS

O ensino de saúde pública prepara adequadamente o profissional da saúde?

Residência multiprofissional em saúde e avaliação do conhecimento do contrato didático

Contribuição do discurso psicanalítico para a formação médica: um estudo de caso na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas - necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas

Identificação e discussão do processo de produção/construção do conhecimento a partir das ações de extensão realizadas pelos professores da FAMED/UFRGS no período de 2000-2004

ORGANIZADORES

Waldomiro Carlos Manfrói
Carmen Lucia Bezerra Machado
Maurem Ramos
Danilo Blank

EDUCAÇÃO E SAÚDE: UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO

ORGANIZADORES

Waldomiro Carlos Manfro
Carmen Lucia Bezerra Machado
Maurem Ramos
Danilo Blank



wwlivros, 2015

Diagramação
Graziana Fraga dos Santos

Capa
Marcelo Spalding sobre quadro de Van Gogh

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E24 Educação e saúde: um caminho em construção /
organizado por Waldomiro Carlos Manfroi ... [et al.] -
Porto Alegre: wwlivros, 2015.
342 p. ; 16X23cm.

ISBN: 978-85-68175-04-0

1. Saúde 2. Educação em saúde I. Manfroi,
Waldomiro Carlos, org. II. Machado, Carmen Lucia
Bezerra, org. III. Ramos, Mauren, org. IV. Blank,
Danilo, org.

CDD 614 : 370

Bibliotecária Alexandra Naymayer Corso – CRB10/1099

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

A wwlivros (www.wwlivros.com.br), empresa contratada para edição e diagramação do livro, não se responsabiliza civil ou criminalmente pelo conteúdo e pelas opiniões expressas nos artigos.

Sumário

Apresentação	06
---------------------	----

Um grupo de estudos com trocas de gostos, cheiros, texturas e sabor: mudança nas práticas educativas de professoras nutricionistas

Maurem Ramos Waldomiro Manfroi Carmen Lucia Bezerra Machado	11
-------------------------------------------------------------------	----

Formação acadêmica e concepções de acidente e injúria em falantes do português: em busca de contrastes entre a língua cotidiana e línguas especializadas selecionadas

Danilo Blank Marcelo Zubarán Goldani Norma Regina Marzola	44
-----------------------------------------------------------------	----

Proporção de ocupações na distribuição de recursos humanos dos centros de atenção psicossocial do Estado do Rio Grande do Sul

Veralice Maria Gonçalves Valdeci Degiampietro Vaz Paulo Belmonte de Abreu	55
---------------------------------------------------------------------------------	----

Tendências na formação do profissional nutricionista no Rio Grande do Sul

Adriana da Silva Machado

Carmen Lucia Bezerra Machado

67

O discurso docente sobre o ensino da cardiologia na graduação médica na FAMED/UFRGS

Jorge Alberto Buchabqui

Marco Antonio Rodrigues Torres

116

O ensino de saúde pública prepara adequadamente o profissional da saúde?

Elisabete Kasper

Carmen Lucia Bezerra Machado

162

Residência multiprofissional em saúde e avaliação do conhecimento do contrato didático

Luiz Henrique Alves da Silveira

Paulo Roberto Antonacci Carvalho

Cristianne Maria Famer Rocha

206

Contribuição do discurso psicanalítico para a formação médica: um estudo de caso na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Sandra Gehling Bertoldi

Waldomiro Carlos Manfroi
Maria Nestrovsky Folberg 237

Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas - necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas

José Ricardo Pinto de Abreu
Waldomiro Carlos Manfroi
Carmen Lucia Bezerra Machado 266

Identificação e discussão do processo de produção/ construção do conhecimento a partir das ações de extensão realizadas pelos professores da FAMED/UFRGS no período de 2000-2004

Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte
Marco Antonio Rodrigues Torres
Carmen Lucia Bezerra Machado 304

Autores 324

Apresentação

Waldomiro Carlos Manfroi

Carmen Lucia Bezerra Machado

Os trabalhos que permitem esta publicação são resultantes de um movimento que teve início quando da publicação das *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*, pelo Ministério de Educação em Novembro de 2001. Essa proposta determinava uma verdadeira revolução no ensino médico, fundamentada na inserção dos alunos nos serviços de saúde desde o primeiro semestre, alteração do enfoque das metodologias de ensino centradas no professor para as centradas no aluno, sistema de avaliação formativo e desenvolvimento de atividades interdisciplinares. Essa deliberação foi reforçada pelo *Edital do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Ensino de Medicina (PROMED)*, proposto em Edital de 2002 através de convênio entre os Ministérios da Saúde, de Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde.

Para atender alguns itens do projeto que venceu uma das vagas do referido Edital, um grupo de trabalho formado pelos professores Waldomiro Carlos Manfroi (FAMED/UFRGS), Carmen Lucia Bezerra Machado (FACED/ UFRGS), Ronaldo Bordin (FAMED/UFRGS), Malvina Dorneles (FACED/UFRGS) e Eliana Cláudia Ribeiro (UFRJ) elaborou uma proposta de criação de Linha de Pesquisa Educação e Saúde nos Programas de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFRGS. Contando com apoio da Faculdade de Educação e de professores de outras instituições nacionais e internacionais, em 2004 a linha de pesquisa em Educação em Saúde foi aprovada nos dez Programas de Pós-Graduação já consolidados. A fundamentação da proposta sustentava-se nos seguintes objetivos e premissas: desenvolver pesquisas que propiciassem a produção de conhecimentos nas áreas de Educação e Saúde, em

nível de mestrado e doutorado; capacitasse os docentes para atender às necessidades de desenvolvimento da complexa formação de professores na área de saúde; desenvolver um processo de criação permanente de novos conhecimentos e novas experiência de ensino, visando, a curto prazo, à implementação de uma reforma curricular e, a longo prazo, à implementação de um Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Consolidada a atividade, as etapas do projeto, sob o título *Estratégias para a Implementação de um Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com apoio da Faculdade de Educação*, foi apresentado em vários congressos e publicado em revista de grande circulação, despertando o interesse de outras instituições à iniciativa.

Então, passados dez anos, uma pergunta se impõe: a proposta atingiu aos objetivos almejados? Em parte, pode-se afirmar que sim. Por exemplo, em nível local, a aprovação das dissertações ou teses de dezoto alunos (professores universitários e profissionais da saúde que atuavam como supervisores de estágio/residência), dez das quais compõem este livro, nos comprovam que, no campo do fazer acadêmico, os objetivos foram alcançados. Ressalta-se ainda que, da primeira turma (2004-2008), formada por 10 docentes da UFRGS e 2 profissionais ligados à rede de saúde, seis de mestrado e seis de doutorado, dez concluíram os créditos, bem como as defesas das suas dissertações ou teses. Dos dez docentes que ingressaram em 2008, seis concluíram os créditos e defenderam suas dissertações ou teses. Na UFRGS, depois da consolidação da linha de pesquisa Educação e Saúde, com apoio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, o grupo de docentes ligado à nova Linha de Pesquisa construiu uma proposta de Programa Interdisciplinar Educação e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para esta nova proposta, aderiram 26 docentes das Unidades da Saúde e da Faculdade de Educação, possibilitando que o projeto fosse enviado, em 2009, para a Câmara de Pós-Graduação.

Em nível nacional, a proposta de criação de uma Linha de Pesquisa Educação e Saúde em outros Programas de Pós-Graduação do Brasil

teve apoio, em 2006, da Associação Brasileira de Educação Médica e, posteriormente, em 2008, do Ministério da Saúde. Os resultados dessa ação conjunta possibilitaram que a CAPES implementasse, em 2010, os Editais Pró-Ensino na Saúde (Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado, Edital nº 24/2010) e Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (Edital nº 29/2010), permitindo que mais quarenta e cinco universidades brasileiras montassem seus programas específicos Pró-Ensino na Saúde.

Outro capítulo que nos interessa, neste momento, é a análise dos dez trabalhos provenientes das dissertações ou teses que compõem este livro, quanto ao perfil/referência anunciado e contemplado nos objetivos da proposta inicial. Ao analisarmos as metodologias utilizadas para a elaboração das pesquisas dos dez docentes, constata-se que a natureza qualitativa da abordagem que põe em diálogo coletas de dados empíricos quantitativos e qualitativos é uma constante. Quanto às temáticas, ainda que alguns tenham utilizado objeto de sua área profissional específica para o desenvolvimento dos trabalhos, em todos predomina o interesse pelas questões relacionadas às mudanças pedagógicas introduzidas pelas Diretrizes Curriculares do Ensino de Graduação na Área da Saúde. Consta-se ainda que mais do que cumprir uma norma, regra ou resolução, estas pesquisas respondem, também, às necessidades dos docentes ao realizarem suas atividades de ensino em saúde, visando à formação de profissionais condizentes com o Sistema Único de Saúde, em seus princípios.

Apresentação dos textos

Maurem Ramos, com o trabalho *Um grupo de estudos com trocas de gostos, cheiros, texturas e sabor: Mudança nas práticas educativas de professoras nutricionistas*, constrói um grupo de trabalho que tem o objetivo de difundir os conhecimentos relacionados às Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde, visando ao aprimoramento das práticas das docentes nas suas unidades, ao problematizar o trabalho docente de quem ao ensinar começa a perceber as fragmentações e distanciamentos entre as disciplinas e sub-áreas do conhecimento de nutricionistas.

Danilo Blank, no seu trabalho *Formação acadêmica e concepções de*

acidente e injúria em falantes do português: em busca de contrastes entre a língua cotidiana e línguas especializadas selecionadas, se aprofunda nos conhecimentos de novas metodologias de ensino e de comunicação, visando a um melhor desempenho de suas ações junto à comunidade acadêmica, particularmente na área de sua atuação e na interface com os profissionais que atuam e formam a quem atende crianças vítimas de acidente ou injúria, no Brasil, bem como das implicações de sentidos atribuídos aos termos na comunicação que se estabelece com na formação universitária inicial.

Veralice M. Gonçalves, no seu trabalho intitulado *Proporção de ocupações na distribuição de Recursos Humanos dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio Grande do Sul*, faz um levantamento histórico desses importantes centros, bem como as suas principais atuações e condições de trabalho. Ao indagar sobre as condições de trabalho dos profissionais da saúde utilizando o banco de dados DATASUS, abre caminhos para outros estudos e para o ensino destes usos.

Adriana Machado, com seu trabalho *Tendências na formação do profissional nutricionista no Rio Grande do Sul*, faz um levantamento sobre que estágios se encontram os Cursos de Nutrição da Grande Porto Alegre, quando relacionados com as deliberações das Diretrizes Curriculares.

Jorge Alberto Buchabqui, em sua tese intitulada *O discurso docente sobre o ensino da cardiologia na graduação médica na FAMED/UFRGS*, reflete sobre o discurso docente, onde emergem questões a respeito da existência de um padrão discursivo legitimado, orientado pelos ideais do que seja ser médico e pelos modelos de identificação ao realizar a prática médica no hospital geral universitário (HCPA). Tendo ferramentas de Michel Foucault como referência, observa que diferentes discursos podem coexistir com intensidades diferentes de poder. Assim, interessa ao artigo conhecer o sujeito falante, no qual são identificadas características do sujeito da educação tradicional, e as do sujeito da educação por si. Através de entrevistas com estes docentes, o artigo aborda como se constituíram professores, como identificam suas trajetórias e quais suas perspectivas futuras enquanto docentes e médicos (e por vezes gestores), com o intuito de ampliar conhecimentos e discussões sobre o tema,

com vistas a colaborar para a promoção de um ensino médico com formação pedagógica qualificada e profissionais críticos e reflexivos.

Elisabete Kasper, por meio de sua tese intitulada, *O ensino de saúde pública prepara adequadamente o profissional da saúde?*, avalia o grau de conhecimento que os alunos de graduação da Área da Saúde possuem sobre Saúde Pública. Realiza um movimento de quantificação por locais de ensino e por cursos e aprofunda o estudo por meio de entrevistas com 16 profissionais de saúde. As metodologias de ensino foram um dos aspectos que fazem a diferença neste processo de formação.

Luiz Henrique Alves da Silveira, com sua dissertação, *Residência Multiprofissional em Saúde e Avaliação do Conhecimento do Contrato Didático*, utiliza os passos do Contrato Didático para reformular o ensino da sua área de atuação no Grupo Hospitalar Conceição. A metáfora sustenta a escritura da dissertação. A arte e as cartas de Van Gogh mostram o que a aparente neutralidade da ciência busca encobrir quando da realização de curso de residência multiprofissional.

Sandra Gehling Bertoldi, na sua dissertação intitulada *Contribuição Do Discurso Psicanalítico Para A Formação Médica. Um Estudo de Caso na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas*, analisa a importância das atividades integradas da extensão e da monitoria para o ensino de graduação.

José Ricardo Pinto de Abreu, com sua dissertação *O Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas - necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas*, compara instituições que mantêm o ensino tradicional com as que introduziram propostas curriculares inovadoras, bem como de que necessidades as instituições precisam para desenvolver propostas com Metodologias ativas de Ensino.

Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte, com o trabalho intitulado, *Identificação e Discussão do Processo de Produção/Construção do Conhecimento a Partir das Ações de Extensão Realizadas pelos Professores da FAMED/UFRGS no Período 2000-2004*, nos apresenta os diversos aspectos de integração entre ensino/pesquisa/extensão desenvolvidas pelos professores de medicina, vinculados às atividades do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Um grupo de estudos com trocas de gostos, cheiros, texturas e sabor: mudança nas práticas educativas de professoras nutricionistas

Maurem Ramos

Waldomiro Manfro

Carmen Lucia Bezerra Machado

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei 9.394, LDB) e as Diretrizes Curriculares (DC) para os diversos Cursos de Graduação oficializaram a necessária reforma da Educação e do ensino superior no Brasil. No caso da Graduação em Nutrição a DC consolidou de forma ampliada o que vinha sendo debatido para aperfeiçoar a formação do nutricionista desde a criação da Comissão de Estudos sobre Programas Acadêmicos em Nutrição e Dietética da América Latina (CEPANDAL), da década de 1970, época da aprovação do segundo currículo mínimo dos cursos de nutrição.

O então Currículo Mínimo já nasce marcado pelo tecnicismo, pela valorização das especialidades, conteúdos de forma fragmentada, com distanciamento entre teoria e prática. Da década de 1970 até início da década de 1990, Costa (2001) divide em três momentos as discussões na formação acadêmica do nutricionista. No primeiro momento os debates privilegiaram as dimensões formais dos currículos, principalmente carga-horária, disciplinas e conteúdos, mas não se discutiu o fazer pedagógico, a metodologia de ensino. No segundo momento houve recomendação de aumento do número de cursos, integração no ensino, reorganização do currículo e avanço nas discussões profissionais para a dimensão político-social. Em um terceiro momento, começou-se a

discussão das competências do nutricionista, reiterou-se a lacuna entre teoria e prática, que já se materializava na década de 1980, e que continuou sem avanço na perspectiva teórico-metodológica da análise do trabalho do nutricionista.

Por que mudar?

A mudança na formação e no trabalho em saúde é um processo em construção, reconhecido como necessário pelos vários segmentos relacionados, mas, infelizmente, subordinado ao contexto político e das relações de poder interno e externo às instituições responsáveis. Provavelmente esta é uma das razões pela qual desde a década de 1970 a mudança de paradigma no ensino em saúde vem sendo discutida.

Esta discussão se amplia após a Conferência de Ottawa, em 1986, com a inclusão da proposta de promoção da saúde, que passa a exigir o rompimento do modelo hospitalocêntrico (LAMPERT, 2002). Este processo de mudança objetiva melhorar a saúde da população brasileira, formando profissionais que deem conta das demandas do Sistema Único de Saúde, com o seu fortalecimento e a garantia do direito a saúde de forma integral, equânime e universal. No Brasil a Lei 8.080, de 1990, deixa claro em seu Artigo 3º que um dos fatores determinantes da saúde é a alimentação. Nesta perspectiva, o nutricionista é o profissional cuja formação deve orientar-se para cumprir de forma adequada as demandas referentes às questões de alimentação e nutrição, e deve-se conferir a este profissional, no contexto da saúde brasileira, o “suporte técnico-científico, humanístico e político para o exercício profissional de maneira consciente e competente” (RIGON, TOMASETTI, BARRETO, 2003, p.38).

Ainda há um desencontro entre o ensino feito nas formações da saúde e as necessidades que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde. No caso da formação do nutricionista há muita ênfase, ainda, na nutrição voltada para atenção dietoterápica ou clínica, hospitalar ou ambulatorial e para a gestão de serviços de alimentação. A qual é responsável pela produção de refeições, sem vinculação com a saúde e a política de promoção da alimentação saudável, em detrimento de

uma formação na nutrição social que prepara mais especificamente o nutricionista para sua inserção na atenção primária em saúde. Este nível de atenção vai além da intervenção curativa e se encaminha para atuação que envolva as necessidades básicas de saúde que, “em particular no Brasil, incluem as condições sanitárias (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, informação em saúde (...), demandas relacionadas com ações clínicas (...) de prevenção e de recuperação” (LAMPERT, 2002, p.168).

Por que dificuldades e possibilidades?

As dificuldades nas mudanças curriculares na área da saúde, segundo Feuerwerker (2003), são decorrentes da capitalização da saúde, de interesses corporativos – ao menos no caso da medicina - e do que esta autora chama de “ideal de prática”: a formulação no imaginário dos alunos, do profissional com prática privada de consultório. Este “ideal de prática” ocorre com o acadêmico da nutrição também, que além do consultório, aponta como prováveis locais de atuação hospitais e clínicas, conforme aponta De Negri, Ramos, Hagen (2011). Feuerwerker (2003) registra ainda entre as dificuldades aqui tratadas, a complexidade da instituição universidade, as diferentes identidades profissionais como pesquisador, docente ou assistente, na modalidade de inserção acadêmica em termos de relações de trabalho e os vínculos e identidades fora da universidade, como profissional na prática docente e como profissional na prática do serviço assistencial.

Realidade muito comum no contexto da formação do nutricionista, onde a atuação no ensino em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas é muito grande devido ao número de cursos oferecidos. É possível estimar que a maioria dos professores envolvidos dividem esta atividade com a da assistência, por terem contrato de trabalho por horas de ensino (professores horistas).

Na autoavaliação do processo de formação do nutricionista (CIVITAS, 2000), comandada pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) no final da década de 1990, um dos questionamentos originado foi sobre o perfil dos professores protagonistas do processo de trans-

formação referente às recomendações da CEPANDAL e da LDB. Este documento deixa claro que “cabe aos professores papel fundamental no processo de formação e que é preciso prepará-los segundo as modernas teorias educacionais” (CIVITAS, 2000, p. 36). O documento aponta para a necessidade de formar professores com comportamento reflexivo e com competências orientadas por um processo permanente de formação e autoformação. Esta condição é essencial para que este professor possa pensar

novas formas de organização curricular, que superem a fragmentação hoje existente, bem como em novas metodologias de ensino, de avaliação da aprendizagem, de utilização dos modernos recursos da tecnologia da informação e da comunicação (CIVITAS, 2000, p. 37).

Do documento resultante da oficina que discutiu “Estratégias para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Nutrição” (Rigon, Tomasetti, Barreto, 2003, p.40), durante o V Congresso Nacional da Rede Unida, encontra-se entre as propostas recomendadas: “propiciar educação permanente dos docentes dos cursos de nutrição” visando, entre outras sugestões, o preparo dos docentes para a utilização de metodologias ativas de ensino e a formação humanista dos profissionais. No caso de metodologias ativas, o professor deve permitir que o estudante seja o protagonista de sua aprendizagem, o que de acordo com a metáfora de Anastasiou e Alves (2003), apropriada para o contexto deste estudo,

(...) na ensinagem, o processo de ensinar e apreender exige um clima de trabalho tal que se possa saborear o conhecimento em questão. O sabor é percebido pelos alunos quando o docente ensina determinada área que também saboreia, na lida cotidiana profissional e/ou pesquisa, e a socializa com seus parceiros na sala de aula (p. 15)

Existem estratégias conhecidas para este processo. Em sua maioria, trabalham com a problematização, partindo de uma situação real da prática social ou criada pelo professor na maioria das vezes, com base na sua experiência na assistência ou ainda, um grupo organizado de professores que tem esta tarefa no interior dos cursos. Está sendo utili-

zada na formação em saúde a metodologia da problematização (Berbel, 1998, Freire, 2003, 2005) ou a estratégia conhecida por PBL (do inglês Problem Basic Learning), aprendizagem baseada em problemas (Venturelli, 2003). Anastasiou e Alves (2003) oferecem, na perspectiva de metodologias ativas, para o processo do que elas chamam de “ensinagem”, várias estratégias. Não se tratando de receita pronta, incentiva-se o professor ou a professora a tomá-las como exemplo e criar suas próprias estratégias de acordo com o contexto de cada situação de ensinagem.

Ainda, segundo Rigon, Tomasetti e Barreto (2003), as ciências humanas e estratégias de ensino-aprendizagem, auxiliam o docente a incorporar aos conhecimentos de sua área técnica-científica formas de despertar no discente a leitura e a interação com a realidade, conhecendo e atuando a partir dela, com clareza de objetivos, proporcionando uma prática significativa.

Enfatizando a prática educativa dos professores nutricionistas, as ideias trazidas pela dissertação de Kopruszynski (2003) demonstram que os professores por ela entrevistados optaram pela carreira docente, mas não reconhecem a formação docente como parte do seu cotidiano, sendo que recorrem aos recursos didáticos pedagógicos, através de bibliografia específica, somente quando necessário. Isso demonstra que não há o estabelecimento de pressupostos teóricos da educação no seu fazer. Recomenda a autora, a importância de se levar o professor nutricionista a refletir sobre sua prática profissional docente, através de sua atualização pedagógica. Registra que, nesta perspectiva, “tomar o exercício docente como campo de investigação, assumindo a produção do conhecimento sobre a própria prática, constitui um eixo norteador desse processo”. Kopruszynski(2003, p. 99).

Acredita-se nas ideias de Zabala (1998), que a prática educativa é “um conjunto de atividades ordenadas, estruturadas e articuladas para realização de certos objetivos educacionais, que têm um princípio e um fim conhecidos tanto pelos professores como pelos alunos” (p. 18), ou ainda como Carr, (1996), é “um esquema teórico que é, ao mesmo tempo, constitutivo desta prática e o meio de entender as práticas educativas de outros” (p. 73). Nas palavras deste autor, este esquema teórico é uma maneira de pensar a aprendizagem compartilhada com outros professo-

res. Mantém-se pela tradição e por práticas onde tem se desenvolvido e evoluído. É uma ação intencional e consciente carregada de crenças sobre o seu fazer, em que situação fazer e o que deseja conseguir.

Proposta metodológica

A pesquisa-ação foi a opção metodológica empregada para a implementação deste estudo, considerando a sugestão da bibliografia internacional e nacional (FRANCO, 2005; CARR, 1996; GRABAUSKA, DE BASTOS 2001; KEMMIS E WILKINSON 2002; KEMMIS E MCTAGGART, 1992). A pesquisa-ação é uma atividade de grupo que investiga de forma coletiva as práticas sociais e, a partir da sua compreensão e das situações em que se encontram, melhorá-las. Na educação, desenvolve profissionalmente a docência, aperfeiçoando currículos e encaminhando solução para problemas que surgem em situação de trabalho (KEMMIS E MCTAGGART, 1992). O processo de pesquisa-ação é descrito como uma sucessão de passos, que se caracteriza como uma espiral de ciclos: planejamento de mudança, ação, observação e consequências da mudança, reflexão do processo e consequências, novo planejamento (em Paulo Freire seria o equivalente a ação-reflexão-ação). Para Tripp (2005), pesquisa-ação é um tipo de investigação-ação, termo genérico para “qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela” (p. 03).

Construção, obtenção e análise dos dados

Registrou-se em áudio todos os encontros do grupo, que foram posteriormente degravadas e transcritas em editor de texto. Através da análise textual discursiva (MORAES, 2003) emergiu as categorias analíticas, fruto do diálogo entre o referencial teórico e os dados.

Buscou-se através da interpretação das categorias analíticas, entender se os objetivos da proposta foram alcançados, assim como descrever e explicar as questões mais relevantes surgidas durante o processo da pesquisa-ação, que retratam o tanto das preocupações, das dificuldades,

das gratificações e motivações que constituem o fazer das professoras do grupo.

Formação docente

O processo ocorreu através de doze encontros, quando as oito professoras nutricionistas se reuniam, quinzenalmente aos sábados pela manhã. Convidadas de diversos cursos de graduação e residência multiprofissional, para que, através da reflexão das suas práticas educativas fossem identificando dificuldades, dúvidas e descortinando suas ansiedades através do processo dialógico.

Este processo se caracterizou como grupo de estudo que a partir das indagações da prática, produziu teorizações ora com ajuda da bibliografia, ora somente via saberes de cada uma, através de trocas de experiências. No entanto, houve poucas ações específicas planejadas para lidar com as dificuldades identificadas, conforme o entendimento dos diversos autores (FRANCO, 2005; CARR, 1996; KEMMIS E MCTAGGART, 1992, KEMMIS E WILKINSON 2002, TRIPP 2005).

As professoras

Todas as professoras são formadas no Rio Grande do Sul, algumas ainda na década atual e outras há mais de vinte anos. As mais antigas tiveram (e têm) experiência profissional na assistência antes de tornarem-se docentes. Do grupo somente uma é doutora, quatro são mestres, e as outras três são especialistas. A disciplina “Metodologia do Ensino Superior” (ou outras semelhantes) foi a formação pedagógica específica para a docência, através dos programas de pós-graduação.

O grupo se constituiu de forma muito rápida e fácil, provavelmente porque muitas já se conheciam, por terem trabalhado juntas ou por terem tido uma relação professora/aluna entre as mais novas e aquelas com mais tempo de docência. Madalena Freire (1992, 2008) registra que “a vida de um grupo tem vários sabores” (p.65), a comida nos diz ela, é um instrumento que facilita a interação. Neste grupo, o sentido de se reunir como professoras de nutrição passou obrigatoriamente por cate-

gorias como alimento, alimentação e nutrição. Mas todos os encontros eram literalmente regados a café e a chimarrão e “lanchinhos”. Dividir a comida é um facilitador na constituição de um grupo, segundo Madalena Freire (2008):

A comida é uma atividade altamente socializadora num grupo, porque permite a vivência de um ritual de ofertas. Exercício de generosidade. Espaço onde cada um recebe e oferece ao outro o seu gosto, seu cheiro, sua textura, seu sabor (p. 105).

Considerações sobre os encontros

Em cada encontro, houve desabafo das dificuldades, mas também das possibilidades de mudanças da prática educativa das professoras em âmbito geral. Ainda que este espaço tivesse sido pensado como mais um momento de reflexão da ação educativa das professoras em sala de aula, tornou-se, desta forma, ainda mais amplo.

É sabido que o professor submetido a situações novas, não experienciadas e sem similaridade com as anteriores, é forçado a criar soluções inéditas. Isto se torna possível pelo ato de refletir, no qual o indivíduo pode, a partir de comparações e de ajustes de procedimentos usuais, alcançar uma forma nova de ação para a solução de novos problemas. Assim, com lastro nos autores consultados, indica-se neste trabalho a extrema relevância da reflexão na prática educativa do professor para a formação de profissionais reflexivos. De forma disseminada, o que se tem atualmente, são profissionais da área da saúde levados a aplicar soluções estritamente técnicas para resolver problemas que sempre lhes foram apresentados de forma bem estruturada. Entretanto, na vida real os problemas não se apresentam dessa maneira tão simplificada: exigem do profissional mais do que procedimentos dados a priori, ou ações e atitudes resultantes da rotina que se constituíram hábito. Ilustra isso as falas das professoras do grupo, em que reconhecem que os nutricionistas, de maneira geral e em suas práticas de rotina, não costumam refletir sobre o seu fazer e que, pela formação tecnicista que tiveram, caracterizam-se como “tarefeiros”. Por essa razão é que os encontros se caracterizaram como um momento privilegiado para a reflexão das

práticas educativas das professoras, o que foi uma constante no decorrer do trabalho do grupo.

Discutindo o processo e entendendo a prática educativa das professoras

A formação das professoras nutricionistas foi o mote desta proposta, acreditando que este processo de formação, além de contribuir para mudanças nas suas práticas educativas, fruto do processo dialógico entre o conhecimento já produzido e dos saberes resultantes da reflexão sobre estas práticas, resulte um novo conhecimento. Considerando que para Jovchelovitch (2008) “todo o conhecimento corresponde a uma relação entre pessoas e seu ambiente, que é tanto social quanto natural” (p. 259), para essa autora os sistemas de saber resultam de elementos intersubjetivos, representando mundos subjetivos, intersubjetivos e objetivos, por esta razão são sempre importantes.

Organizou-se os saberes resultantes de acordo com as categorias que emergiram da análise do material produzido durante o período em que ocorreram os encontros. As falas das professoras estão enumeradas conforme surgem no texto.

Constatação da necessidade de formação docente

A necessidade de formação do docente universitário está bastante documentada na bibliografia geral e, específica em estudos sobre a formação do nutricionista (ISAÍÁ, BOLZAN, 2004; PIMENTA, ANASTASIOU, 2002; FRANCO, KRAHE, 2003; COSTA, 2001 RIGON, TOMASETTI, BARRETO, 2003; KOPRUSZYNSKI, 2003; SILVA, 2001; SOARES, 2007; PEDROSO, 2006; PARANÁ, 2004; PINTO, 2006; FAGGE, 2002). Entretanto, mesmo já existindo experiências brasileiras positivas relatadas ainda não é uma cultura construída nas Instituições de Ensino Superior (IES), provavelmente porque a LDB (Lei nº 9.394), em termos de formação pedagógico-didática do professor do nível superior, não registra nada além de que ele deve ter competência técnica. (MACHADO, MANFRÓI, 2005; STEDILE, 2005; MELLO, COSTA, MOREIRA, 2005)

Mas, em termos de avaliação, principalmente a institucional, a falta daquela exigência se reflete, quando se avalia desempenho do professor incluindo o didático (MOROSINI, 2001).

Na área da saúde, na qual o processo de ensino e aprendizagem necessita tomar outro rumo, rompendo com a “educação bancária” e a lógica biologicista e tecnicista, a formação docente é essencial para a mudança desta concepção dominante, a fim de preparar o professor para a esperada reorientação na graduação, com uma outra visão de homem e de mundo.

No diálogo entre as professoras do grupo deste estudo, a fala de uma das professoras mostra o reconhecimento da necessidade de formação para o professor do ensino superior, pois “o profissional, aquele formado para ser técnico, vira docente da noite para o dia.” (Professora 1)

Como refere Grillo e Mattei (2005), “Adormeci fisioterapeuta (ou nutricionista, ou médico, ou...) e acordei professor; o que faço agora?” (p. 99), as autoras mostram muitas questões recorrentes que demonstram dificuldades, como algo central da profissão docente, bem como identidade profissional muito fragilizada enquanto professor. A qual se fundamenta do significado social e pessoal do “ser professor” cujos referenciais são construídos, reconstruídos e transformados pela reflexão de sua prática. Bastava ser um bom profissional para atender ao ensino da graduação (PIMENTA, ANASTASIOU, 2005).

A exigência de ter formação pós-graduada para ser professor não melhora a questão de preparo docente, porque invariavelmente é oferecida somente uma disciplina da Educação, como Metodologia do Ensino Superior, ou semelhante (com carga horária de sessenta horas o que equivale a quatro créditos), como se isto fosse o suficiente para preparar este professor para as demandas da prática educativa do ensino superior. Além disto, conforme a fala da professora “somos preparados para ser pesquisador e não professor.” (Professora2) Na realidade brasileira, o que a Instituição universidade quer, e espera do professor é sua produção como pesquisador, ficando a nobre função de ensinar em segundo plano.

Retomando a identidade profissional docente, o que a torna também

mais frágil é a ambiguidade em ser professor ou profissional assistente, papel dado pelo curso de bacharelado, como constatado na seguinte fala: “a docência é um mercado de trabalho que é compartilhado com a atuação do nutricionista.” (Professora 3)

Foi o alerta de Feuerwerker (2003), registrado anteriormente como uma das dificuldades nas mudanças curriculares. Mas, neste grupo de professoras, embora exista esta situação, foi clara a constatação da necessidade e importância da formação docente. “Eu vi que as inquietações e interrogações são diversas, mas muito parecidas no grupo. O fato de estarmos com este objetivo, que nós queremos mudar, aqui já mostra sintonia no grupo.” (Professora 4)

É o que revela o estudo de Grillo e Mattei (2005), que afirmam que de alguma forma o professor em um determinado momento na vivência da sua prática educativa deseja melhorar o seu fazer e procura ajuda para qualificá-la com algum tipo de formação ou de estudo. Ilustro com a declaração da professora a necessidade de melhorar-se:

A gente tem uma frustração assim, o que eu tenho pensado com tudo isso, é claro a gente lê, mas tipo assim eu quero ser um professor maravilhoso né, que ensina, que aprende junto, que faz com que o aluno aprenda, eu quero aprender. (Professora 5)

Identificou-se nas conversações do grupo, em muitas oportunidades, que as relações de trabalho na prática educativa, as interações pessoais, os sentimentos, as crenças e valores das professoras se confundem entre pessoa e profissional. Desta forma a escola passa a ser, como nas palavras de Freire, em publicação de Streck, Redin, Zitkoski (2008):

O lugar onde se faz amigos (...). Escola é, sobretudo, gente, gente que trabalha, que estuda, que se alegra, se conhece, se estima.....na medida que cada um se comporte como colega, amigo, irmão....é também criar laços de amizade, é criar ambiente de camaradagem, é conviver, é se amarrar nela! (p.68).

Como exemplo, relata-se a preocupação de uma das professoras que percebe as relações no local de trabalho tal qual, nas palavras de Freire,

é tão importante relações de trabalho, tanto quanto relações pessoais, porque olha se essa gente não tem uma boa relação de trabalho... é o que nos ajuda, se tem uma colega em dificuldade as outras ajudam.”
(Professora 6)

Quando há “um amarrar-se nela” (Freire, 2003), a necessidade de deixar para trás as conquistas, quando se faz mudanças de local de trabalho e tem que enfrentar nova realidade, perdas, novo grupo de pessoas, novas estruturas, relações afetivas, há sofrimento que precisa ser enfrentado e conforme a professora,

o amadurecimento prepara para este enfrentamento, quando a gente vai ficando mais velha ou mais experiente a gente também vai se despindo mais, então hoje não tenho esse constrangimento, assim então dos meus medos, das minhas inseguranças. (Professora 7)

Esta é a situação de muitos docentes, ademais as dificuldades de novas relações, mesmo sem mudança de local de trabalho, mas com a inserção de novos colegas. Há um isolamento no trabalho docente e no enfrentamento de suas dificuldades acadêmicas e pessoais (ISAÍÁ, 2001). Isolamento, muitas vezes produzido pela estrutura e pela situação legal de trabalho, ou mesmo pela forma como o grupo se coloca frente ao professor mais novo, ou aquele - como no caso das públicas - que tem contrato por tempo determinado (como professor substituto). Assim se expressa uma das professoras: “É bom trabalhar com quem tu confias, tu não precisa estar dando satisfação do que tu falaste para outra pessoa porque ela te conhece, ela sabe que tu não está agindo de má fé...” (Professora 8)

Quando há esta confiança nos relacionamentos interpessoais, constroem-se sentimentos de segurança entre as pessoas e estas se sentem pertencentes ao grupo. Neste caso, a relação passa a ser parental, sem deixar de existir conflitos, que ao (e se) ocorrer sua superação, levaria o grupo e seus membros a evoluir e amadurecer. Localiza-se este amadurecimento como de extrema importância na prática educativa porque não são raras as perdas que acontecem, e por diversas razões, inclusive aquelas no interior da própria prática.

As relações interpessoais no trabalho ajudam também no apoio social de muitos profissionais e, quando se mantém esta dimensão, o grupo pode em muitos momentos tornar-se terapêutico e superar a chamada “docência solitária” (ISAÍÁ, 2001) imposta pela estrutura do ensino superior. A Professora mostra os muitos momentos de insatisfação e angústia que passa o professor no seu cotidiano:

(...) Eu canso de sair da sala e dizer ai gurias que aula horrível que eu dei hoje, digo porque as vezes eu dou aula me sentindo um homem, me preparei e me organizei e não deu nada certo, o aluno fez cara feia para mim e eu pensando que horror de professora eu sou né... (Professora 9)

Quando o fazer preocupa, é frustrante, desanima dado o resultado das relações com os estudantes, mesmo assim uma das professoras expressa:

...que não deixa de ser afetivo né, da questão afetiva que a gente estava falando antes, ele se sente tão compromissado, eu acho que é resultado da relação afetiva, ele vai ser ele honestamente assim, com abertura. (Professora 10)

Mas é também, ao mesmo tempo, gratificante, fonte de alegrias, felicidade, de aprendizado. E se estes sentimentos incomodam (frustrações), causam desconforto, é por querer-lhes bem e acima de tudo por que se quer a realização do nosso fazer. É também nesta perspectiva, que não se pode ignorar as aflições dos estudantes, não se pode deixar de escutá-los, de observá-los e tentar entender, como chama atenção a professora, “o aluno que mais se expõe é aquele que quer atenção” (Professora 11).

Então, devemos pensar como em Freire (2003), mesmo não sendo terapeuta ou assistente social, sou gente, isto acontecendo, como educador preciso buscar entender, escutar e não me fechar a sua inquietação e sofrimento.

Da mesma forma que a escola constrói alegria e felicidade, produz sofrimento. Por ser lócus de amigos, irmãos, o compartilhamento deste sentimento é atenuado e neste mesmo sentido as professoras do grupo, reconhecendo as angústias, também se sentiram confortadas, como registrado por uma delas: “sendo as inquietações as mesmas, é bom saber

que a gente sofre igual.” (Professora 12)

Há uma dimensão de angústias e preocupações advindas daquilo que Feuerwerker (2003) apresenta como dificuldade nas mudanças da formação dos profissionais da saúde, os modos de vinculação ou contratação do professor(a) com a instituição, que foi verificado durante este processo como apresenta-se na seguinte fala: “Existe uma lei para mudança no ensino, mas ela é muito lenta nas instituições; como romper com modelo de forma isolada se o contexto, instituição, não apóia ou até impede...” (Professora 13)

O grupo dialogou sobre o papel da universidade na mudança curricular e considerou que os professores instituem o que está instituído e, talvez, não de forma isolada, mas propondo o diálogo em grupo de professores e entre estes e as coordenações de cursos, para tencionando a instituição com vistas a promover, de alguma forma, oportunidades de discussão a respeito no seu interior.

Há uma realidade nas instituições privadas com relação à contratação de professores, de difícil solução no atual contexto de mercantilização da educação. A educação passou a ser mercadoria, o aluno é o cliente e o professor passa a ser o vendedor ou o fornecedor deste produto. Por conta das leis de mercado a instituição prega uma política de lucro e de manutenção desta “empresa”, onde o cliente sempre tem razão.

No grupo de professoras onde a maioria era de instituição privada esta realidade foi muito presente, principalmente na questão da avaliação como será registrada adiante. Esta fala abaixo deixou uma grande preocupação no grupo, pois a princípio pareceu não existir algo tão agressivo deste papel de “empresa” de uma instituição de ensino superior. “O poder do aluno na instituição privada faz com que o professor se cale para não virar bode expiatório, por que tem até o 0800 para reclamar dele.” (Professora 14)

Esta política das IES privadas é uma realidade constatada pelas professoras, mesmo não havendo de forma tão explícita este papel de empresa. Uma delas argumenta “a instituição privada tem que se sustentar, não pode perder aluno. Aluno da privada passa a ter o poder.” (Professora 15)

Como pensar em uma prática educativa diferente da tradicional em

IES com este tipo de política, que põe o professor em situação de conflito entre a garantia do emprego e a qualidade do ensino? Eis o que duas professoras expõem: “...no momento que a gente também é avaliada, temos que garantir o emprego da gente, ai lá pelas tantas eles (alunos) dizem a professora tal nunca da aula, só enrola, só quer fazer grupo, só manda nós trabalhar.” (Professora 16) E ainda: “...a professora me reprovou, mas pago não posso ser reprovado...” (Professora 17, referindo-se à fala de alunos)

Houve no grupo a denúncia que muitos centros universitários, que ao possuir em seus quadros docentes no percentual estabelecido em lei de mestres e doutores, passam a oferecer aos candidatos docentes o pagamento correspondente a especialista e não pela titulação que o mesmo possui. “Remuneração do professor como especialista porque a instituição já alcançou o patamar de mestres e doutores.” (Professora 18)

Desafios para mudanças nas práticas educativas

A necessidade de mudança na prática educativa dos professores e no ensino da área da saúde e algumas dificuldades já foram apontadas anteriormente. No grupo das professoras deste estudo, surge de forma clara nas suas falas como elas percebem isto, tanto de sua própria experiência, quanto o observado no interior dos seus cursos. “Os professores é que estão relutando à mudança. Falta de preparo do professor, dificuldade com o novo, mudar dá trabalho.” (Professora 19) Esta fala é muito característica quando em qualquer dimensão da vida é preciso mudar.

No caso dos professores, diz Morin (2006), seria desinstalá-los de seus hábitos e da sua autonomia; da segurança que o tempo garante com suas práticas já conhecidas, integradas a sua vida e que muitas vezes o identifica entre seus pares e seus alunos.

Sem dúvida, para mudar é preciso preparo do professor como já documentado. A percepção é muito clara neste grupo de professoras, que aceitaram este processo de aprendizagem proposto, ao mesmo tempo que demonstram estarem elas mesmas em mudança e com necessidade de, na troca com seus pares, aprovação para suas “maluquices ou excêntridades” como interpreta-se desta fala: “o professor, todo revolucio-

nário, ele se expõe né, pode ser tachado de alguma coisa ou de maluco [risos] ou de excêntrico ou de alguma coisa assim.” (Professora 20)

As duas falas abaixo mostram a realidade sentida pelas professoras como outra dificuldade da prática: a resistência dos alunos a mudança e a angústia do professor que se esmera em fazer diferente e o aluno não quer. Ou o aluno não reage, “a gente também não consegue porque o aluno também não está preparado para mudanças...” (Professora 21)

O próprio grupo interpreta a dificuldade e propõe uma solução “o aluno vai mudar, se o professor provocar”. No entanto, para que o professor provoque, ele mesmo precisa querer mudança e estar preparado para fazê-la. “O aluno também está no contexto da reprodução porque ele também está tendo aula com professores que não aprenderam a ser professores.” (Professora 21)

A questão da mudança provoca diversas reações dentro e fora da universidade. Conforme o grupo ouviu uma professora relatar a respeito do estarrecimento de um pai pela prática proposta em posto de saúde de atenção primária, fora dos “muros seguros da universidade”, conforme fala do próprio progenitor. É possível entender a surpresa deste pai porque esta proposta é estranha também para muitos professores e dirigentes de cursos. Ilustra-se com a seguinte fala: “Tivemos aula prática no Morro da Cruz. Posteriormente um pai ligou e disse, que história é essa de ir ao Morro da Cruz...” (Professora 22)

Além disto, este parece ser o poder da instituição privada, na qual o aluno e/ou seus familiares intervêm no ensino, obstaculizam as mudanças, os próprios fazeres dos professores e o seu desenvolvimento profissional.

A mudança implica no fazer aulas interativas, propiciando ao aluno sua participação na construção do conhecimento. Conforme o relato e a concordância do grupo de professoras, este fazer deixa no aluno o sentimento que o professor está fugindo da sua obrigação.

O grande desafio hoje é convencer o aluno da importância, pois várias vezes tu da uma atividade onde o aluno tenha que construir junto e buscar e tal, daí é matação, daí tu da um artigo para a gente discutir daí fica aquilo, ai professora da para gente ler em casa e a gente traz depois. (Professora 23)

Há dificuldade dos alunos de entenderem que são protagonistas da sua aprendizagem e o professor deve auxiliá-los a dar-se conta desta responsabilidade, i.e., deve contribuir para que seja agente da construção de seu conhecimento. A preocupação do professor é que ele apreenda, no entanto “o aluno vem para aula para receber”, sentimento que fica claro no grupo, o qual é ilustrado pela fala da professora: “querem a aula tradicional por que não precisa pensar, é cômodo, não é trabalhoso.” (Professora 24)

Dificuldade também, na construção do conhecimento pelos egressos, como se vê na fala abaixo, demonstrando o resultado da transmissão da informação no ensino, que ainda permanece perpetuando este modelo: “Mesmo na residência há espera de aula tradicional, ‘nós queríamos mais aulinha’ ... [reproduzindo a fala dos alunos]” (Professora 25)

Como foi lembrado muito bem por uma das professoras, a mudança pode ser inicialmente na disposição de como os alunos sentam em sala de aula.

Na pré-escola as crianças brincam e sentam nas mesas redondas e formam grupos. A partir da primeira série, “bom agora é aprender para valer” os alunos sentam no modelo bancário como se esta disposição em sala de aula garantisse a melhor aprendizagem. (Professora 26)

O “modelo bancário”, criticado por Freire (2005), demonstra a internalização nas instituições de forma concreta, nas disposições de mesas em salas de aulas, do ensino jesuítico e da “pedagogia da manutenção” (Anastasiou, 1998, p.113).

Avaliação da aprendizagem e do docente, como dificuldade para mudança

Entre as questões levantadas pelas professoras do grupo, tal como dificuldade nas mudanças, estão os processos de avaliação discente e docente interferindo na autonomia do professor e nas suas relações com a instituição. Mas há consciência no grupo que é preciso pensar no desafio para o aluno e para o professor na forma de avaliar.

A avaliação na perspectiva educacional é, de modo geral, “o julga-

mento das atividades escolares que acontecem no processo de ensino-aprendizagem” (SANTOS, 2005, p. 21). Com implicações variadas, o foco foi ampliado, instituições e atores, professores, alunos e dirigentes, são submetidos às avaliações internas e externas, configurando a avaliação institucional (CALÇAS, DOMINGOS, 2006).

O grupo dialogou sobre a avaliação, ficando centrado na aprendizagem dos alunos e no desempenho docente, duas dimensões essenciais, para a qualidade de ensino oferecido. Em ambas dimensões parece clara a inexistência da cultura da avaliação, nas palavras da professora, “a cultura da avaliação é de pouco caso nos contextos de ensino; sem sentido da aprendizagem que a avaliação pode proporcionar.” (Professora 27)

Confirmando o que Chaves (2001) registra, poucos se preocupam com o processo para refletir e analisar, desta forma, a avaliação não é percebida como processo formativo. Neste sentido, as professoras também concordaram que o retorno da avaliação para o aluno é muito importante. O aluno precisa ter consciência onde e como ele pode melhorar. Conforme uma das professoras cita, “a professora precisa dar o retorno individual ao aluno, na [IES da professora] estamos fazendo isto com disciplinas práticas porque cada professora tem dez alunos.” (Professora 28)

O aluno tem que entender que ele não está sendo avaliado para verificar se ele sabe ou se ele não sabe, mas ele tem que ser avaliado para ver se o processo de formação dele está dando certo e isso deveria ser constante. Abrahão e Machado (2008) alertam para a utilização do erro “como um instrumento do processo de ensinar e aprender” (p. 251). Diz uma das professoras que “a preocupação do aluno é com o conceito ou a nota e não com o que aprendeu.” (Professora 29)

Uma professora como preceptora da residência multiprofissional trouxe a sua preocupação quanto à forma de avaliação, que não é a tradicional, ou seja, não há uma prova escrita com julgamento de valor da aprendizagem do aluno: “[Tenho] medo de ser muito mole para as residentes.” (Professora 30)

Outra preceptora de um outro local de residência multiprofissional completou com a sua percepção: “o residente pensa: ‘que tenho que

fazer para agradar a professora?’ Isto existe na cabeça deles...” (Professora 31)

A questão de modos não tradicionais de avaliação foi amplamente dialogada em um dos encontros, quando uma das professoras trouxe vários portfólios das alunas de sua disciplina, para mostrar às colegas como instrumento alternativo de avaliação. “A experiência com portfólio exige posição pessoal do aluno, autoavaliação, as dificuldades estão mais próximas do aluno e na sua busca de explicação ele constrói conhecimento...” (Professora 32)

O portfólio é um arquivo organizado pelo aluno, com evidências de sua aprendizagem e das atividades propostas no decorrer da disciplina. O procedimento de ensino toma o aluno como protagonista de seu processo de aprendizagem, ou seja, os temas para a construção do conhecimento são oferecidos em forma de seminários, observação da prática, leituras de experiências, por exemplo. As evidências ficarão por conta de análise de diários de campo, resenhas, da criação e aplicação de estratégias para alguma prática do aluno etc. Assim, o portfólio permite a avaliação qualitativa, que é, para o aluno, um processo de aprendizagem ao considerar o procedimento de construção da avaliação (CARVALHO, PORTO, 2005).

Ponderou-se no grupo de professoras que é preciso pensar nas implicações desta avaliação tradicional, que insiste em acompanhar os processos de ensino e aprendizagem, uma das falas reflete isto: “acho eu, que a ideia de nota, de conceito e de avaliação que está errado, os professores acabam se moldando com isso, porque é a rotina, é o hábito.” (Professora 33)

Na dimensão da avaliação docente, a fala de outra das professoras revela o peso deste processo e como interfere no seu fazer e na sua relação com a instituição: “mexe com os sentimentos da gente, dá medo...” (Professora 34)

A afirmação demonstra a insegurança que surge nas avaliações que o aluno faz do professor e é ampliado quando alunos reclamam e tem receptividade dos dirigentes.

Dar explicação por ter dado um conceito B para alunas que só tiravam A. Questionei a minha competência. A avaliação é um problema prin-

incipalmente quando a professora faz de forma subjetiva. Por não ser prova não tiraram “A”. (Professora 35)

Não havia uma prova no modo tradicional de avaliação e, portanto, alunos que conseguem pela memorização - e no sentido da reprodução - demonstrar que são excelentes, não são capazes do mesmo conceito quando avaliados de modo subjetivo em suas atitudes e habilidades, neste caso.

A competência desta professora ficou abalada, não pelo conceito da aluna, mas por ter havido a intervenção da dirigente questionando sua forma de avaliar a disciplina. Isto demonstra que o professor pode perder a autonomia sobre a questão de avaliar o aluno.

Ao mesmo tempo as professoras concordaram com a importância de o docente ser avaliado, pois permite a melhora do seu fazer, como mostra o relato da professora a seguir:

Tem gente que tem medo de ser avaliado, eu senti isso o ano passado nas atividades que a gente trabalha. Foi proposto isso e eu disse, eu quero ser avaliada porque eu quero saber onde eu estou falhando. (Professora 36)

Possibilidades de mudanças

A disposição das professoras de dialogar e refletir sobre suas práticas educativas e de aprender através deste processo demonstra a preocupação das mesmas em melhorar o seu fazer. O processo de grupo oportunizou as trocas e o apoio para novas experiências. Inicia-se registrando um questionamento que não calou durante o processo e, ao mesmo tempo, não há uma resposta específica e sim, muitas possibilidades, “... romper com o modelo de ensino tradicional é romper com o modelo de universidade que temos? como fazer isto?” (Professora 37)

Nesta linha de pensamento questionou-se no grupo, reportando-se à DCN: “como organizar um projeto de ensino para alcançar as propostas da diretriz curricular ? ...é na grade curricular, no conteúdo?” (Professora 38)

Pensando em mudanças na graduação e na necessidade de formar

profissionais para atuação no SUS, o Projeto Político Pedagógico (PPP) precisa ser construído nesta concepção, rompendo com a cultura do currículo mínimo e voltando-se para as reais necessidades de saúde da população e vinculado ao contexto social no qual se situa; seguindo os referenciais teórico-metodológicos do ensino para adultos, de educação problematizadora e aproximando-se dos serviços, abrindo espaços de aprendizagem prática precocemente no curso.

Nas palavras da professora, “o que existe de eixo comum para formar esses profissionais da saúde, esses currículos são todos fundamentados no SUS, para o resgate do humano, os currículos precisam ser feitos com atividades coletivas”. (Professora 39)

Nesta perspectiva de mudanças, registra-se o questionamento de uma das professoras sobre o processo de ensinar e de aprender na graduação: “então tem toda uma outra ênfase, como é que um adulto aprende, né? Temos que parar para pensar nisso”. (Professora 40)

O grupo concordou que seria preciso entender o processo de aprendizagem, pensando no como ensinar para dar conta do aprendizado de adultos jovens na graduação. Neste sentido, em um dos encontros foi realizado um estudo sobre o processo cognitivo para melhor entendimento sobre a aprendizagem (MOSQUEIRA, 2008; POZO, 1998).

A bibliografia (BERBEL, 1998, VENTURELLI, 2000) considera que o ensino, neste caso, deva ser voltado para desafiar os estudantes em situações de problemas reais, vivenciados ou construídos pela experiência do professor da realidade vivida. O ensino deve utilizar os cenários de prática e ressaltar a importância do fazer coletivo, em grupo. Uma das professoras expressa: “(...) a importância do confronto da realidade; o campo da prática passa a ter significado para o aluno...” (Professora 41)

Pela experiência de outra professora, “a relação teoria/prática fica mais visível no ensino com o serviço, quando há inserção de discente e docente nos cenários de prática” (Professora 42)

A relação teoria/prática no ensino da nutrição é uma discussão que vem sendo feita desde a década de 1980, conforme Costa (2001). Recentemente Paraná (2004) investigou esta relação a partir da disciplina Dietoterapia. Concluiu que a maioria dos cursos e professores ainda estão se pautando pela máxima que o aluno precisa primeiro estudar

e compreender teoricamente o conteúdo. No entanto, ela verificou um movimento tímido de professores que estão fazendo um ensino partindo da prática. A autora também constatou as diferentes concepções da relação teoria/prática presente nos projetos de cursos e no entendimento dos professores.

A importância do ensino em cenários de prática passa pelo contato com a realidade e permite ao aluno a consciência do que não sabe. O professor deve aproveitar estes momentos para estimular que ele estabeleça seus objetivos educacionais. Mais do que a preocupação do conteúdo, insiste-se hoje que o professor deveria se preocupar com um papel de orientar os estudos dos alunos, para que ele passe a entender o seu protagonismo na aprendizagem e na sua construção de conhecimento. Como constatado por uma das professoras, “quando o aluno observa, vivencia a prática, ele elabora questionamentos de problemas identificados” (Professora 43)

No processo de formação do grupo de professoras houve momentos para estudar estratégias para um ensino ativo, que estão sendo utilizadas na formação da área da saúde (BERBEL, 1998; VENTURELLI, 2000, ANASTASIOU, ALVES, 2003; ZABALA, 1998). O estudo resultou na sua utilização ou melhora de estratégias pelas professoras.

Uma das professoras se propôs a fazer uma experiência em sua disciplina, utilizando por sugestão do grupo, a aprendizagem baseada em problemas (PBL). Como não havia mais tempo hábil para a sua utilização como estratégia de ensino, surgiu a proposta para adaptar os passos da estratégia, como avaliação final da disciplina. Este formato foi possível porque o número de alunas (somente sexo feminino) matriculadas era pequeno, ideal para um único grupo.

O grupo de professoras auxiliou-a a construir uma situação problema de saúde e os critérios para avaliá-las, uma vez que a proposta do PBL envolve, além do conhecimento científico do conteúdo, as questões de liderança, de organização de equipe para o trabalho, de reflexão, de habilidade para revisão bibliográfica etc.

Apresenta-se o retorno ao grupo e o testemunho de algumas alunas como avaliação da estratégia:

“Discussão sem diagnóstico fechado, gerou muito mais, desde o início propôs debates...”; “ótima, pesquisei outras coisas, desperta curiosidade, sai da aula com interesse...”; “como tem que ser proposto isso, como a gente cresce com isso, tem que ser mais desde o início do curso, porque a gente se interessa, a gente se manifesta muito mais...”; “a avaliação por prova é muito menos clara...”; “vocês já imaginaram agora uma prova sobre esses dois assuntos? Nós todas tiraríamos dez”¹.

Ela relata que os alunos fazem uma aproximação nos cenários de prática com base na observação participante², esta estratégia com uso do diário de campo, tem levado os alunos a construir conhecimento partindo das dificuldades encontradas para entender a prática observada. Como resultado desta estratégia uma das alunas revela:

“Permite um aprendizado muito relevante, ainda mais porque acompanhamos alunas em estágio curricular [formandas], o que possibilita visualizar a vivência que vamos vir a ter. O mais interessante é que podemos enxergar a rotina das unidades com olhar mais crítico, uma vez que ainda não estamos completamente inseridas no contexto”.

Uma outra professora relatou sua experiência com a utilização de filmes em suas aulas, e fez uma avaliação, pois tinha a crença de que os alunos consideravam esta estratégia “matação de aula” (sic) então queria verificar a veracidade do que pensava. Leu a avaliação realizada por uma de suas alunas:

“A professora consegue em cada aula trazer uma abordagem diferente de tudo que envolve a nutrição e da importância de se conhecer a necessidade individual de cada um. Estou me sentindo realizada no curso a cada aula que assisto”.

Então ela descreveu como se sentiu: “Eu olhei assim, fiquei tão feliz... Foi muito legal a avaliação dos alunos em relação a essa forma diferente de trazer coisas que envolvem cultura e social, foi muito bom”. (Profes-

1 Em se tratando de falas de alunas das professoras do grupo, para estabelecer uma diferenciação, estas aparecem em itálico.

2 Para melhor entendimento ver Mynaio, 2006.

sora 45)

Outros relatos das professoras do grupo demonstram a importância do processo no estímulo a mudanças nas suas práticas, como registrou esta professora que ao perceber a falta de habilidades dos alunos em elaborar a síntese de um texto, parou o desenvolvimento do conteúdo e deu atenção àquela dificuldade dos alunos, para só depois avançar.

Então a gente vai sentar e fazer juntos... Aí eu... aqui, 'o que a gente vai fazer aqui?', 'o que o texto tá querendo dizer?'... E eu vi um bom retorno assim, a metade da sala de aula ficou muito mais interessada, alguns falavam bem 'baixinho', acertavam uma... não, como é que é? Aí eles começaram a se soltar e foi a metade ou um pouco mais... (Professora 46)

Uma outra experiência com bom resultado foi de uma professora cujo planejamento de leitura de um livro pelos alunos originou um dilema:

“A professora consegue em cada aula trazer uma abordagem diferente de tudo que envolve a nutrição e da importância de se conhecer a necessidade individual de cada um. Estou me sentindo realizada no curso a cada aula que assisto”.

Então ela descreveu como se sentiu: “Eu olhei assim, fiquei tão feliz... foi muito legal a avaliação dos alunos em relação a essa forma diferente de trazer coisas que envolvem cultura e social né, foi muito bom” (Professora 45).

Outros relatos das professoras do grupo demonstram a importância do processo no estímulo a mudanças nas suas práticas, como registrou esta professora que ao perceber a falta de habilidades dos alunos em elaborar a síntese de um texto, parou o desenvolvimento do conteúdo e deu atenção àquela dificuldade dos alunos, para só depois avançar.

Então a gente vai sentar e fazer juntos... Aí eu... aqui, 'o que a gente vai fazer aqui?', 'o que o texto tá querendo dizer?'... E eu vi um bom retorno assim, a metade da sala de aula ficou muito mais interessada, alguns falavam bem 'baixinho', acertavam uma... não, como é que é? Aí eles começaram a se soltar e foi a metade ou um pouco mais... (Professora 46)

Uma outra experiência com bom resultado foi de uma professora cujo planejamento de leitura de um livro pelos alunos originou um dilema:

Gostaria de fazer uma discussão, efetiva, sobre o tema. Pensei em forma de seminário. Mas normalmente os alunos não participam. Se dividirmos os capítulos, para apresentarem ou discutirem o seu capítulo, não lêem o restante do material e nem prestam atenção aos que os colegas falam. (Professora 47)

Esta professora buscou uma estratégia alternativa; Grupo de Verbalização e de Observação (GV/GO) adaptada, o que resultou em uma experiência positiva:

Assim, todas as alunas apresentaram e discutiram todos os capítulos. No final, os observadores apresentavam a síntese. Foi uma atividade bem dinâmica, que exigiu que todos ficassem atentos. Transcorreu muito bem! Os relatos foram muito positivos. Acharam diferente, consideraram estimulante, que fixava bem o conteúdo e divertido. (Professora 47)

Uma professora, após ter testemunhado a dificuldade dos alunos de aceitar mudanças no ensino, foi experimentando um outro fazer, com seminários. Oferecia um artigo e os alunos tinham que procurar outro artigo semelhante para se apoiar e apresentar o assunto para a turma. Constatou, com satisfação, o avanço das alunas.

Esta semana tive um retorno muito bom da experiência as alunas me relataram que foi a disciplina que deu maior trabalho para elas - pois tinham muitas atividades para desenvolver em conjunto e em sala de aula, mas todas foram muito bem na última prova e tiveram um crescimento - evolução grande ao longo da disciplina; e algumas me disseram que com este método puderam aprender muito mais - e que estão “raciocinando” o conteúdo e não decorando.... Fiquei realizada com o retorno. (Professora 48)

Estes são exemplos de pesquisar a própria prática, os professores fazem “avaliação” (sic), sem perceber, na verdade, que seu resultado res-

ponde entre outras, as questões: “está bem feito? Posso melhorar a minha prática? Os alunos estão entendendo qual o objetivo?”.

Finalizando, apresenta-se a reflexão de duas professoras sobre a proposta deste processo:

As minhas aulas nunca mais foram as mesmas após a participação no grupo. Fiquei mais tranquila. Sentindo-me menos pressionada, por mim mesma, pelo conteúdo. Relaxei mais. Passei a deixar os alunos mais soltos. Falarem mais e se colocarem. Foi muito bom, mas ainda tenho muito que melhorar... (Professora 49)

Os encontros eram agradáveis e serviam para refletir cada atitude nossa no ensino. Saía de cada encontro renovada e com ideias para mudar algumas atitudes que não davam bons resultados. Percebo que amadureci, que lido melhor com as situações e consigo hoje, nas aulas, realizar o que buscava, que é um momento mais reflexivo, de se pensar mesmo, de avaliar o tempo todo o que se faz e “se dar conta” e modificar. (Professora 50)

Considerações finais

Através da relação dialógica que marcou este estudo, foi possível conhecer e entender as práticas educativas das professoras do grupo, através das falas produzidas e de outros registros do processo. Uma prática educativa ainda carregada do pensamento racional ou científico, onde muitas vezes “técnica”, “disciplina”, “grade curricular” representavam esta concepção.

Reconhece-se as limitações da pesquisa. No entanto, exalta-se os pontos positivos: houve com certeza muita reflexão e consequentemente identificação de dificuldades no entendimento de conceitos surgidos nas discussões. Assim como, diferentes interpretações e conhecimentos, levando a muitas trocas de saberes entre os membros do grupo. Houve também várias manifestações da necessidade de momentos de reflexões e de trocas - como os proporcionados pelos encontros do grupo - com a presença de todas na maioria dos encontros, o que revela algo que avalia-se como mais um ponto positivo, a julgar pela satisfação destas professoras em participar. Assim, o objetivo de estimular a prática reflexiva

de forma coletiva, foi totalmente alcançado nesta caminhada.

Esta formação contribuiu para que as professoras minimizassem a concepção biologicista e tecnicista nas suas práticas educativas, e permitiu uma conscientização para formar profissionais humanos, críticos e criativos e não simplesmente profissionais para aplicação de técnicas, que nem sempre resolvem o problema identificado.

Em relação à identidade profissional docente, ainda há a dificuldade de sua internalização porque quando necessário identificam-se sempre, e em primeiro lugar, como profissional nutricionista, mesmo aquelas docentes que atuam somente no ensino.

Avaliando todo este processo, pensa-se que ficou demonstrada a importância das relações pessoais no trabalho, a afetividade, solidariedade, objetivos comuns, sentimentos de segurança e de pertença.

Assim como, as gratificações e frustrações da prática educativa, o querer ser melhor, o entender o aluno, o ajudá-lo no seu processo de aprender.

Preocupantes são os desafios para mudança das práticas educativas, as resistências de docentes, discentes, muitas vezes também de dirigentes e a política da instituição. Principalmente, a realidade das instituições privadas no contexto da mercantilização, colocando em conflito a manutenção do emprego ou a qualidade do ensino.

É necessário problematizar as mudanças da prática educativa no contexto institucional: A universidade aceita modelos diferentes do atual? Disciplinas e grade disciplinar, conteúdos organizados do mais simples para o mais complexo, pré-requisitos, avaliação objetiva com notas e conceitos, aulas em sua maioria ainda na sala de aula, nos intramuros, no controle individual do professor/professora e dos alunos/alunas.

Todas as professoras demonstraram a grande vontade em tornarem-se melhores dado o compromisso presente durante a formação, uma indicação pelo desenvolvimento profissional como docente, mesmo sendo para a maioria a segunda profissão. Nesta perspectiva não se pode deixar de registrar que se acompanhou a articulação de duas das professoras do grupo, para criação da Associação Brasileira de Educação em Nutrição (ABENUT), durante o período da pesquisa-ação e com registro formal em agosto deste ano de 2008.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Maria H. M. B., MACHADO, Júlio C. da R. O erro e a sua transformação em conhecimento. In: ABRAHÃO, M. H. M. B. (Org.) **Professores e alunos: aprendizagens significativas em comunidades de prática educativa**. Porto alegre: Edipucrs, 2008.

ANASTASIOU, Lea. G. C. **Metodologia do Ensino Superior**: da prática docente a uma possível teoria pedagógica. Curitiba: IBPEX, 1998.

ANASTASIOU, Lea das G. C., ALVES, Leonir P. (Org.). **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville/SC: Univille, 2003.

BERBEL, N.A. N. (org.) **Metodologia da problematização**: experiências com questões de ensino superior. Londrina: UEL, 1998.

BRASIL. **Lei 8.080/1900**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei n.º 9394/96**. Dispõe sobre as, Diretrizes e Bases da Educação.1996.Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn2.pdf Acesso em: 25.11.2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/ Câmara do Ensino Superior. **Resolução nº 5/2001**. Dispõe sobre a Diretriz Curricular do Curso de Graduação em Nutrição. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0501Nutricao.pdf>. Acesso em: 24.11.2008.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Perfil da atuação profissional dos nutricionistas no Brasil**. Brasília: CFN, 2006.

CIVITAS, CCAN/Sul. A autoavaliação do processo de formação do Nutricionista no Brasil. **Cadernos de Alimentação e Nutrição**, Curitiba, Série Estudos e Pesquisas, nº. 01, 2000.

CALÇAS, Antônio de Q. P.; DOMINGOS, Neide A. M. A Avaliação do Docente na Perspectiva do Alunado. **Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior**, Campinas/SP, vol. 11, n.4, dezembro, 2006.

CARR, W. **Una teoria para la educacion**. Hacia una investigación educativa crítica. Madri: Morata, 1996.

CARVALHO, Marie J. S., PORTO, Leonardo S. **Portfólio educacional: proposta alternativa de avaliação; Guia didático**. Porto Alegre: EDUFRGS, 2005.

CHAVES, Sandramara M. Avaliação da aprendizagem no ensino superior. In: MOROSINI, Marília Costa (Org.) **Professor do Ensino Superior Identidade, Docência e Formação**. Brasília: Editora Plano, 2001.

COSTA, Nilce da S. C. **A Formação do Nutricionista: educação e contradição**. Goiás: Editora UFG, 2001.

DE NEGRI, Sônia T., RAMOS, Maurem, HAGEN, Martine E. K. Influências na escolha por curso de nutrição em calouros de Porto Alegre (RS). **Cadernos de educação**, Pelotas [39]: 221 - 241, maio/agosto 2011.

FAGGE, Rita C. A. G. O Exercício da Docência: Um Olhar Sobre a Formação do Professor de Nutrição. Dissertação de Mestrado. PPGEDU, Universidade Metodista de São Paulo, 2002.

FEUERWERKER, Laura. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina/PR, vol.10, nº.3, p.21-26, jul/set., 2003.

FRANCO, Maria E. D. P. K., DIEFENTHAELER, Elizabeth. Pedagogia Universitária na UFRGS: Espaços de Construção. **Enciclopédia de Pedagogia Universitária**. Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003.

FRANCO, Maria A. S. Pedagogia da Pesquisa-Ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, vol.31, n.3, 2005.

FREIRE, Madalena. O que é um grupo? In: GROSSI, E. P. e BORDIN, J. **Paixão de aprender**. Petrópolis/RJ: 1992.

FREIRE, Madalena. **Educador**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GRABAUSKA, C. J.; DE BASTOS, F. da P. Investigação-ação educacional: possibilidade crítica e emancipatórias na prática educativa. In: MION, R. A., SAITO, C. H. (Orgs.) **Investigação-ação: Mudando o trabalho de formar professores**. Ponta Grossa: Gráfica Planeta, 2001.

GRILLO, Marlene C., MATTEI Patrícia. Saberes docentes, identidade profissional e docência. In: ENRICONE, D., GRILLO, M. **Educação superior: vivências e visão de futuro**. Porto Alegre: Edipucrs, 2005.

ISAIA, Silvia M. de A. Professor universitário no contexto de suas trajetórias como pessoa e profissional. In: MOROSINI, Marília Costa. **Professor do Ensino Superior: identidade, docência e formação**. Brasília: Plano Editora, 2001.

ISAIA, Silvia M. de A., BOLZAN, Doris P. V. Formação do professor do ensino superior: um processo que se aprende? **Revista do Centro de Educação**, Santa Maria/RS, vol. 29, nº.02, 2004.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Os contextos do saber representações, comunidade e cultura**. Petrópolis: Vozes, 2008.

KEMMIS, S.; MCTAGGART, R. **Como planificar la investigación-acción**. Barcelona: Laertes S. A. de Ediciones, 1992.

KEMMIS, S; WILKINSON, M. A pesquisa-ação participativa e o estudo da prática. In: PEREIRA, Julio E. D., ZEICHNER, K. (Org.) **A pesquisa na formação e no trabalho docente**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

KOPRUSZYNSKI, C. P. **A prática pedagógica dos nutricionistas que atuam na docência: desafios e perspectivas de mudança**. Dissertação

de Mestrado, PPGEduc, Universidade Tuiuti do Paraná, 2003.

LAMPERT, Jadete B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil.** São Paulo: Hucitec–Abem, 2002.

MACHADO, Carmen L. B., MANFROI, Waldomiro C. (Org.) **Prática educativa em medicina.** Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.

MELLO, Elena M. B. M., COSTA, Fátima T. L. *et. all.*. Fórum Permanente de Pedagogia Universitária: espaço-tempo de reflexões sobre a docência. In: MOREIRA, Jacira C., MELLO, Elena M. B. (Org.) **Pedagogia Universitária: campo de conhecimento em construção.** Cruz Alta/RS: Unicruz, 2005.

MYNAIO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: A compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência e Educação**, São Paulo, UNESP, vol.9, nº.2, 2003, p.191-211.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita.** Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil, 1999.

MOROSINI, Marilia C. Docência universitária e os desafios da realidade nacional. In: MOROSINI, Marilia C. (Org.) **Professor do ensino superior identidade, docência e formação.** Brasília: Plano Editora, 2001.

MOSQUEIRA, Juan J. M. Aprendizagem, significado e identidade em comunidade de prática. In: ABRAHÃO, Maria H. M. B. (Org.) **Professores e Alunos aprendizagens significativas em comunidades de prática educativa.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

PARANÁ, Simone F. P. **A formação do nutricionista: Sob o olhar da relação teoria e prática.** Dissertação de Mestrado, PPEDU, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PUC/PR, 2004.

PEDROSO, Maísa B. **A sala de aula universitária como espaço**

de inovação: Investigando o curso de nutrição da UNISINOS. Dissertação de Mestrado, PPGEdU, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo: UNISINOS, 2006.

PIMENTA, Selma Garrido, ANASTASIOU, Léa das G. C. **Docência no Ensino Superior.** São Paulo: Cortez, 2002.

PINTO, Vera L. X. **As coisas estão no (meu) mundo, só que eu preciso aprender. Autobiografia, Reflexividade e formação em Educação Nutricional.** Tese de Doutorado, PPGEdU, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN, 2006.

POZO, Juan I. **Teorias Cognitivas da Aprendizagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

RIGON, Silvia do A., TOMASETTI, Cristina S. de C., BARRETO, Iara. Estratégias para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Nutrição. **Revista Olho Mágico**, Londrina/PR, v.3, v.10, nº 4, 2003.

SANTOS, Clovis R. Avaliação Educacional, análise conceitual, legal e crítica. In: SANTOS, Clovis R. (Org.), FERREIRA, Maria C. I. (Coord.) **Avaliação Educacional um olhar reflexivo sobre a sua prática.** São Paulo: Avercamp Editora, 2005.

SCHÖN, Donald A. **Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, Claudia V. C. Estrutura e características do modelo de organização curricular aprovado pelo Conselho Nacional de Educação – implicações para a prática curricular e pedagógica e condições de implantação. **Cadernos CE**, Brasília, ano 3, vol. II, nº. 4, dezembro, 2001.

SOARES, Nadia T. **Diretrizes curriculares Nacionais para cursos de graduação em nutrição e competências profissionais para atuação em segurança alimentar e nutricional: Perspectivas de docentes do Ceará.** Tese de Doutorado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. Disponível em: <http://>

www.thesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=418. Acesso em 25.07.08.

STEDILE, Nilva L. R. Quintas pedagógicas: espaço de socialização do fazer pedagógico. *Pedagogia Universitária e vivências na Universidade de caxias do Sul*. In: MOREIRA, Jacira C., MELLO, Elena M. B., COSTA, Fátima T. L. (Org.). **Pedagogia Universitária: campo de conhecimento em construção**. Cruz Alta: Unicruz, 2005.

STRECK, Danilo R., REDIN, Euclides, ZIKOSKI, Jaime J. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2008.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, USP, vol. 31, n.3, set/dez, 2005.

VENTURELLI, José. **Educacion Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos**. Washington DC/EUA: OPAS, Série PaltexSalud y Sociedad, nº 8, 2003.

ZABALA, Antoni. **A Prática Educativa Como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ZABALZA, Miguel A. **O ensino universitário seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Formação acadêmica e concepções de acidente e injúria em falantes do português: em busca de contrastes entre a língua cotidiana e línguas especializadas selecionadas

Danilo Blank

Marcelo Zubaran Goldani

Norma Regina Marzola

“A opinião predominante entre a comunidade da saúde pública é que o uso da palavra ‘acidente’ é prejudicial aos esforços para descrever, compreender, analisar e prevenir as complexas interações pessoais-ambientais que levam a injúrias corporais. [...] devido a conotações de sorte, acaso e imprevisibilidade [...] Como resultado, a literatura médica tem cada vez mais substituído a palavra acidente pelo termo ‘injúria’, que é neutro no que diz respeito a causação, intencionalidade e previsibilidade. Se essa mudança pode ter contribuído para o aumento do interesse científico no fenômeno, deixou problemas conceptuais e linguísticos substanciais na sua esteira.”

Polly E. Bijur. “What’s in a name? Comments on the use of the terms accident and injury” (1995)

A tese aqui resumida se inspirou e tenta jogar um facho de luz, ainda que pequeno, na contenda intensa e - como se vê nas duas citações acima - persistente em torno da conceituação e terminologia de uma doença seriíssima, muito prevalente e, logo, de interesse de um programa

de pós-graduação voltado à educação em saúde.

Agravos à saúde relacionados às chamadas causas externas de morbimortalidade – violências e acidentes – constituem um dos mais graves problemas de saúde pública global. De acordo com o Global Burden of Disease Study 2010, desastres de trânsito, autoagressões, quedas, violência interpessoal, afogamentos e queimaduras são responsáveis coletivamente por cerca de 11% dos anos de vida saudável perdidos anualmente no mundo todo, algo em torno de 280 milhões de anos (MURRAY et al., 2012). Felizmente, a constatação desse fardo social de tamanha magnitude tem se acompanhado do reconhecimento crescente de que há muitas abordagens apoiadas em evidências científicas para a prevenção e manejo de todos os tipos específicos de trauma, que são efetivas na diminuição das mortes e deficiências (NORTON; KOBUSINGYE, 2013). Por outro lado, como se trata de “doença” com múltiplos agentes, mecanismos patogênicos e complexos causais de natureza sociocultural, a aplicação dessas estratégias preventivas depende de definições e categorizações precisas, para as quais a clareza conceitual e terminológica é fundamental.

Dentre as estratégias preventivas primárias, a educação para a segurança é uma das áreas em que é mais nítida a influência das concepções das pessoas sobre as atitudes e determinantes de vulnerabilidades e resiliências. Especialistas da disciplina do controle de injúrias físicas, no âmbito da língua inglesa, hegemônica, advogam pela proscricção do termo acidente – pelo menos do léxico acadêmico, mas também evitando o seu emprego na promoção da saúde –, em virtude de um potencial efeito negativo nas ações educativas de suas alegadas acepções pré-científicas de imprevenibilidade. Essa questão, ainda polêmica entre os pesquisadores de língua inglesa, nunca foi estudada na língua portuguesa. Seu estudo tem grande relevância para a inserção da pesquisa brasileira nas iniciativas em andamento, no âmbito mundial, para a normalização terminológica nesse campo de conhecimento. Observa-se uma tendência crescente na utilização do termo injúria, nos textos acadêmicos originais em português, com definição equivalente à dos textos em inglês, fenômeno que merece um olhar mais atento.

Por outro lado, uma das facetas mais controversas do campo da se-

gurança e saúde é a das implicações das concepções de cunho sociolinguístico do chamado acidente no processo de controle do trauma, principalmente no âmbito da prevenção primária. Desde que o assunto foi incorporado à prática médica, em meados do século passado, instalou-se um processo fervilhante de discussão em torno de como o que era um caso simples de gestão intrafamiliar ou industrial de comportamentos e responsabilidades foi virando uma questão de saúde pública (WALLER, 1994). Muito cedo houve reação dos acadêmicos ao que J. J. Gibson (1961) chamou de maçaroca de conceitos embaralhados (ele se referia às definições do termo acidente), porque atrapalharia as ações preventivas junto à comunidade, e que o foco não deveriam ser os eventos potencialmente traumáticos, mas sim os danos físicos e emocionais, isto é, a injúria (LANGLEY, 1988).

Por bem ou por mal, no âmbito das ciências da saúde, a prevenção de acidentes foi virando controle de injúrias e, a reboque dessa revolução conceitual, acidente e injúria terminologizaram-se, isto é, passaram de vocábulos da linguagem cotidiana a unidades de designação de conceito num campo específico de saber.

Fora do prisma linguístico, segundo muitos autores, a substituição do acidente pelo controle exprimiria a transformação gradativa do modelo familiar de encarar os perigos em uma forma de governo de população, que - paradoxalmente - não reprime, mas exige responsabilidades individuais. Nesse contexto, a instauração das chamadas tecnopolíticas de autoconhecimento e autocontrole produziria a interiorização da noção de proteção no ciclo de vida do indivíduo e além dele (KUH et al., 2003). Logo, uma manobra não apenas da intelligentsia epidemiológica, como querem alguns (GREEN, 1999), mas do conjunto de instituições centrais da pós-modernidade - a indústria e a comunidade científica aliadas ao governo (LUPTON, 1999). Em outras palavras, trata-se da própria governamentalidade em ação, tal qual a descreveu Michel Foucault (2004).

A tese aqui resumida é sobre isso tudo. Mesmo que mal arranhe a superfície de um tão intrincado conjunto de questões, levanta problemas e, assim, ajuda a avançar cada uma das disciplinas a que se dedica. Além disso, meu projeto pessoal, na qualidade de aluno do Projeto de

Pós-Graduação em Educação e Saúde, foi explorar alguns aspectos educacionais dessa questão. Trabalhar com estudantes universitários pode ter sido só um primeiro passo de um projeto de trazer para o ensino médico algo da interface entre popular e ciência. As doenças, como se sabe, acometem as pessoas onde elas vivem, fora dos hospitais; logo, a maneira mais lógica de conhecer como isso se dá (e também ensinar os profissionais em formação como fazê-lo) é encarar os problemas com o olhar voltado para fora da janela do hospital, preferentemente abrindo também a porta.

Estudar construções sociais e terminologizações, na medida em que isso possa ter alguma aplicação na promoção da saúde, é um caminho.

Objetivos

Promover a inserção da discussão terminológica no campo das ciências médicas, por meio do olhar crítico sobre o impacto da passagem de falantes do português por cursos de graduação selecionados sobre suas concepções dos vocábulos acidente e injúria, principalmente quanto à associação com noções de causalidade, intencionalidade, previsibilidade e prevenibilidade. Ou, sob uma perspectiva linguística, em que sentidos a formação acadêmica promove uma mudança do universo de discurso da língua cotidiana para a especializada, com a consequente terminologização dos vocábulos acidente e injúria?

Além disso, dois objetivos implícitos do método da pesquisa: testar a exequibilidade de um questionário autoaplicável via internet, como instrumento válido para revelar conhecimentos, atitudes e comportamentos relativos a questões de saúde, e avaliar a utilidade da análise geométrica de dados na interpretação dos dados obtidos na enquete online.

Métodos

A tese baseou-se em um estudo observacional, transversal, com coleta de informações quantitativas por meio de enquete autoadministrada realizada integralmente pela internet. A amostra alvo compreendeu estudantes de primeiro e último ano de medicina, direito, comunicação e

educação de todas as escolas da cidade de Porto Alegre.

Desenvolvi um aplicativo original, capaz de recrutar respondentes, enviar convites pessoais por e-mail, armazenar as respostas e exportar os dados. O software e os dados foram hospedados em um site específico do projeto, no servidor do Centro de Processamento de Dados da UFRGS, com acesso permanente pela internet. Coletei 5322 endereços eletrônicos, a cada um dos quais enviei um convite inicial por e-mail, seguido por quatro lembretes remetidos nos dias 7, 14, 21 e 28 do estudo àqueles que não tivessem ainda enviado o questionário completo.

As variáveis preditoras foram os seguintes atributos dos sujeitos: idade, sexo, estágio do curso, curso, inclinação política, espiritualidade, arrojo, hábito de ler instruções sobre produto de limpeza, fonte de orientação sobre segurança, uso do cinto de segurança, uso de assento infantil de segurança, uso de capacete de ciclista, modo de armazenar arma de fogo, experiência com perda de ente querido por causas externas, experiência de hospitalização por causas externas e conhecimento de causas de morte de crianças e de adolescentes. As variáveis de desfecho foram as seguintes concepções dos sujeitos acerca dos termos acidente, injúria e lesão: tipo de dano; associações de ideias com as três palavras; noções de fatalidade, intencionalidade, previsibilidade e prevenibilidade associadas à palavra acidente; associação de traumatismo cranioencefálico com injúria, acidente ou lesão; grau de prevenibilidade atribuído a cada uma das três palavras e culpabilidade da vítima num caso definido de acidente com criança.

Para investigar a associação entre atributos e concepções submeti os dados à análise de correspondência simples, um tipo de análise geométrica de dados, e ao teste qui-quadrado com análise de resíduos.

Resultados

A taxa de resposta à enquete foi de 34,5%. Metade dos sujeitos responderam até o segundo dia, 66,3% durante a primeira semana. Não houve diferença significativa entre os que responderam cedo ou tarde, quanto a atributos e concepções selecionados, o que é comprova a ausência de viés de não-resposta.

Quanto à religião, 4,2% dos sujeitos se recusaram a revelá-la; 19,2% se recusaram a revelar sua inclinação política, enquanto apenas 2,8% se recusaram a responder questões sobre concepções e atitudes.

Estudantes de medicina se distinguiram dos demais pelas associações com a arreligiosidade, com o conhecimento de que a mortalidade de crianças e jovens se dá principalmente por causas externas e com o hábito de buscar orientação sobre segurança em fontes especializadas.

Os sujeitos revelaram percepção preponderante de que os chamados acidentes são preveníveis e tal percepção não mudou se a palavra usada na pergunta foi injúria ou lesão. A palavra acidente evocou noções de prevenibilidade em 85,1% dos sujeitos, previsibilidade em 50,3%, fatalidade em 15,1%, e intencionalidade em 2,3%. Religiosidade apresentou correspondência com noções de não previsibilidade e fatalidade atribuídas à palavra acidente. Calouros associaram a palavra acidente a noções de não previsibilidade, enquanto formandos foram significativamente distintos em considerar que acidentes podem ser previstos. Os sujeitos associaram injúria com dano moral, de modo quase unânime e, em menor grau, com noções de calúnia e difamação; uma porção limitada associou injúria com dano físico e ferimento. Associaram mais a palavra lesão com dano físico, mas também revelaram concepções igualitárias de dano físico, moral e material. Estudantes de cursos e estágios diferentes variaram significativamente em suas concepções de acidente e injúria.

Estudantes de medicina se colocaram em franca oposição aos de todos os demais cursos no tangente à associação de injúria com danos físicos. Estudantes de direito associaram acidente com noções de negligência, dano moral e difamação. Estudantes de educação associaram acidente com noções de não prevenibilidade e fatalidade. A figura mostra o mapa perceptual com o cruzamento das primeiras duas dimensões da solução apresentada pelo modelo da análise geométrica. O mapa, cuja visualização é muito melhor na tela do computador, se encontra arquivado em http://bit.ly/danilo_map.

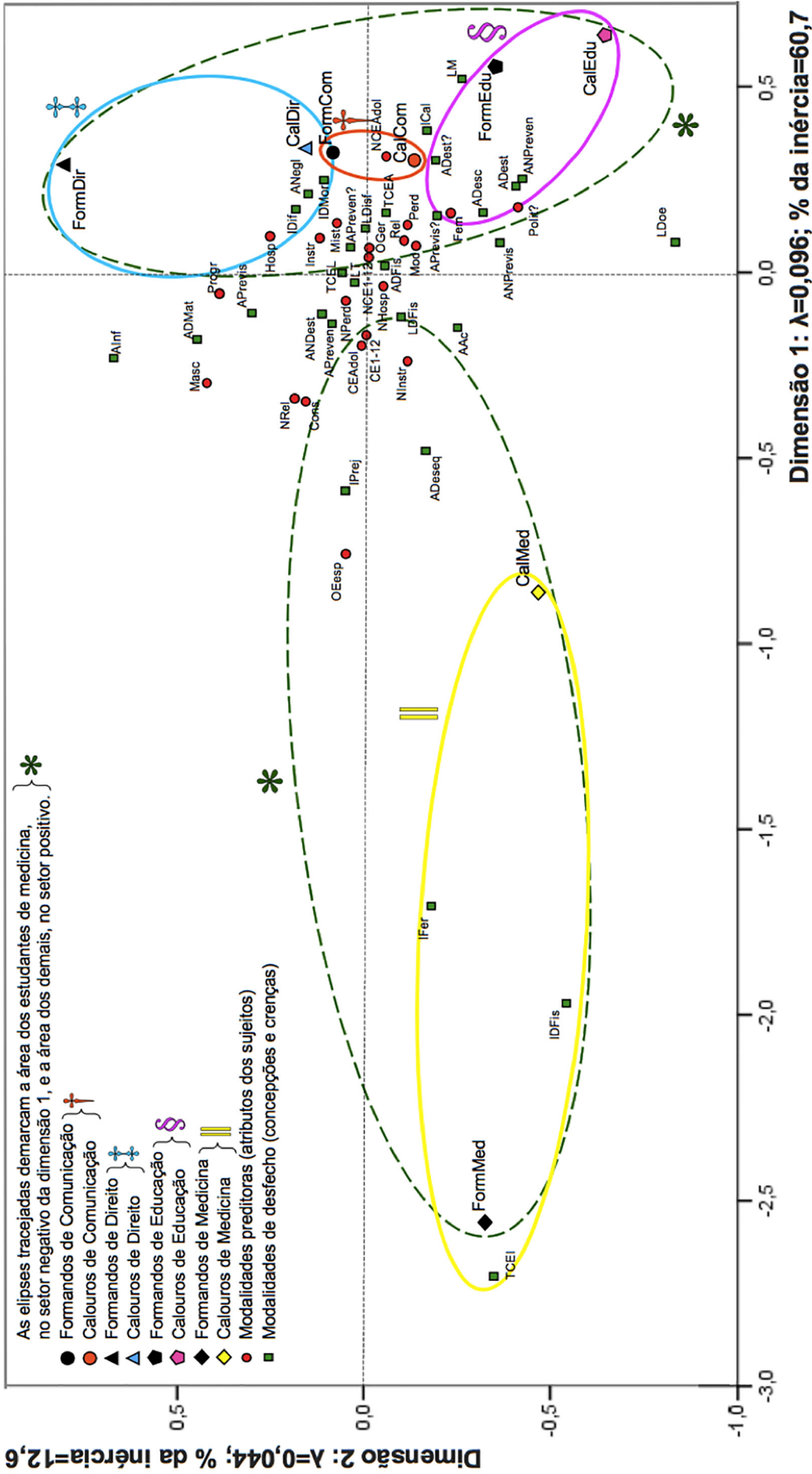


Figura: Mapa perceptual de análise de correspondência entre atributos de estudantes universitários e concepções acerca de acidente, injúria e lesão; n=1450. As elipses com asteriscos marcam as associações principais da primeira dimensão.

Legenda da Figura

[Masc] Masculino	[LDisf] Lesão se associa com perda de função
[Fem] Feminino	[LT] Lesão se associa com trauma
[Cal-Med] Calouros de medicina	[LDoe] Lesão se associa com doença
[Cal-Dir] Calouros de direito	[IFer] Injúria se associa com ferimento
[Cal-Com] Calouros de comunicação	[IDif] Injúria se associa com difamação
[Cal-Edu] Calouros de educação	[IPrej] Injúria se associa com prejuízo
[Form-Med] Formandos de medicina	[ICal] Injúria calúnia
[Form-Dir] Formandos de direito	[AInf] Acidente se associa com infortúnio
[Form-Com] Formandos de comunicação	[Adeseq] Acidente se associa com desequilíbrio
[Form-Edu] Formandos de educação	[AAc] Acidente se associa com acaso
[Cons] Conservador	[ADesc] Acidente se associa com descontrolado
[Mod] Moderado	[ANegl] Acidente se associa com negligência
[Progr] Progressista	[ADest?] Não sei se acidente é obra do destino
[Polit?] Prefiro não responder	[ANDest] Acidente não é obra do destino
[Rel] Religioso	[APrevis] Acidente é previsível
[Mist] Místico	[APrevis?] Não sei se acidente é previsível
[NRel] Arreligioso	[ANPrevis] Acidente não é previsível
[Instr] Lê instruções	[APreven] Acidente é prevenível
[NInstr] Não lê instruções	[APreven?] Não sei se acidente é prevenível
[OGer] Mídia, amigos, manuais	[ANPreven] Acidente não é prevenível
[Oesp] Serviços de saúde, médicos, literatura	[TCEA] TCE se associa com a ideia de acidente
[Perd] Perda de ente querido	[TCEI] TCE se associa com a ideia de injúria
[NPerd] Nunca perdeu ente querido	[TCEL] TCE se associa com a ideia de lesão
[Hosp] Experiência de hospitalização	
[NHosp] Sem experiência de hospitalização	
[CE1-12] Principal causa de morte de 1-12 anos são causas externas	
[NCE1-12] Principal causa de morte de 1-12 anos são outras causas	
[CEAdol] Princ. causa de morte na adolescência são causas externas	
[NCEAdol] Princ. causa de morte na adolescência são outras causas	
[LDFis] Lesão leva a pensar em dano físico	
[IDFis] Injúria leva a pensar em dano físico	
[IDMor] Injúria leva a pensar em dano moral	
[ADFis] Acidente leva a pensar em dano físico	
[ADMat] Acidente leva a pensar em dano material	
[LM] Lesão se associa com mancha	

Conclusões

A enquete online para investigar concepções de estudantes universitários acerca de injúrias físicas é factível e produz taxas de resposta similares às da literatura. Um período de acompanhamento superior a três semanas não é recomendável; limitar os esforços de recrutamento de respondentes a esse tempo restrito permite uma concentração mais racional de recursos. A enquete online é efetiva na abordagem de questões sensíveis, como atitudes em segurança, inclinação religiosa e política.

A análise geométrica de dados é eficaz em evidenciar correspondências entre um grande número de modalidades de variáveis categóricas e denota de modo apropriado as suas associações estatisticamente significativas. A análise de resíduos ajustados mais ratifica do que enfraquece a análise geométrica.

O currículo médico promove a terminologização da palavra injúria. Por outro lado, uma conclusão acessória é que o currículo universitário, grosso modo, acentua a noção de previsibilidade do acidente – ainda que isso seja especialmente marcado nos alunos de direito e medicina –, a reforçar a ideia de que a educação concorre ao abandono das concepções fatalistas, que tenderiam a ir de encontro às ações preventivas.

Um modelo conceptual da injúria como entidade nosológica tem que respeitar o fato da terminologização da palavra injúria no âmbito médico, assim como conceder que a significação leiga da palavra acidente é um evento antecedente não intencional e prevenível, potencialmente gerador de injúria. No âmbito da linguagem médica, há uma definição de espaços semânticos específicos para os termos lesão (com aceção de dano anatomopatológico sem causação externa) e injúria (com aceção de dano físico, com ou sem lesão).

Além das questões essenciais do estudo, uma conclusão que sobressaiu na discussão é a de que falantes do português – pelo menos na dimensão da representatividade dos estudantes universitários da amostra – têm percepção preponderante de que os chamados acidentes são preveníveis e tal percepção não muda se a palavra usada na pergunta for injúria ou lesão. Esta é uma conclusão relevante no âmbito da discussão terminológica na área da saúde, propósito da tese, na medida em que

há uma corrente crescente de autores que sustentam que o debate acerca das percepções leigas da prevenibilidade dos acidentes transcende a questão terminológica. Noções populares vinculadas à palavra acidente têm mais sutilezas do que sustentam os que propugnam pelo seu banimento do léxico acadêmico.

REFERÊNCIAS

ANDERSSON, R. The role of accident theory in injury prevention – time for the pendulum to swing back. **International Journal of Injury Control and Safety Promotion**, v. 19, n. 3, p. 209-212, 2012/09/01 2012. ISSN 1745-7300.

BIJUR, P. What's in a name? Comments on the use of the terms 'accident' and 'injury'. **Injury Prevention**, v. 1, p. 9-11, 1995.

FOUCAULT, M. **La governamentalité. Sécurité, territoire, population: Cours au Collège de France (1977-1978)**. Paris: Gallimard/Seuil, 2004.

GIBSON, J. J. The contributions of experimental psychology to the formulations of the problems of Safety. In: Id (Ed.). **Behavioral approaches to accident research**. New York: Association for the Aid of Crippled Children, 1961. p.77-89. apud Guarnieri M. Landmarks in the history of safety. *J Safety Res*. 1992;23:151-8.

GREEN, J. From accidents to risk: public health and preventable injury. **Health, Risk and Society**, v. 1, p. 25-39, 1999.

KUH, D.; BEN-SHLOMO, Y.; LYNCH, J.; HALLQVIST, J.; POWER, C. Life course epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 57, n. 10, p. 778-783, 2003.

LANGLEY, J. D. The need to discontinue the use of the term "accident" when referring to unintentional injury events. **Accident Analysis and Prevention**, v. 20, n. 1, p. 1-8, Feb 1988.

LUPTON, D. Introduction: risk and sociocultural theory. In: LUPTON, D. (Ed.). **Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1999. p.1-11.

MURRAY, C. J. L.; VOS, T.; LOZANO, R.; NAGHAVI, M.; FLAXMAN, A. D.; MICHAUD, C., LOPEZ, A. D. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2197-2223, 2012.

NORTON, R.; KOBUSINGYE, O. Injuries. **New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 18, p. 1723-1730, 2013.

WALLER, J. A. Reflections on a half century of injury control. **American Journal of Public Health**, v. 84, p. 664-670, 1994.

Proporção de Ocupações na Distribuição de Recursos Humanos dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio Grande do Sul

Veralice Maria Gonçalves

Valdeci Degiampietro Vaz

Paulo Belmonte de Abreu

A atenção em Saúde Mental no Brasil passou por importantes transformações conceituais e operacionais, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a partir da Lei Federal nº 10.216/01 e das diretrizes da Política Nacional de Saúde dos anos 90, apresentando formas de atenção à pessoa com sofrimento psíquico diferentes do modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo descentralizado e de base comunitária. A Política de Saúde Mental define que a rede de atenção ambulatorial deve funcionar de forma articulada, tendo os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços ambulatoriais que oferecem tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e dependentes de álcool e drogas. Constituem a estrutura pública de saúde mental de acordo com o modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com equipes multiprofissionais. Com o objetivo de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS foram criados para substituir as internações em hospitais psiquiátricos,

mantendo os pacientes acolhidos em sua comunidade.¹

Os serviços de atenção psicossocial na comunidade existem em apenas 68,1% dos países, com cobertura de 83,3% da população mundial¹². A cobertura populacional não é uniforme e é frequentemente restrita a poucas áreas dentro do país. No Brasil, em março de 2009, apenas 1.028 municípios⁶ possuíam Centros de Atenção Psicossocial, representando 18% do total de municípios do país, e no Rio Grande do Sul, no mesmo período, apenas 86 municípios possuíam CAPS, totalizando 17% do total de municípios do Estado.

A cobertura de atenção ao paciente com doença mental tem sido realizada de forma desigual no estado do Rio Grande do Sul (GONÇALVES, 2009). A transição da assistência antes centrada nas internações psiquiátricas para as internações em hospitais gerais e atendimento em serviços de base comunitária está se dando em uma velocidade muito lenta em relação à demanda (ABELHA, 2004), y, situação também encontrada nos países desenvolvidos conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS.²

A avaliação dos serviços de atenção à saúde mental de base comunitária é necessária para conhecer a estrutura da rede, e permitir intervenções baseadas nos resultados obtidos, permitindo não apenas o julgamento de sua eficácia, mas dos fatores que explicam os resultados, com vista em modificações posteriores (NOVAES, 2000).

Itens importantes do monitoramento da mudança do modelo de atenção têm sido levantados e devem nortear a construção de indicadores que permitam a análise destes resultados: a cobertura de CAPS não está adequada aos parâmetros mínimos definidos pela Política de Saúde Mental em sete das dezenove regiões de saúde no Estado do Rio Grande do Sul (GONÇALVES, 2009), representando inadequação do acesso a 49% da população. A formação de recursos humanos para atuação em equipes de saúde mental tem sido um dos aspectos de preocupação

1 BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

2 WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva; 2001.

na definição dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS⁸; as condições precárias de trabalho – instalações físicas inadequadas, faltas de recursos materiais e humanos, têm sido apontadas como os fatores que mais contribuíram para menor satisfação com o trabalho e mais impacto sobre a saúde do trabalhador (REBOUÇAS, 2009). A atuação dos profissionais das equipes comunitárias de saúde mental é diretamente responsável em promover maior adesão ao tratamento (MALONE, *Online*) por parte dos pacientes.

Com base na reforma do modelo de atenção à saúde mental, novas formas de abordar o sofrimento psíquico foram proporcionadas, por meio de um trabalho multidisciplinar, reformulando o formato de assistência e reorientando a prática clínica nos serviços públicos de saúde (RINALDI, 2008). Entre outros aspectos, a análise de indicadores da estrutura da rede de atenção psicossocial com base comunitária relacionados aos recursos humanos se faz necessária para identificação da adequação de sua distribuição, formação, regulamentação de carreiras e avaliação de satisfação do seu trabalho com o objetivo de qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar.

Métodos

Foram obtidos os dados públicos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponíveis no site do DATASUS (Departamento de Informática do SUS – Sistema Único de Saúde), gerados os indicadores de recursos humanos dos CAPS (IRH) e a proporção de profissionais por CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) dos Centros de Atenção Psicossocial em relação ao total de recursos humanos existentes em saúde mental, que atuam no SUS.

O índice de RH (IRH) dos Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul foi calculado com base no número de recursos humanos dos CAPS dividido pelo número total da população do estado, multiplicado pelo fator 100.000, cujo resultado foi 18,8. Foram calculados os índices de recursos humanos para cada uma das 19 Regionais de Saúde de acordo com a população da região geográfica analisada, com o objetivo de testar a hipótese de que existe semelhante distribuição de pro-

fissionais e de ocupações para atenção à saúde mental nas modalidades de serviço de base comunitária nas diferentes regiões do estado do Rio Grande do Sul.

Resultados

Com base na análise da proporção de recursos humanos em atuação nos Centros de Atenção Psicossocial em relação aos recursos humanos que atendem ao SUS no estado, identificou-se uma amplitude de variação de 5,79, representada entre valores mínimo (0,23) e máximo (6,01).

Regional de Saúde	IRH	% PRH CAPS/PRHC-SUS
Alegrete	47,1	6,01
Santa Cruz do Sul	27,4	3,21
Porto Alegre 01	22,4	2,09
Porto Alegre 02	14,2	2,01
Santo Ângelo	23,2	2,01
Pelotas	21,9	1,96
Osório	16,3	1,75
Santa Maria	17,1	1,71
Erechim	15,8	1,68
Ijuí	23,3	1,68
Bagé	17,0	1,64
Cachoeira do Sul	11,2	1,24
Caxias do Sul	11,3	1,15
Lageado	11,1	1,06
Cruz Alta	10,5	0,95
Frederico Westphalen	8,6	0,84
Palmeira das Missões	6,7	0,65
Santa Rosa	7,0	0,60
Passo Fundo	3,1	0,23
Estado do RS	18,8	1,82

Fonte: MS/DATASUS/CNES

Tabela 1. Indicadores de Recursos Humanos e Proporção de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (PRH-CAPS) em relação ao total de profissionais cadastrados que atendem SUS (PRHC-SUS) por Regional de Saúde. Rio Grande do Sul, Brasil, março de 2009.

Foram identificadas oitenta e duas (82) diferentes profissões atuando nos CAPS (Tabela 2), de acordo com a CBO-2002 (Classificação Brasileira de Ocupações). As categorias de maior frequência referem-se a psicólogos clínicos, enfermeiros, médicos psiquiatras e auxiliares de enfermagem, representando 50,1% do total de 2.048 profissionais cadastrados, seguidos por técnicos de enfermagem, assistentes sociais, médicos clínicos e terapeutas ocupacionais, o que corresponde a 28,1% de profissionais. Auxiliares de escritório, pedagogos, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos pediatras, fonoaudiólogos, profissionais de nível médio e outras especialidades médicas representam apenas 12,5% das ocupações nos CAPS do Estado. No restante do total, estão incluídas outras trinta e duas (32) ocupações, sendo 56% de nível superior.

Para análise do número de profissionais por ocupação na composição das equipes, foram calculadas as proporções de cada especialidade em relação ao número total de profissionais daquela ocupação no estado (Tabela 2).

Considerando que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde possui informações dos profissionais e seus vínculos com o Sistema Único de Saúde, e identifica sua atuação em relação ao SUS, foi analisada a diferença entre as proporções relativas ao número total do profissional no estado e em relação ao número total do profissional que atende ao SUS. Foi verificada diferença estatisticamente significativa para a ocupação psiquiatras ($P=0,001$; IC95%:0,02 a 0,07), mas não para as demais ocupações. Desta forma, o denominador utilizado na geração do indicador foi o número total de profissionais que atende ao SUS. A representação da ocupação no quantitativo total de profissionais das equipes foi analisada segundo sua proporção.

Ocupações	Total PRH-CAPS		Total PRHC-SUS		P N1/N2
	N1	%	N2	%	
Psicólogo Clínico	389	19,0	1.757	1,6	0,22
Enfermeiro	215	10,5	5.781	5,1	0,04
Médico Psiquiatra/ Psicanalista	214	10,4	1.046	0,9	0,20
Auxiliar de Enfermagem/ Ambulatório	208	10,2	14.993	13,3	0,01
Técnico de Enfermagem e Socorrista	176	8,6	13.153	11,7	0,01
Assistente Social	152	7,4	1.058	0,9	0,14
Médico Clínico	150	7,3	12.524	11,1	0,01
Terapeuta Ocupacional	98	4,8	300	0,3	0,33
Pedagogo Especializado em Défic	36	1,8	267	0,2	0,13
Nutricionista	29	1,4	1.117	1,0	0,03
Fisioterapeuta Cinesiólogo	27	1,3	1.565	1,4	0,02
Fonoaudiólogo	15	0,7	463	0,4	0,03
Outras ocupações	339	16,6	58.360	51,9	0,01
Total	2.048	100,0	112.384	100,0	0,02

Fonte: MS/DATASUS/CNES

N1=Freqüência absoluta de profissionais cadastrados nos CAPS

N2=Freqüência absoluta de profissionais que atendem SUS, cadastrados no CNES

PRH-CAPS=Freqüência relativa de profissionais cadastrados nos CAPS

PRHC-SUS=Freqüência relativa de profissionais que atendem SUS, cadastrados no CNES

Tabela 2. Proporção de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (PRH-CAPS) em relação ao total de profissionais cadastrados que atendem SUS (PRHC-SUS) por ocupação. Rio Grande do Sul, Brasil, março de 2009

As ocupações descritas representam 83,4% do total do quantitativo de recursos humanos em exercício nos Centros de Atenção Psicossocial (1.709 em 2.048), mas corresponde apenas a 3,16% dos profissionais que atendem ao SUS no Estado (1.709 em 54.024).

A distribuição dos profissionais por local de atuação apresentou-se da seguinte forma: a maior frequência de psiquiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem encontra-se nos Hospitais Gerais (38,4%, 45,0%, 30,7%, 61,5% e 69,8% respectivamente), fonoaudiólogos e pedagogos especializados em deficiência estão vinculados principalmente a Clínicas Especializadas (29,16% e 44,2%), nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos encontram-se em maior frequência nas Unidades Básicas de Saúde (38,3%, 35,7% e 34,59%). Apenas terapeutas ocupacionais estão vinculados prioritariamente aos Centros de Atenção Psicossocial (32,7%), em comparação com os demais tipos de estabelecimentos de saúde.

No Estado do Rio Grande do Sul, em média, apenas 52% dos CAPS tipo I está adequado à Portaria GM 336 em relação ao quantitativo de profissionais de nível superior, e há adequação parcial em 28% do total. Em relação ao número de profissionais de nível médio, a inadequação está presente em 96% dos estabelecimentos, demonstrando a carência de recursos humanos que estruturam administrativa e tecnicamente os serviços (Tabela 3).

Na modalidade de serviço CAPS tipo II a maior adequação é relativa à presença de médico psiquiatra (77%), seguida pela presença de profissionais psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pedagogos ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; porém, é alto o percentual de inadequação de profissionais enfermeiros com formação em saúde mental (68%) e ainda maior em relação a profissionais de nível médio (87%).

A adequação em relação à presença de psiquiatras nas equipes dos serviços para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPS ad) é de 100%, mas inadequada quanto à existência de enfermeiros com formação em saúde mental (68%) e de profissionais de nível médio (87%).

Nos serviços de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes há 100% de adequação de composição de equipes com relação a profissionais de nível superior, mas completa inadequação em relação ao número de profissionais de nível médio em todos os CAPS ad (10).

Modalidade de Serviço Categoria Profissional (mínimo)	Adequado		Parcialmente Adequado		Não Adequado	
	Regionais N%	EAS N%	Regionais N%	EAS N%	Regionais N%	EAS N%
CAPS I						
1 médico com formação em SM	10 (53)	24 (44)	3 (16)	12 (22)	6 (31)	18 (34)
1 Enfermeiro	13 (68)	31 (57)	3 (16)	14 (26)	3 (16)	9 (17)
3 profissionais de nível superior (1)	12 (63)	30 (55)	3 (16)	19 (35)	4 (21)	5 (10)
4 profissionais de nível médio (2)	1 (5)	2 (4)	0	0	18 (95)	34 (96)
CAPS II						
1 médico psiquiatra	13 (68)	24 (77)	1 (5)	5 (16)	5 (27)	2 (7)
1 enfermeiro com formação em SM	1 (5)	10 (32)	0	0	18 (95)	21 (68)
4 profissionais de nível superior (3)	11 (58)	22 (71)	1 (5)	5 (16)	7 (37)	4 (13)
6 profissionais de nível médio (2)	3 (16)	4 (13)	0	0	16 (84)	27 (87)
CAPS ad						
1 médico psiquiatra	8 (42)	14	0	0	11 (58)	0
1 enfermeiro com formação em SM	0	0	0	0	19 (100)	14
1 médico clínico	7 (37)	11 (79)	0	0	12 (63)	3 (21)
4 profissionais de nível superior (3)	5 (26)	7 (50)	0	0	14 (74)	7 (50)
CAPS i						
1 médico psiquiatra (4)	7 (37)	10	0	0	12 (63)	0
1 enfermeiro	7 (37)	10	0	0	12 (63)	0
4 profissionais de nível superior (3)	7 (37)	10	0	0	12 (63)	0
5 profissionais de nível médio (2)	0	0	0	0	19 (100)	10

- (1) psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- (2) técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
- (3) psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- (4) ou neurologista ou pediatra com formação em SM (Saúde Mental)

Tabela 3. Adequação à Portaria GM336, por modalidade de serviço e categoria profissional. Rio Grande do Sul, Brasil. Março de 2009.

Conclusões

Os resultados identificam a existência da centralização das ações para o modelo clínico, com prevalência da presença de psicólogos (19%) em relação às demais ocupações nas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial.

O número de psiquiatras existente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é de 5.768 no total, 79% na rede pública de atenção, estando 61% na Região Sudeste e 16% na Região Sul; destes, 463 psiquiatras (62%) estão na rede pública do Rio Grande do Sul, o que representa apenas 10% do total do país.

O número de psiquiatras cadastrados nos CAPS do RS é de 214 (11,3+16,8), representando apenas 14,1% dos profissionais de nível superior existentes nesta modalidade de serviço e 46% do total do Estado.

A proporção de psiquiatras por 100.000 habitantes no Estado é de 2,0, igual ao número médio de psiquiatras por 100.000 habitantes das Américas, e que varia de 0,04 na Região Africana a 9,80 na Região Européia¹².

Apesar de aproximadamente quase a metade dos países possuírem menos de um psiquiatra por 100.000 habitantes, a distribuição deste profissional nos CAPS das Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul é desigual, variando de 0,3 (Passo Fundo) a 4,2 (Santa Cruz do Sul), havendo uma região com inexistência de CAPS; portanto, não computada. Cinco Regiões estão abaixo do índice calculado, oito estão acima e uma região apresenta mais de duas vezes o índice estadual.

Os dados utilizados neste estudo possuem algumas limitações que devem ser levadas em consideração em seus resultados.

A atualização dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é de responsabilidade do gestor municipal, sendo regulamentados pela Portaria Ministerial nº 767 de 18 de outubro de 2002; porém, a periodicidade de atualização dos dados difere por parte dos municípios. A rotatividade dos Recursos Humanos nos estabelecimentos de saúde do País é muito grande, e o processo de descentralização do sistema de informação para os municípios é lento, o que demanda sistemático fluxo de documentos para as Regionais de Saúde, responsáveis pelo processamento dos dados do CNES de sua região. Mesmo assim, a informação proveniente destes dados deve ser considerada como a melhor existente para esta análise, considerando que é gerada pelo Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde, uma das bases oficiais que compõe o Sistema Nacional de Informações em Saúde no Brasil.

Mesmo considerando algumas similaridades e diferenças vistas no Estado do Rio Grande do Sul, os recursos disponíveis, as necessidades e prioridades na rede de atenção psicossocial devem ter análises detalhadas e soluções individualizadas com o foco na ampliação da atenção à saúde mental de base comunitária em cada Região, de acordo com suas especificidades. A lenta velocidade na estruturação dos serviços e adequação dos recursos humanos por parte dos gestores públicos impede a garantia do cuidado básico em saúde mental para população com transtornos mentais severos e persistentes.

REFERÊNCIAS

ABELHA L; LEGAY, LF; LOVISI, G. **O processo de reforma psiquiátrica brasileiro**. Cad Saúde Coletiva. 2004;12(1):9-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

CANDIAGO RH & ABREU PB: Use of Datasus to evaluate psychiatric inpatient care patterns in Southern Brazil. Rev. Saude Publica. 2007 Oct;41(5):821-9.

DONABEDIAN, A. **La Calidad de La Atención Médica: definición y métodos de evaluación.** México: La Prensa Médica Mexicana, S.A, 1984.

GONÇALVES, V.M. et all. **A falácia da adequação de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Sul, Brasil.** Artigo aceito para publicação pela Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul em 30/07/2009.

MALONE D, MARRIOTT S, NEWTON-HOWES G, SIMMONDS S, Tyrer P. **Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2.

MS/DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, disponível em cnes.datasus.gov.br. acessado em 04 out 2009.

NOVAES, H.M.D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Rev Saúde Pública, 34(5):547-59, 2000.

REBOUÇAS, Denise; LEGAY, Letícia Fortes and ABELHA, Lúcia. **Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental.** Ver. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, n.2, PP. 244-250.

RINALDI, D. L.; BURSZTIN, D. C. **O Desafio da clínica na atenção psicossocial.** Arquivos brasileiros de psicologia, 2008. V.60, N.2.

WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. Mental Health Evidence of Research. **Mental Health Atlas**. Geneva, 2005.y.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope**. Geneva; 2001.

Tendências na formação do profissional nutricionista no Rio Grande do Sul

*Adriana da Silva Machado
Carmen Lucia Bezerra Machado*

Este trabalho resulta das inquietações que têm marcado minha trajetória como nutricionista. Inserida em uma prática predominantemente voltada ao sistema público de saúde, em especial nas ações relacionadas à atenção primária, tenho vivenciado a complexidade das necessidades sociais em saúde, as quais demandam a incorporação de diferentes saberes e práticas que não se esgotam em um único núcleo profissional. Trata-se de uma realidade que desvela o desafio da formação dos trabalhadores de saúde, particularmente no que se refere à adequação dos programas de graduação e pós-graduação às dimensões sociais, econômicas e culturais de saúde da população. Desta forma, este trabalho traduz um ideal pessoal que percebe na produção e difusão de saberes a possibilidade de construção de uma sociedade mais justa e equânime.

Acredito que toda pesquisa é marcada por fatos e conhecimentos socialmente forjados e apropriados conforme a intencionalidade dos sujeitos, constituindo um discurso coletivo que se materializa como o casaco de Arlequim¹. Neste sentido, como não poderia deixar de ser, a

1 Personagem de Michel Serres (1993), Arlequim é um imperador fictício que, retornando de uma viagem à lua, afirma a seus súditos que tudo é igual em todas as partes. Inconformado, um dos súditos questiona sobre o casaco do soberano, feito de retalhos, arguindo que, “se tudo em toda parte é igual aqui, quer que a gente acredite que sua capa é feita de uma mesma peça, tanto na frente quanto na traseira?” Frente à contrariedade da platéia, a única saída para Arlequim é tirar o casaco que o contradiz. Ao se despir, entretanto, aparece outra vestimenta igual à anterior, a qual, ao ser retirada, desvela outra idêntica, e assim sucessivamente. Por fim, fica nu, mas seu corpo se mostra tatuado e tão multicolorido como os casacos largados no chão, desmentindo a pretendida unidade de suas palavras.

trajetória deste trabalho foi marcada por caminhos e escolhas dialógicas que emergirão ao longo do texto e do contexto. Por isso a opção de conjugar os verbos na primeira pessoa do plural, em vários momentos, nos parágrafos que se seguem.

Atualmente são registrados no RS cerca de mil novos profissionais nutricionistas por ano, conforme dados do Conselho Regional de Nutrição da 2ª Região – CRN2. Muitos destes profissionais são absorvidos diretamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou atuam em organizações onde, de alguma maneira, desenvolvem ações voltadas à saúde pública. Esta participação deve aumentar substancialmente nos próximos anos, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), em função da implementação dos chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como concretização legal de uma política de incentivo à ampliação das equipes de saúde que atuam nos territórios assistidos pela Estratégia de Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2008). Conforme a PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os NASF tem o objetivo de qualificar a assistência a saúde prestada a população na atenção básica, aumentando sua resolubilidade. Estamos, portanto, frente a uma nova etapa no processo de consolidação do SUS, em que o Ministério da Saúde (MS) reconhece a necessidade de incorporação de outros saberes e práticas às equipes da ESF.

Neste contexto, torna-se mais do que nunca necessário discutir a formação dos profissionais de saúde, a qual, como aponta Lampert (2002), é marcada por uma histórica desvinculação entre o meio acadêmico e o processo de reorganização dos serviços e de redefinição das práticas de atenção à saúde.

Ao considerar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a Constituição Brasileira de 1988 estabelece que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, a qual, historicamente, sempre esteve sob controle do Ministério da Educação (MEC). Segundo Lampert (2002), somente nos últimos anos tem surgido espaços de diálogo intersetorial entre o MS e o MEC, em função da implementação de ações inovadoras relacionadas ao processo de aceleração da descentralização e da municipalização, com destaque para a expansão

da ESF. Inseridas neste novo contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino na área da saúde trouxeram um avanço, ao estabelecerem competências e habilidades na perspectiva do atendimento às necessidades sociais da população brasileira e da formação de um profissional generalista, reflexivo e capaz de “reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2001).

A implementação das DCN para o ensino na área da saúde, como aponta Lampert (2002), é permeada por contradições. Por um lado, encontra um contexto favorável nas reivindicações por uma atenção à saúde integral e mais humanizada, bem como nos altos custos e na ineficiência dos sistemas centrados na especialização. Por outro, enfrenta os obstáculos das tradições históricas e culturais dos serviços de saúde e das instituições de formação profissional. Estas instituições, de um modo geral, são modeladas por uma lógica fragmentada e compartimentada, conforme observado no documento que apresenta as Diretrizes Gerais do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI):

O sistema de educação superior brasileiro ainda conserva modelos de formação acadêmica e profissional superados em muitos aspectos, tanto acadêmicos como institucionais, e precisa passar por profundas transformações. Na verdade, prevalece no sistema nacional uma concepção fragmentada do conhecimento, resultante de reformas universitárias parciais e limitadas nas décadas de 60 e 70 do século passado. Essa organização acadêmica incorpora currículos de graduação pouco flexível, com forte viés disciplinar, situação agravada pelo fosso existente entre a graduação e a pós-graduação, tal qual herdado da reforma universitária de 1968 (BRASIL, 2007a, p. 7).

Buscando reafirmar os princípios das DCN e fomentar a integração ensino-serviço, assim como uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, o MS (através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional

de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do MEC, e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em meados da década passada (BRASIL, 2007b).

Não obstante estes esforços, as estratégias de implementação das diretrizes encontram-se em construção e ainda obedecem às características e peculiaridades de cada Instituição de Ensino Superior (IES), permeável às percepções e questionamentos dos diferentes atores envolvidos no processo. Neste contexto, torna-se importante identificar e monitorar as tendências na incorporação dos referenciais preconizados pelas DCN nos cursos da área da saúde, bem como orientar o encaminhamento das transformações necessárias. Para tanto se faz necessária à construção e a aplicação de instrumentos de avaliação e acompanhamento que funcionem como indicadores de rumos e de correções de percurso, tendo em mente uma percepção que, além de conhecer os conteúdos dos programas disciplinares e os aspectos técnicos inerentes ao aprendizado através de um determinado tipo de ensino didático, compreenda o processo educativo como uma experiência sócio-cultural que incorpora valores, atitudes e padrões de comportamento (LAMPERT, 2002).

Partindo desta perspectiva, esta pesquisa buscou identificar as tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação das IES vinculadas ao Pró-Saúde no RS, a partir do que determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Nutrição (DCNCGN). Para tanto, utilizamos o instrumento e a metodologia sugeridos por Lampert et al. (2009) no do projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras, que considera cinco eixos de relevância na construção e desenvolvimento dos programas curriculares para a educação/formação do profissional de saúde. Além disso, levamos em conta as observações realizadas durante o desenvolvimento da pesquisa, registradas sob a forma de diário de campo.

Este trabalho se justifica a partir das próprias DCN, que apontam a necessidade de avaliação permanente de sua implantação e seu desenvolvimento pleno. Em um cenário mais amplo, esperamos poder contribuir positivamente para a formulação de propostas e o desenvol-

vimento de estratégias que resultem na qualificação das políticas públicas de saúde.

As DCN dos Cursos de Graduação em Saúde

A crítica ao modelo fragmentado de formação nas profissões de saúde encontra no debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Saúde, aprovadas no início da última década, um marco importante. Gerados em um clima de ruptura com o modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, os movimentos de mudança na graduação propunham que a noção de diretrizes indicasse como possibilidade a desejável perspectiva transformadora da formação de profissionais de saúde.

Fruto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), aprovada em 1996, as DCN têm como ideário básico uma flexibilização curricular, visando ao estudante enfrentar as rápidas mudanças do conhecimento e seus reflexos no mundo do trabalho, buscando contemplar, para cada curso, o perfil acadêmico e profissional, as competências, as habilidades e os conteúdos nelas estabelecidos, a partir de referências nacionais e internacionais (BRASIL, 2006, p. 13-14):

O perfil do profissional de saúde definido nas diretrizes é de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Enfatiza-se a perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Desta forma, as diretrizes orientam para currículos que contemplem elementos de fundamentação essencial no seu campo do saber ou profissão, numa concepção de que o indivíduo deve aprender a aprender, engajado num processo de educação permanente.

Propõe-se que os cursos de graduação sejam baseados em aprendizagem ativa, centrada no aluno, como sujeito da aprendizagem e no professor, como facilitador e mediador deste processo de ensino-aprendizagem. Enfoca-se o aprendizado baseado em competências,

em evidências científicas, na solução de problemas e orientado para a comunidade. A diversificação de cenários e ambientes de aprendizagem centra-se na prática e na inserção do estudante no sistema público de saúde vigente, já no início da sua formação.

As DCN trazem em seu conteúdo alterações importantes no que se refere às concepções de formação e de processo ensino-aprendizagem até então utilizadas pelas IES. Além disso, transparece na proposta a preocupação em formar um profissional voltado para as necessidades de saúde da população, de acordo com as especificidades e peculiaridades culturais, econômicas e sociais de cada região. Trata-se, segundo Soares (2007, p. 63), de uma nova concepção, em que o “conteúdo principal não está mais centrado em matérias, duração e carga horária, mas no delineamento do perfil profissional”. Para Arruda & Campos (2001) este perfil deve acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico, sem se limitar ao que se encontra sintetizado em algumas disciplinas.

Ressaltando o significado histórico das DCN para a formulação das políticas públicas em nosso país, Ceccin & Feuerweker (2004a, p. 1404) observam que

a mobilização do setor da saúde para a definição das diretrizes curriculares nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também correspondeu ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões. Correspondeu, igualmente, ao engajamento pela melhor aplicação da LDB, tendo em vista a relevância social das instituições formadoras e sua capacidade de dar resposta às necessidades e direitos da população e viabilizar a melhor formação inicial para a absorção dos profissionais no sistema de saúde.

Com relação especificamente às DCN para a área de nutrição, as mesmas começaram a ser discutidas logo após a aprovação da LDB, quando a Comissão de Especialistas de Ensino da Nutrição do MEC, juntamente com o Conselho Federal de Nutrição (CFN) e a Associação Brasileira de Nutricionistas (ASBRAN), promoveram o I Seminário de Ensino: Novos Rumos para o Ensino da Nutrição, em outubro de 1997.

O objetivo era interpretar a LDB e elaborar sugestão para a formulação das DCNCGN e posterior avaliação da sua implementação (CFN, 2008). Na segunda versão do evento, em outubro de 1998, buscou-se discutir o processo de viabilização das recomendações do MEC sobre a implantação das diretrizes. Por fim, pela Resolução nº 5/2001, foram instituídas as DCNCGN (BRASIL, 2001, p. 1), pautando a formação de um profissional generalista, humanista e crítico,

capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural.

O anseio de uma proposta que forme um profissional generalista, segundo Kopruszynski (2003), corresponde à busca incessante de uma formação integrada, articulando ciclo básico e profissional, teoria e prática, conhecimentos biológicos e sociais. Entretanto, segundo este autor, faltaria às propostas curriculares maior clareza quanto ao significado de profissional generalista. Não obstante esta proposta de formação de um profissional generalista, o CFN estabeleceu como sete as grandes áreas de atuação do nutricionista: Unidade de Alimentação e Nutrição, Nutrição Clínica, Saúde Coletiva, Docência, Indústria de Alimentos, Nutrição em Esportes e Marketing de Alimentos e Nutrição (CFN, 2008).

Considerada uma proposta inovadora do ponto de vista pedagógico da formação, as DCN são alvo de questionamentos. Ceccin & Feuerweker (2004a) observam que as diretrizes curriculares, mesmo reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que as universidades gozam de autonomia, conforme definido na LDB. Além disso, reconhecem que o desafio das mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade exige mais que declarações de intenção e da existência formal de propostas, instâncias ou estruturas. Isto significa que, embora indispensável, a reconfiguração do projeto político-pedagógico, do

currículo e das práticas de ensino não é suficiente para superar conceitos e práticas cristalizados dentro e fora das instituições formadoras. Para Soares (2007), os currículos praticados a partir da reforma da década de 70 não foram superados pelas recomendações das DCN, pois estas conservam orientações quanto à manutenção dos conteúdos de estudos e, portanto, o caráter de fragmentação do ensino, com prejuízo da formação que privilegie uma visão holística da saúde, preconizada pela própria DCN. Nesta direção, Amorim (2001) aponta para a necessidade de que todos aqueles que pensam a educação de uma forma ampla, num mundo em que todos os fenômenos estão intrinsecamente relacionados, passem a conhecer os princípios do paradigma sistêmico ou holístico, reconhecendo no mesmo uma possibilidade a ser explorada.

De fato, a mudança na formação dos profissionais de saúde, visando uma aproximação das necessidades sociais, é polêmica e permeada de conflitos. Atualmente, iniciativas como a criação da Associação Brasileira do Ensino da Nutrição (ABENUT), ainda em fase de estruturação, configuram uma tentativa de reunir em um mesmo espaço de discussão todos os profissionais envolvidos com o ensino nesta área, como uma tentativa para tentar superar antigos problemas relativos à formação do profissional nutricionista no Brasil, em particular neste momento de crescimento exponencial do número de IES no Brasil.

Em 2006, frente à necessidade de avaliar e acompanhar as mudanças que vêm ocorrendo nas escolas médicas após movimentos que recomendam adequar a formação do profissional às demandas contemporâneas de saúde (em especial no Brasil, após a homologação das DCN), a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) lançou o projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras (LAMPERT et al, 2009). Em 2013, a ABEM está completando 50 anos de fundação, neste contexto de comemorações, lançou o programa de avaliação das Escolas da Área da Saúde. Sendo assim, a Caem (Comissão de Avaliação das Escolas Médicas), passou a se chamar Caes (Comissão de Avaliação das Escolas da Área da Saúde).

Assim, partindo de uma perspectiva que busca não ignorar as possibilidades e os limites das transformações preconizadas pela DCN,

torna-se importante identificar e monitorar as tendências na incorporação dos referenciais preconizados pelas mesmas nos cursos da área da saúde, bem como orientar o encaminhamento das transformações necessárias para que as práticas profissionais e a organização do trabalho se aproximem das concepções relativas à integralidade da atenção em saúde.

Metodologia

Foram convidadas a participar da pesquisa as seis IES que oferecem o curso de graduação em Nutrição e que estão vinculadas ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do Sul.

Para atender aos objetivos do estudo utilizamos a metodologia e o instrumento sugeridos por Lampert et al. (2009), dentro do projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras, que considera cinco eixos de relevância na construção e desenvolvimento dos programas curriculares para a educação/formação profissional. Estes cinco eixos compreendem: I) mundo do trabalho; II) projeto pedagógico; III) abordagem pedagógica; IV) cenários de prática e V) desenvolvimento docente. Além disso, levamos em conta as observações realizadas durante o desenvolvimento da pesquisa, registradas sob a forma de diário de campo.

Segundo Lampert (2002, 2009), a maneira como estes eixos são percebidos na implementação do programa curricular permite abalzar tendências de mudanças nas escolas ao se deslocarem de um modelo tradicional para configurações que se aproximem da linha das recomendações dos fóruns de educação na área da saúde e das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Cada eixo é constituído por vetores que buscam distinguir, de maneira mais específica, os movimentos de mudança concernentes às determinações das DCN. No instrumento utilizado, os cinco eixos conceptuais referidos compreendem um total de dezessete vetores, apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Os cinco eixos conceptuais e seus vetores

Eixo	Descrição	Vetores
Mundo do Trabalho	- Busca identificar a tendência da IES para mostrar e discutir, de forma crítica, aspectos do mercado de trabalho onde o nutricionista deverá inserir-se para prestar serviços de saúde, procurando, de forma comprometida, acompanhar e discutir criticamente a dinâmica do mercado de trabalho e a organização dos serviços, visando ao atendimento qualificado da saúde da população e à orientação dos futuros profissionais.	- Carência de profissionais e emprego - Base econômica da prática profissional - Prestação de serviços
Projeto Pedagógico	- Busca identificar, na orientação teórica da IES, a tendência de dar ou não um enfoque intersetorial com mais ênfase à saúde e/ou à doença.	- Biomédico e epidemiológico-social - Aplicação tecnológica - Produção de conhecimentos - Pós-graduação e educação permanente
Abordagem Pedagógica	- Busca identificar a tendência do processo ensino-aprendizagem e do processo avaliativo, bem como a orientação didático-pedagógica, verificando se é mais centrada no professor ou no aluno, com o uso ou não de tutorias.	- Estrutura curricular - Orientação didática - Apoio e tutoria
Cenários de prática	- Busca identificar a tendência para o ensino centrar-se na rede do sistema, unidades básicas de saúde, domicílios/famílias/comunidades, identificando a diversificação de cenários (locais) e as oportunidades que a IES proporciona aos alunos para o aprendizado da prática profissional.	- Local de prática - Participação discente - Âmbito da prática ou escolar
Desenvolvimento Docente	- Busca identificar a tendência para investir nos aspectos didático-pedagógicos, técnico-científicos e de interação com os serviços, caracterizando as políticas da IES em relação ao corpo docente, o agente que orienta a formação profissional e serve como modelo em serviço.	- Formação didático-pedagógica - Atualização técnico-científica - Participação nos serviços de assistência - Capacidade Gerencial

Fonte: Lampert et al (2009)

Para cada um dos vetores há três situações alternativas, caracterizando: alternativa 1 - situação tradicional do modelo flexneriano; alternativa 2 - situação de inovação, intermediária (paradigma de Leavel e Clarck); e alternativa 3 - situação avançada para o modelo da integralidade.

Em consonância com o Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área da Saúde (CAEM/ABEM, 2007), o instrumento de coleta de dados (Anexo 1) foi aplicado à Comissão Própria de Avaliação (CPA) ou ao colegiado de atores sociais (docentes, discentes, técnico-administrativos, outros) envolvidos com a implementação do Projeto Pedagógico Institucional (PPI) do curso de graduação de cada uma das IES pesquisadas.

A aplicação do instrumento ocorreu em no máximo duas reuniões, obedecendo aos seguintes passos: (a) explicar sobre mudanças de modelo/paradigma na educação em saúde, abordando as DCN, o processo de auto-avaliação e o método proposto; (b) distribuir o instrumento aos participantes, com os cinco eixos (mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática, e desenvolvimento docente) e expor, um a um, os vetores de cada eixo, com leitura das três alternativas em cada um deles; (c) colocar em discussão cada vetor, buscando consenso sobre quais das três alternativas oferecidas predomina na prática cotidiana do curso de graduação da escola (alternativa 1 - situação tradicional do modelo *flexneriano*; alternativa 2 - situação de inovação, intermediária (paradigma de Leavel e Clarck); e alternativa 3 - situação avançada para o modelo da integralidade); (d) solicitar que o grupo identifique a justificativa (o porquê da alternativa predominante) a partir da identificação de políticas, cultura institucional e/ou valores, etc; (e) solicitar que o grupo identifique uma ou mais evidências passíveis de averiguação e constatação (exemplos concretos, documentos ou ações) que confirmem a alternativa escolhida como predominante nas práticas da escola; (f) preencher apenas um instrumento, com o consenso ou percepção predominante no grupo.

Os resultados foram discutidos no conjunto das escolas e analisados individualmente. Na análise individual, apresentam-se os resultados da aplicação do instrumento de pesquisa na figura de uma roda com perfil radial (figura 1). Os cinco eixos com seus vetores se dirigem, nesta

figura, do centro para a periferia, ou seja, de uma posição considerada conservadora, tradicional (primeira alternativa apresentada no instrumento no círculo mais interno), para uma intermediária, inovadora (segunda alternativa) e logo para uma mais avançada (terceira alternativa). À medida que as escolas se percebem, nas alternativas, em posições mais avançadas em direção ao preconizado pelas DCN, uma área maior do círculo é coberta, podendo ser quantificada em percentuais. Para tanto, atribui-se um peso de 20 para cada eixo, sobre um todo de 100%. Dentro de cada eixo também são atribuídos pesos para cada vetor, os quais, somados, conferem 100% do valor do eixo. Portanto, a quantificação da cobertura da área do círculo pode variar de 33%, correspondendo à percepção de todos os eixos na primeira alternativa conservadora e tradicional, a 100%, com a percepção de todos os eixos na terceira alternativa.

Os resultados apresentados - descritivos e na figura resultante quantificada - conferem uma tipologia, contida entre o perfil mais avançado e o perfil mais tradicional. O perfil mais avançado se identifica no conjunto dos cinco eixos com a alternativa três na maioria ou na totalidade dos vetores, enquanto o perfil tradicional se percebe identificado predominantemente com a alternativa de número um. A posição intermediária entre estes dois perfis, que corresponde a uma posição intermediária, pode apresentar tendência avançada ou tendência ao tradicional. Assim, a tipologia do perfil de tendências da escola pode ser identificada basicamente como:

A – Avançada: Alternativa três na maioria ou na totalidade dos vetores.

Ia – Inovadora com tendência avançada: Alternativa dois na maioria dos vetores, com predominância da alternativa três nos vetores restantes.

It – Inovadora com tendência tradicional: Alternativa dois na maioria dos vetores, com predominância da alternativa um nos vetores restantes.

T – Tradicional: Alternativa um na maioria ou na totalidade dos vetores.

As tipologias **T** e **It** correlacionam-se com o nível de inovação com características funcionais sistêmicas. Já as tipologias **Ia** e **A** correlacionam-se com o nível das mudanças – com potencial para produzir uma mudança do modelo de atenção. Por fim, o nível das transformações seria atingido pelas escolas de tipologia **A**, à medida que efetivem verdadeira articulação entre o biológico, o psicológico, o social e o ambiental, focando a saúde de forma integrada, com base em seus determinantes histórico-sociais, utilizando uma abordagem intersetorial e transdisciplinar, e integrando promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Figura 1: Modelo radiado, com três círculos em tons distintos, representando os níveis 1, 2 e 3, referentes às alternativas de cada vetor que compõem os cinco eixos conceptuais relevantes, para representar a percepção do colegiado, captada na aplicação do instrumento de pesquisa



Cabe observar, por fim, que para além da objetividade das escolhas de alternativas por cada colegiado reunido, este trabalho contemplou ainda, a análise conjunta das anotações em diário de campo, constituído por registros de observações, comentários e reflexões, motivados por falas, atitudes e comportamentos individuais e coletivos que emergiram do debate, em cada grupo, durante o processo de avaliação das escolas. Bem como a consistência teórica, política e ideológica das justificativas e evidências, apontadas pelos cursos em cada vetor.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Das seis IES convidadas para participarem da pesquisa, uma apresentou dificuldades de ordem administrativa e burocrática para a participação no período proposto, que compreendeu novembro de 2009 a julho de 2010.

As cinco instituições que participaram deste estudo – tratadas a partir daqui pelos números 1 a 5 - oferecem, anualmente, 360 vagas (quadro 2), sendo que apenas uma não disponibiliza duas entradas de alunos por ano. Duas instituições são públicas, vinculadas à esfera federal, e três são do setor privado. Quanto à localização regional, uma é da capital e quatro são do interior do estado. Observamos uma relação direta entre a idade da escola e o número de vagas oferecidas, sendo que a mais antiga, com 36 anos de idade, responde por quase 28% dos ingressos das cinco instituições avaliadas.

Quadro 2 - Características das IES que participaram do estudo

IES	Instituição	Local	Idade em anos	Entrada anual de alunos	Número de vagas anuais
01	Pública Federal	Interior	36	Duas	100
02	Pública Federal	Capital	11	Duas	60
03	Privada	Interior	13	Duas	80
04	Privada	Interior	08	Uma	40
05	Privada	Interior	13	Duas	80

Análise Individual das IES

Escola 1

No primeiro eixo, do mundo do trabalho, a escola se percebe na situação intermediária - de inovação - nos três vetores considerados (carência de profissionais e emprego, base econômica da prática profissional e prestação de serviços).

Refere considerar as possibilidades de emprego/trabalho para a construção do projeto pedagógico, sem levar em conta a falta de profissionais para a rede básica de saúde. Justifica e evidencia esta tendência a partir da distribuição igualitária da carga horária entre as três áreas de atuação do nutricionista (nutrição em unidades de alimentação e nutrição, nutrição clínica e nutrição social), assim como pelo projeto político-pedagógico da instituição e a participação em iniciativas como o Pró-Saúde, REUNI e PET-Saúde. Também reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada, lançando mão de relatos e palestras de profissionais convidados. Admite, entretanto, a falta de uma discussão mais aprofundada sobre a influência desta prática sobre a formação do nutricionista e a necessidade de incluí-la no projeto pedagógico. Ao mesmo tempo, refere abordar nos espaços de sala de aula e nos estágios a intermediação de seguradoras e planos de saúde entre prestadores e usuários de serviços, sem analisar criticamente, contudo, a influência da mesma sobre a relação do profissional com o usuário e sem proporcionar exercício didático-pedagógico do problema em equipe multidisciplinar.

No eixo II, do projeto pedagógico, a instituição se reconhece em situação intermediária no que se refere ao biomédico e epidemiológico-social e à produção de conhecimentos, e em situação avançada para o modelo da integralidade na aplicação tecnológica e na pós-graduação e educação permanente.

Afirma buscar a superação do modelo biomédico, a partir de um equilíbrio entre o biológico e o social, apesar de ainda não ter alcançado uma efetiva participação discente neste processo, assim como uma interação consistente com comunidade e serviços de saúde. Como evidências, aponta as atividades práticas em hospitais universitários,

serviços privados, ambulatoriais e unidades básicas de saúde vinculadas à universidade (a participação em serviços municipais é prejudicada pela relação conflituosa entre a universidade e o gestor municipal). No campo da pesquisa e extensão, desenvolve projetos que buscam se referenciar nas necessidades de saúde, com base nos aspectos epidemiológicos, demográficos e sócio-econômicos; neste quesito, o colegiado considera necessário uma politização mais efetiva do processo e uma participação discente mais satisfatória, não obstante a inserção de docentes e discentes voluntários em pesquisas de outros programas de pós-graduação. Refere analisar de forma ampla e crítica a aplicação tecnológica, enfatizando a atenção básica de saúde, apontando como evidências para esta opção a pós-graduação na área de nutrição e alimentos, assim como a adesão ao PET-Saúde e ao Pró-Saúde. Oferece pós-graduação articulada com o SUS – especialização, residência multiprofissional em oncologia e mestrado em nutrição e alimentos - e educação permanente aos profissionais da rede, visando às necessidades de saúde. Entretanto, em nenhum momento os integrantes do colegiado mencionaram se o projeto pedagógico busca a integração entre pós-graduação, pesquisa e extensão.

No eixo III, da abordagem pedagógica, o colegiado reconhece a existência de uma estrutura curricular tradicional e uma situação de inovação, intermediária, no que se refere à orientação didática, bem como ao apoio e tutoria.

Assume que o curso foi criado a partir de unidades curriculares, mas as reformas posteriores levaram a uma fragmentação que rompeu com a integração originalmente proposta, de tal modo que hoje o currículo apresenta ciclo básico e profissionalizante separados e organizados com disciplinas fragmentadas. Com relação à orientação didática, o curso tem buscado superar a atual situação, marcada por aulas teóricas e práticas centradas em habilidades clínicas, na direção de uma maior integração multidisciplinar e atividades práticas direcionadas para os serviços e espaços comunitários, tanto na saúde pública quanto em serviços de alimentação. Não apresenta qualquer movimento, entretanto, direcionado à utilização de métodos de aprendizagem ativos. No que se refere ao apoio e tutoria, a escola proporciona condições razoáveis de apoio e

oferece ensino realizado em pequenos grupos, mas não trabalha com tutoria.

No eixo IV, referente aos cenários de prática, a escola se percebe em situação intermediária no vetor da participação discente e em situação avançada nos vetores âmbito escolar e local de prática.

A instituição promove práticas de estágio nas unidades de saúde em todos os níveis de atenção, observando que inexistem fluxos efetivos de contra-referência na rede. O colegiado aponta como evidências relacionadas a esta opção a disciplina de administração em saúde pública - que vincula o sistema nos três níveis - e as atividades práticas de estágio, também inseridas nos três níveis. A escola busca proporcionar ao aluno participação supervisionada ao longo de todo o curso, referindo, entretanto, que esta ainda não atinge todas as disciplinas e alunos nos múltiplos campos de prática.

No desenvolvimento docente, eixo V, os vetores de formação didático-pedagógica e atualização técnico-científica foram identificados com a situação tradicional do modelo flexneriano, enquanto a participação nos serviços de assistência e a capacidade gerencial foram percebidas como em situação intermediária, de inovação.

A IES não oferece capacitação didático-pedagógica e atualização técnico-científica ao corpo docente, ou raramente o faz, ficando as mesmas a cargo da iniciativa individual dos interessados. Por outro lado, apresenta alguma integração entre docentes e serviços de saúde, com carga horária prevista para estas atividades, embora apenas eventualmente os profissionais dos serviços participem na docência. Por fim, a instituição não promove, mas reconhece a importância da capacitação gerencial, tendo docentes em cargos administrativos institucionais, os quais buscam assessorar-se de acordo com as necessidades identificadas. De acordo com o colegiado, a própria formação do profissional nutricionista inclui a discussão sobre ciências administrativas.

A representação gráfica desta escola (figura 2) apresenta duas expansões avançadas no eixo referente ao projeto pedagógico, já que a mesma se percebe oferecendo pós-graduação articulada com o SUS e educação permanente aos profissionais da rede a partir das necessidades de saúde, analisando de forma ampla e crítica a aplicação tecnológica. Também

apresenta duas expansões avançadas o eixo referente aos cenários de prática, por promover práticas de estágio nas unidades de saúde em todos os níveis de atenção, de forma integral, e por proporcionar ao aluno participação supervisionada nestes espaços ao longo de todo o curso.

Por outro lado, observamos três vetores com expansão mínima: dois no eixo de desenvolvimento docente, por não oferecer capacitação didático-pedagógica e atualização técnico-científica ao corpo docente, e um no eixo de abordagem pedagógica, em função de um currículo que apresenta ciclo básico e profissionalizante separados e organizados com disciplinas fragmentadas

Embora sem a participação efetiva de todos os envolvidos nas diferentes áreas do curso, o grupo colegiado presente legitimamente composto permitiu uma análise coletiva, considerando as diferentes percepções dos atores sociais presentes, envolvidos com a formação do nutricionista nesta IES. Assim, a partir das alternativas predominantes observados no instrumento utilizado, é possível afirmar que o colegiado percebe a instituição no limite inferior da tipologia **Ia** (inovadora avançada).

Figura 2: Representação gráfica da escola 1



Escola 2

No eixo número um, do mundo do trabalho, a escola se percebe em situação intermediária em relação ao vetor carência de profissionais e emprego, e em situação avançada para o modelo da integralidade no que se refere à base econômica da prática profissional e à prestação de serviços.

A instituição considera as possibilidades de emprego e trabalho para a construção do projeto pedagógico, ao permitir o contato dos acadêmicos com as três grandes áreas que compreendem o mercado de trabalho do nutricionista (nutrição clínica, nutrição social e nutrição em unidades de alimentação) ao longo de estágios obrigatórios e facultativos. Oferece, também, disciplina que trata da prática de atuação profissional e promove a inclusão precoce dos estudantes em atividades de pesquisa e extensão. Neste contexto, entretanto, não é ressaltada a falta de profissionais para a atenção básica de saúde, a qual não considera como sendo a fonte empregadora predominante para os futuros profissionais nutricionistas. Trata-se, de fato, de uma percepção equivocada. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) de janeiro de 2009, das 1117 nutricionistas cadastradas no estado, aproximadamente um terço encontrava-se atuando na atenção básica. Atualmente, constatamos que esta participação aumentou para aproximadamente 50%. Assim, podemos afirmar que o nível primário de atenção à saúde, no estado do RS, é o principal empregador do profissional nutricionista no SUS.

Ainda neste eixo, promove análise crítica quanto à influência da prática liberal e/ou assalariada na formação do nutricionista, a partir de práticas pedagógicas que permeiam transversalmente as atividades do curso, como disciplinas relacionadas a práticas de atuação e ética profissional, além de seminários com profissionais convidados. Ao mesmo tempo, aborda e analisa criticamente a influência da intermediação das seguradoras e planos de saúde sobre as relações entre profissionais e usuários. Como evidências, o colegiado aponta a disciplina de práticas profissionais, os internatos, o Pró-Saúde II e o PET-Saúde. Reconhece, entretanto, a necessidade de construir mais oportunidade para o

exercício didático-pedagógico referente a este tema.

No que se refere ao eixo dois, do projeto pedagógico, a instituição se considera em situação intermediária na pós-graduação e educação permanente, e avançada nos vetores biomédico e epidemiológico-social, aplicação tecnológica e produção de conhecimentos.

A instituição enfatiza os fatores determinantes da saúde, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, com destaque para a atenção básica. O colegiado justifica que o projeto pedagógico do curso determina a inserção precoce dos estudantes nos serviços das diferentes áreas de atuação, apresentando como evidências as ações de um centro colaborador em alimentação e nutrição escolar, além do desenvolvimento de trabalhos junto a comunidades e serviços públicos de saúde. Entretanto, não é identificado o estímulo à participação dos alunos em reuniões dos diferentes conselhos gestores locais (Saúde, Educação, Segurança Alimentar e Nutricional). Ao mesmo tempo, refere promover a análise crítica da incorporação tecnológica, com ênfase para atenção básica, a partir de aulas práticas e vivências no serviço de atenção primária vinculada à IES, embora não tenham sido mencionadas as DCN e a existência de uma política institucional de utilização das diferentes tecnologias. No campo da pesquisa, evidencia a criação de um centro de estudos na área de alimentação e nutrição, o desenvolvimento de vários trabalhos de conclusão de curso voltados às diversas áreas da nutrição, a participação em projetos voltados para a saúde coletiva e a apresentação dos mesmos em eventos científicos. Por fim, a instituição oferece diversos programas de pós-graduação nas áreas de educação, agronegócio, educação e alimentos, mas reconhece que a educação permanente ainda é um processo que necessita ser aperfeiçoado.

No eixo três, da abordagem pedagógica, o colegiado percebe a instituição em situação intermediária, de inovação, nos três vetores considerados (estrutura curricular, orientação didática, apoio e tutoria).

A estrutura curricular obedece à concepção da universidade: disciplinas básicas e atividades integradoras complementares ao eixo estruturante ao longo dos primeiros anos, mantendo a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas fragmentadas. O curso enfatiza as aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar, mas as

práticas não estão centradas em conhecimentos e habilidades clínicas no âmbito hospitalar, demonstrando certo grau de evolução em relação à situação avançada. Apresenta como evidências desta situação as avaliações das disciplinas, a proporcionalidade das cargas horárias teórica e prática, e a auto-avaliação disponível aos discentes no site da IES. Ao mesmo tempo, a instituição refere proporcionar condições razoáveis de apoio para o ensino-aprendizagem e oferecer ensino realizado em pequenos grupos em rodízio, embora não ofereça tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais. Esta carência é justificada pelo argumento de que o curso necessita ainda melhorar a estrutura física e de recursos humanos para expandir suas atividades pedagógicas. Contudo, o colegiado não demonstra envolvimento com os conceitos que permeiam a discussão em torno das metodologias ativas e contesta alguns ideais freireanos. Ao mesmo tempo, foi perceptível um certo desconforto na discussão sobre tutoria.

Quanto ao quarto eixo – cenários de prática, a instituição se considera em situação avançada nos locais de prática e em situação intermediária no âmbito escolar e na participação discente.

O colegiado refere que a escola utiliza unidades dos níveis de atenção primária, secundária e terciária, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência. Entretanto, embora o grupo apresente as atividades práticas de internato nos três níveis do sistema como evidência desta afirmação, não fica claro se o grupo compreende a concepção e o funcionamento dos níveis de atenção e do sistema de referência e contra-referência do município. A escola oferece atuação em diferentes cenários de prática, mas em alguns espaços a participação discente se restringe à observação de atendimentos e sugestões de condutas, que muitas vezes não são consideradas pelos profissionais dos serviços. Ao mesmo tempo, o colegiado refere o desenvolvimento de disciplinas e práticas que cobrem vários programas de maneira estanque, sem a necessária integração de conteúdos, apontando a necessidade de maior integração vertical e horizontal entre disciplinas, conteúdos e atividades práticas, sem discutir a possibilidade de utilização de metodologias ativas que possam romper com esta fragmentação.

Por fim, no último eixo, referente ao desenvolvimento docente, a escola de percebe em situação avançada no que diz respeito à participação nos serviços de assistência, e em situação tradicional nos vetores relacionados à formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica e capacidade gerencial.

Segundo os participantes do colegiado, a instituição estimula e apoia a participação dos docentes no planejamento e avaliação do sistema de saúde em sua área de influência, assim como garante a participação dos profissionais dos serviços na docência. Contudo, não foram apresentadas evidências consistentes relativamente à afirmação. Por outro lado, não existe uma proposta institucional de formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica e capacitação gerencial.

A análise desta escola permite sua representação gráfica na figura 3. Nela, é possível observarmos sete expansões significativas: três no eixo do projeto pedagógico, duas no mundo do trabalho, uma em cenários de prática e uma em desenvolvimento docente. Ou seja, é uma escola que busca promover a análise crítica da incorporação tecnológica e se envolver em projetos de pesquisa que destaquem os fatores determinantes da saúde, interagindo com os serviços de saúde e a comunidade na perspectiva de rede e articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, com ênfase no nível primário de atenção. Ao mesmo tempo, reconhece e promove análise crítica quanto às influências da prática liberal e/ou assalariada na formação do nutricionista e da intermediação das seguradoras e planos de saúde sobre as relações entre profissionais e usuários. Por fim, refere estimular a participação docente no planejamento do sistema de saúde em sua área de influência, assim como garantir a participação dos profissionais dos serviços na docência.

Por outro lado, a mesma figura mostra três vetores minimamente expandidos no eixo relativo ao desenvolvimento docente, evidenciados pela inexistência de uma proposta institucional de capacitação gerencial, atualização técnico-científica e formação didático-pedagógica.

Cabe observar que o grupo colegiado que participou da aplicação do instrumento de pesquisa contou com docentes e discentes, estando ausentes os representantes técnico-administrativos do curso. Acreditamos que esta composição não afetou a legitimidade das escolhas de

alternativas referentes a cada vetor pesquisado, as quais apontam que o colegiado percebe a instituição entre a tipologia **Ia** (inovadora avançada) e **A** (avançada).

Figura 3: Representação gráfica da escola 2



Escola 3

No primeiro eixo, do mundo do trabalho, a instituição se percebe em situação avançada para o modelo da integralidade nos três vetores considerados (carência de profissionais e emprego, base econômica da prática profissional e prestação de serviços).

Após uma discussão muito sucinta, os membros do colegiado definiram que o projeto pedagógico da escola considera as possibilidades de emprego e trabalho, assim como a carência de profissionais para a atenção básica. Também prevê e estimula práticas de contextualização que contemplam a análise crítica sobre a influência da prática liberal e/ou assalariada na formação do nutricionista, que se materializam em disciplinas envolvidas com a prática nos serviços, assim como em vivências

observacionais e discussões realizadas após a realização de visitas técnicas. Com relação ao vetor três (prestação de serviços), o grupo apresenta como evidências pela opção da alternativa mais avançada a realização de semana integradora de saúde, os projetos de pesquisa e extensão, a criação de disciplinas de caráter multidisciplinar e os serviços integrados em saúde, desvelando que o olhar sobre o vetor ignorou a influência da intermediação da relação profissional/usuário pelos planos de saúde, limitado-se ao assunto da multidisciplinaridade.

No segundo eixo, do projeto pedagógico, a instituição se percebe em situação avançada em três eixos (biomédico e epidemiológico-social, produção de conhecimentos, e pós-graduação e educação permanente) e em situação intermediária na aplicação tecnológica.

No que se refere à aplicação tecnológica, a discussão realizada pelo grupo foi breve e, de certa forma, superficial, sendo apresentada como evidência para a escolha da alternativa intermediária a realização de disciplinas que criam tecnologias de baixo custo. Com relação ao vetor biomédico e epidemiológico-social, a opção pela alternativa mais avançada foi justificada pelo fato de que a própria IES é comunitária, proporcionando uma forte integração entre ensino, serviço e comunidade; esta realidade estaria evidenciada nos projetos de pesquisa e extensão, nos projetos com participação de voluntários, nos eventos realizados, nas práticas de estágio e no atendimento da comunidade regional. Neste quesito, é ressaltada a participação das inúmeras empresas da área de produção de alimentos existentes na região, as quais proporcionam um grande campo para estágios, discutindo com a IES as particularidades dos mesmos. Por outro lado, é referida a carência de profissionais na rede pública, prejudicando a atuação da IES na mesma. Na produção de conhecimentos, a escolha da alternativa número três foi novamente justificada pelo fato da IES ser comunitária, levando ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão a partir dos campos de práticas, com concessão de bolsas para a participação discente. Por fim, o grupo não conseguiu apresentar evidências consistentes para a escolha da alternativa avançada no vetor correspondente à pós-graduação e educação permanente.

Na discussão referente ao eixo número três – abordagem pedagógica,

o colegiado identifica uma estrutura curricular em situação tradicional, em oposição à situação percebida como avançada na orientação didática, bom como no apoio e tutoria.

A opção pela alternativa mais elementar no vetor correspondente à estrutura curricular foi justificada pelo colegiado a partir da falta de disciplinas e atividades integradoras. Paradoxalmente, entretanto, o colegiado reconhece a realização de práticas na atenção a adultos, à população materno-infantil e em saúde da família. Quanto à orientação didática, a escolha pela alternativa avançada foi justificada a partir da proximidade do discente com teoria e prática, das avaliações das disciplinas e da auto-avaliação da universidade, sendo apresentadas como evidências os estágios vivencias, as práticas e as disciplinas oferecidas, a participação no PET-Saúde e no Pró-Saúde, assim como os trabalhos de conclusão de curso. Em nenhum momento, porém, são feitas referências à utilização de métodos de aprendizagem ativos, os quais são criticados pela maioria dos educadores presentes à reunião. Quanto ao apoio e tutoria, a opção pela alternativa avançada não foi sustentada por qualquer justificativa ou evidência coerente, tanto que o curso não trabalha com tutoria.

Nos três vetores correspondentes ao eixo dos cenários de práticas (local de prática, participação discente e âmbito escolar) a IES se percebe em situação avançada.

A escolha pela alternativa avançada para o vetor do local de prática foi justificada e evidenciada pela existência de bolsas para discentes e crédito para docentes participarem de projetos integrados aos diferentes níveis de assistência. Já a afirmativa de que a IES proporciona ao discente ampla participação com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática foi fragilmente evidenciada pela existência de feiras de saúde e pela discussão e acompanhamento nos estágios. Quanto ao âmbito escolar, a opção pelo item mais avançado foi novamente justificada e evidenciada pela existência de projetos e serviços integrados de saúde.

Por fim, no eixo correspondente ao desenvolvimento docente, o colegiado optou pela alternativa mais avançada nos quatro vetores compreendidos (formação didático pedagógica, atualização técnico-científica,

participação nos serviços de assistência e capacidade gerencial).

No que se refere à formação e desenvolvimento pedagógico, a instituição promove cursos de capacitação, discussões nas reuniões de colegiado, além de estimular o docente para o plano de carreira. Situação semelhante é observada nos vetores de atualização técnico-científica e capacidade gerencial, já que a universidade apóia financeiramente os docentes para atividades neste sentido. Quanto à participação nos serviços de assistência, a instituição considera importante e exige a participação docente e discente nos conselhos, além de promover a participação dos profissionais dos serviços de saúde na docência.

A representação gráfica da análise desta escola está apresentada na figura 4. Nela, é possível observar a existência de expansões avançadas em todos os vetores correspondentes aos eixos do mundo do trabalho, cenários de práticas e desenvolvimento docente. Ou seja, no mundo do trabalho o colegiado considera que o projeto pedagógico da escola leva em conta as possibilidades de emprego/trabalho e a carência de profissionais para a atenção básica, assim como promove a análise crítica sobre a influência da prática liberal e/ou assalariada na formação do nutricionista e a intermediação das seguradoras e planos de saúde, além de incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar. No eixo dos cenários de práticas, o colegiado entende que a existência de bolsas para discentes e crédito para docentes participarem de projetos integrados aos diferentes níveis de assistência, assim como a promoção de feiras de saúde e a discussão/acompanhamento nos estágios, colocam a instituição em nível avançado nos vetores correspondentes ao local de prática, participação discente e âmbito escolar. Quanto ao eixo do desenvolvimento docente, a instituição promove cursos de capacitação e apóia financeiramente os docentes para atividades de formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica e capacitação gerencial, assim como exige a participação docente e discente nos conselhos, além de promover a participação dos profissionais dos serviços de saúde na docência.

No eixo do projeto pedagógico também são observadas expansões avançadas nos vetores biomédico e epidemiológico-social, produção de conhecimentos, e pós-graduação e educação permanente. Para os três primeiros vetores a opção pela alternativa avançada foi justificada e

evidenciada pelo fato da IES ser comunitária, levando ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão a partir dos campos de práticas, com concessão de bolsas para a participação discente. Já para a expansão referente à pós-graduação e educação permanente não foram apresentadas justificativas e evidências consistentes. O mesmo foi observado com relação às expansões avançadas nos vetores orientação didática, e apoio e tutoria, referentes ao eixo da abordagem pedagógica.

Por outro lado, a figura mostra apenas um vetor com expansão mínima, relativo à estrutura curricular, no eixo da abordagem pedagógica, em função da falta de disciplinas e atividades vistas como integradoras pelo colegiado.

É importante observar que o grupo colegiado que participou da aplicação do instrumento de pesquisa não contou com participação discente e que a aplicação do instrumento começou com muito atraso em relação ao horário previsto. Além disso, o instrumento foi respondido em 1 hora e 25 minutos, período considerado insuficiente pela autora do instrumento (LAMPERT, 2002) que define como duas horas o tempo desejável para a qualificação das respostas. Acreditamos que estes fatores possam ter influenciado negativamente a reflexão e a discussão sobre os temas abordados. Neste contexto, foi perceptível que a escolha de alternativas avançadas para alguns vetores – particularmente nos eixos do mundo do trabalho, projeto pedagógico e abordagem pedagógica – foi determinada muito mais pela identificação ou pelo desejo de identificação com propostas mais avançadas, por parte dos atores sociais envolvidos, do que propriamente pela evidências concretas relativas às opções. Não obstante estas considerações, e considerando as alternativas escolhidas pelo colegiado, podemos afirmar que o mesmo identifica a instituição dentro da tipologia A (avançada).

Figura 4: Representação gráfica da escola 3



Escola 4

No primeiro eixo, do mundo do trabalho, a escola se percebe em situação avançada nos três vetores considerados (carência de profissionais e emprego, base econômica da prática profissional e prestação de serviços).

Com relação ao primeiro vetor, o colegiado observa que até meados desta década o projeto pedagógico considerava as possibilidades de mercado, e que posteriormente (principalmente após 2009) passou a dar ênfase para a carência de profissionais para a atenção básica. Aponta como evidências deste redirecionamento a matriz curricular, os estágios oferecidos, a participação do curso no Pró-Saúde II e no PE-

T-Saúde, assim como a existência de um centro de saúde coletiva dentro da universidade. Já a opção pela alternativa avançada no segundo vetor, que aponta o reconhecimento da influência da prática liberal e/ou assalariada sobre a formação do profissional, foi precedida por uma certa hesitação e seguida por algumas dificuldades no apontamento de justificativas e evidências, as quais se resumiram a atividades pontuais envolvendo o CRN2 e palestras de egressos dos cursos. No vetor relativo à prestação de serviços, o colegiado ressalta a necessidade do trabalho em equipe multidisciplinar, apontando como evidências os estágios, as visitas domiciliares, as aulas práticas, os projetos de pesquisa e extensão, e a empresa júnior. Não é feita referência, entretanto, à repercussão da mediação de seguradoras e planos de saúde sobre a relação entre prestadores e usuários.

No eixo do projeto pedagógico a escola se reconhece em situação avançada no vetor de aplicação tecnológica, e em situação intermediária nos vetores biomédico e epidemiológico-social, produção de conhecimentos, e pós-graduação e educação permanente.

Na aplicação tecnológica, a opção pela alternativa avançada é justificada pelo incentivo à utilização de metodologias e equipamentos de acordo com a realidade de cada local, e as evidências apontadas são as atividades integradas em sala de aula, assim como os estágios e os materiais didáticos das atividades complementares do currículo, sem que seja realizada, entretanto, uma discussão mais aprofundada sobre o tema. Nos vetores biomédico e epidemiológico-social, e produção de conhecimentos, a opção pela alternativa intermediária se deve à insipiente interação escola-serviço-comunidade, em função da carência profissionais nos serviços de saúde. Nesta discussão, são evidenciadas algumas dificuldades de inserção da IES dentro dos serviços. Já na pós-graduação e educação permanente, o grupo faz referências aos cursos de especialização e aos eventos realizados, mas demonstra dúvidas quanto aos conceitos de educação permanente e educação continuada.

No que se refere ao terceiro eixo – abordagem pedagógica, a escola se percebe avançada na orientação didática e em situação intermediária na estrutura curricular, assim como no apoio e tutoria.

Embora o grupo tenha optado pela alternativa avançada na orien-

tação didática, apresentando como evidências as feiras de saúde, as visitas domiciliares, as visitas técnicas, a matriz curricular, assim como o acompanhamento e realização de estágios, parece não haver muita clareza quanto às noções de metodologias ativas e avaliação interativa e processual. Com relação à estrutura curricular, o grupo reconhece a necessidade de uma matriz curricular integrada, citando a oferta das disciplinas de estudos integrados em nutrição e os estágios, mas reconhece as dificuldades práticas de integração e não faz menção ao currículo por módulos ou ciclos de vida. Quanto ao apoio e tutoria, a escola justifica a alternativa escolhida pelo fato de integrar Pró-Saúde II e estar aguardando aprovação de projeto no PET-Saúde/Vigilância em Saúde, com a participação de um discente na tutoria.

No eixo número quatro, dos cenários de prática, o colegiado optou pela alternativa referente à situação de inovação no local de prática, e à alternativa mais elevada nos vetores da participação discente e do âmbito escolar.

A opção pela alternativa intermediária no local de prática é justificada pela ausência do NASF no município e a carência de profissionais nutricionistas na atenção básica, dificultando a referência e contra-referência. Quanto aos vetores da participação discente e do âmbito escolar, o colegiado sustenta que os discentes participam de diversas atividades em diferentes áreas de atuação do nutricionista, apontando como evidências as atividades práticas (feiras de saúde), os estágios, a organização de eventos, os trabalhos de conclusão de curso, a empresa júnior e os projetos de extensão. Entretanto, na opção referente ao âmbito escolar, observamos uma certa hesitação na discussão referente à oferta de práticas em todos os níveis de atenção de forma integral.

No último eixo – desenvolvimento discente – a escola se percebe em situação intermediária nos quatro vetores considerados (formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica, participação na assistência e capacidade gerencial).

Com relação à formação didático-pedagógica, o colegiado reconhece a importância da mesma, embora não existam reuniões pedagógicas no curso, o que é explicado pelo grupo a partir da composição restrita do corpo docente específico de nutricionistas. Quanto à atualização técni-

co-científica, o colegiado manifesta sua insatisfação com a falta de apoio institucional sistemático neste sentido, apesar de entender que a liberação do ponto para a participação em eventos científicos é um atenuante nesta situação. Já com relação à participação nos serviços de assistência, o curso entende a necessidade e a importância da participação junto às políticas municipais de saúde, bem como do envolvimento dos profissionais dos serviços na docência; como evidências, são apontadas as participações na Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviços (CIES), no Conselho de Alimentação Escolar (CAE) do município, no Pró-Saúde II, assim como a presença de nutricionistas do serviço na docência do curso. Por fim, no vetor da capacidade gerencial, a instituição considera a necessidade da formação de gestores (diretor, coordenador), promovendo esporadicamente encontros de capacitação de coordenadores de cursos.

Na representação gráfica da análise desta escola (figura 5) observamos a presença de expansões avançadas em todos os vetores correspondentes aos eixos do mundo do trabalho, duas expansões avançadas no eixo dos cenários de práticas, e uma expansão avançada nos eixos do projeto pedagógico e da abordagem pedagógica. Por outro lado, a figura não mostra nenhum vetor com expansão mínima, em qualquer dos eixos avaliados.

No três vetores avançados do eixo do mundo do trabalho, a escola refere enfatizar a carência de profissionais para a atenção básica (particularmente após 2009), assim como diz reconhecer e discutir a influência da prática liberal e/ou assalariada sobre a formação do profissional (apesar da fragilidade das justificativas e evidências neste sentido) e ressaltar a necessidade do trabalho em equipe multidisciplinar, sem que tenha sido feita qualquer referência à repercussão da mediação de seguradoras e planos de saúde sobre a relação entre prestadores e usuários. Nas duas expansões avançadas nos cenários de práticas, o colegiado afirma que os discentes participam de diversas atividades em diferentes áreas de atuação do nutricionista, apontando como evidências as atividades práticas (feiras de saúde), os estágios, a organização de eventos, os trabalhos de conclusão de curso, a empresa júnior e os projetos de extensão. No eixo do projeto pedagógico, a alternativa avançada no vetor da aplicação

tecnológica é justificada pelo incentivo à utilização de metodologias e equipamentos de acordo com a realidade de cada local, sem que tenha sido realizada uma discussão mais aprofundada sobre o tema. Por fim, na abordagem pedagógica, a expansão avançada no vetor da orientação didática não foi subsidiada por uma argumentação consistente relativa às noções de metodologias ativas e avaliação interativa e processual.

Não obstante estas carências observadas, assim como a omissão de evidências consistentes que justificassem a opção por alternativas avançadas em alguns vetores, é possível afirmar que a percepção do Colegiado é que a instituição se encontra na tipologia **Ia** (inovadora com tendência avançada).

Figura 5: Representação gráfica da escola 4



Escola 5

No mundo do trabalho – eixo número um, a escola se percebe em situação intermediária com relação ao vetor carência de profissionais e emprego e em situação avançada nos eixos base econômica da prática profissional e prestação de serviços.

A instituição considera as possibilidades de emprego e trabalho como um todo na construção do projeto pedagógico, sem enfatizar, entretanto, a atenção básica. Neste sentido, garante carga horária igualitária nos estágios das grandes áreas (nutrição social, unidades de alimentação e nutrição e clínica) e inclui disciplinas que contemplam novas áreas de atuação, além daquelas preconizadas pelas diretrizes. Evidencia a escolha desta alternativa a partir da auto-avaliação do curso e da avaliação pelo aluno formando e pelo egresso, assim como pelo acompanhamento dos egressos no mercado de trabalho. Refere promover a análise crítica da influência da prática liberal e/ou assalariada sobre a formação do nutricionista dentro da disciplina de deontologia e em aulas ministradas por representantes sindicais e egressos que se encontram inseridos no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, garante capacitações sobre empreendedorismo aos alunos e professores, assim como incentiva a participação na feira industrial da região e promove pós-graduação na área de gestão de consultório. É visível, na discussão deste vetor, um viés curativo, individual e privado, restringindo o tema ao êxito financeiro individualizado, em um mercado competitivo. Com relação ao exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multiprofissional e à abordagem crítica da influência da intermediação de seguradoras e planos de saúde sobre as relações entre profissionais e usuários, o colegiado não logrou apresentar evidências que justificassem a opção pela alternativa mais avançada neste vetor.

No eixo dois, do projeto pedagógico, o grupo se considera em situação intermediária na pós-graduação e educação permanente e em situação avançada na direção da integralidade no que se refere ao vetor biomédico e epidemiológico-social, à aplicação tecnológica e à produção de conhecimentos.

A instituição oferece pós-graduação em áreas de nutrição humana e saúde coletiva, sem proposta – assim como um entendimento mas consistente – de educação permanente relacionada ao processo de trabalho. Para justificar e evidenciar a opção pela alternativa avançada em relação ao vetor biomédico e epidemiológico-social, o grupo refere o desenvolvimento de atividades integradas e interdisciplinares de extensão desde o primeiro semestre do curso e participação de alunos e professores em datas temáticas, como dia mundial da saúde e dia mundial da alimentação. Com relação à tecnologia, o colegiado afirma analisar criticamente sua aplicação, com ênfase na atenção básica, mas fica evidente que a concepção de tecnologia captada pelo grupo se restringe à noção de tecnologia dura referida por Mehry (1997), desconsiderando as capacidades e habilidades mediadoras individuais como uma forma de tecnologia importante na atenção à saúde. Quanto à produção de conhecimentos, a escola participa de pesquisas referenciadas nas necessidades de saúde, utilizando dados epidemiológicos e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), socializando os resultados com o gestor municipal, com o qual a IES mantém uma relação estável.

No eixo três, da abordagem pedagógica, a instituição apresenta uma estrutura curricular intermediária, em inovação, e se considera em um nível avançado no que se refere à orientação didática, assim como no apoio e tutoria.

O currículo mantém a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas fragmentadas, incluindo projetos integrados e semestres com professores coordenadores de atividades integradas. Esta estrutura é justificada a partir das resistências assumidas pelo próprio grupo, o qual considera que a fragmentação é um componente facilitador da administração do curso. Com relação à orientação didática, a instituição refere adotar métodos ativos de aprendizagem, integrados a serviços e espaços comunitários, mas ao justificar e evidenciar esta assertiva, o grupo se limita a comentar sobre a auto-avaliação nas disciplinas e no curso como um todo, o desenvolvimento de atividades práticas em cenários diferentes, as reuniões pedagógicas de planejamento e o trabalho participativo dos alunos em sala de aula, sem explicitar a utilização de metodologias ativas. Ao mesmo tempo, a IES se percebe

proporcionando condições adequadas de apoio para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e oferecendo tutoria com solução de problemas baseada em situações reais; entretanto, observa que a figura do tutor não existe na instituição, sendo contemplada no curso com os professores nas disciplinas, nos estágios curriculares e nas monitorias. Acreditamos que a afirmação de que o professor exerce o mesmo papel de tutor, assim como as dúvidas apresentadas pelo grupo na discussão deste vetor, apontam para um certo grau de desconhecimento da dimensão conceitual da tutoria. Por fim, o grupo entende que avaliar e orientar o aluno que não vai bem faz parte de uma solução de problemas por parte do professor, ignorando a co-participação do aluno neste mesmo processo de avaliação e resolução, o que sugere uma prática identificada com as teorias tradicionais flexnerianas.

Quanto ao eixo IV, dos cenários de prática, esta IES se considera em situação avançada em direção à integralidade nos três eixos compreendidos (local de prática, participação discente e âmbito escolar).

A escola garante a realização de práticas nas unidades básicas, ambulatórios privados e do sistema público, clínicas do serviço de nutrição da instituição e hospitais. Ao mesmo tempo, entretanto, o grupo refere que os mecanismos de referência e contra-referência em nível municipal não são efetivos, embora deixe transparecer, ao mesmo tempo, um certo desconhecimento sobre a lógica de funcionamento destes mesmos mecanismos. Com relação à participação discente, o colegiado afirmar que a mesma é garantida em diversos campos de prática, com ampla supervisão e orientação docente. Estas práticas que se desenvolveriam ao longo de todo o curso, utilizando os serviços em todos os níveis de atenção de forma integral. As evidências apresentadas, contudo, deixam dúvidas quanto à efetiva participação dos alunos em atividades práticas, assim como a distribuição das atividades nos três níveis de atenção do sistema (em alguns momentos, durante a discussão, as referências aos três níveis parecem apontar para as três grandes áreas de atuação do nutricionista – clínica, nutrição social e unidades de alimentação e nutrição).

No eixo V, do desenvolvimento docente, a instituição se percebe avançada com relação à formação didático-pedagógica e à capacidade

gerencial, intermediária na atualização técnico-científica e tradicional na participação nos serviços de assistência.

A instituição promove capacitação gerencial e conta com docentes em quatros administrativos institucionais, sendo apontadas como evidências a participação discente e docente no Conselho Universitário e no colegiado do curso, a capacitação para a coordenação para matrículas e a construção e elaboração do projeto pedagógico. Além disso, a escola oferece semestralmente capacitação didático-pedagógica aos docentes e apoio cotidiano nesta área, sendo apontadas como evidências os planos de ensino, o projeto de auto-avaliação, o relatório anual de produção, e avaliação do desempenho no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE). Na discussão realizada pelo grupo, entretanto, aparecem alguns indícios de que estas capacitações, em alguns momentos, reproduzem metodologias de cunho tradicional. Periodicamente a IES apoia a atualização técnico-científica aos professores, concedendo afastamento e dando apoio financeiro para participação em eventos e cursos. Por fim, o colegiado refere que a instituição não apenas desestimula a participação nos serviços e no planejamento do sistema de saúde, como não permite a participação em instâncias como Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). É interessante observar, neste sentido, que o município conta apenas com uma nutricionista na rede assistencial e que o curso desenvolve práticas nos serviços municipais, o que permite a suposição de que se trata de uma situação confortável para o gestor (que não precisa se preocupar com a contratação de profissionais nutricionistas) e preocupante para os profissionais e o sistema de saúde. Neste contexto, não podemos deixar de considerar ainda mais preocupante a proibição de participação nas instâncias de participação anteriormente referidas.

A representação gráfica desta IES (figura 6) evidencia expansões de terceiro nível em todos os vetores relativos ao eixo cenários de prática, três no eixo do projeto pedagógico e duas nos demais eixos (mundo do trabalho, abordagem pedagógica e desenvolvimento docente). Assim, esta IES se percebe oferecendo a realização de práticas em todos os níveis de atenção do sistema de forma integral, integrando o curso

com os serviços de saúde e a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, e garantido aos alunos, ao longo de todo o curso, plena participação nas práticas e ampla supervisão e orientação docente. Ao mesmo tempo, refere enfatizar a importância dos fatores determinantes da saúde analisar criticamente a aplicação de tecnologias, com ênfase na atenção básica, além de participar de pesquisas referenciadas nas necessidades de saúde. Afirma promover a análise crítica da influência da prática liberal e/ou assalariada sobre a formação do nutricionista, bem como exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multiprofissional e a abordagem crítica da influência da intermediação de seguradoras e planos de saúde sobre as relações entre profissionais e usuários. A instituição refere adotar métodos ativos de aprendizagem, integrados a serviços espaços comunitários, oferecendo tutoria com solução de problemas baseada em situações reais. Finalmente, oferece a cada semestre capacitação didático-pedagógica aos docentes e apoio cotidiano nesta área, e promove capacitação gerencial, contando com docentes em quatro administrativos institucionais.

Por outro lado, a figura mostra apenas um vetor minimamente expandido, referente ao desenvolvimento docente, tendo em vista a falta de estímulo – ou mesmo proibição – para a participação nos serviços e no planejamento do sistema de saúde.

A partir das alternativas predominantes observados no instrumento utilizado, é possível afirmar que a percepção do colegiado coloca a instituição na tipologia A (avançada). É importante lembrar, entretanto, que se trata de uma classificação calcada nas percepções e representações dos atores sociais envolvidos com a formação do nutricionista que se fizeram presentes nas discussões, já que em diversos momentos, como observado anteriormente, o grupo não conseguiu apresentar evidências consistentes que balizassem a escolha de alternativas avançadas em diversos vetores, assim como demonstrou insegurança e desconforto com relação a conceitos e concepções que permeiam tais alternativas.

Figura 6: Representação gráfica da escola 5



6. Considerações Finais

Com este estudo buscamos não apenas verificar o perfil de tendências de mudanças nos cursos de nutrição, como também auxiliar as IES na construção do seu processo avaliativo institucional e no acompanhamento das mudanças no sentido do que preconizam as DCN. Neste sentido, cada escola realizou uma auto-análise, a partir da percepção dos atores sociais¹ envolvidos com o curso, no que se refere às políticas e ações predominantes situadas em cada vetor, ao percentual de cobertura

1 Atores sociais são personalidades, organizações ou agrupamentos humanos que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades, e atuar produzindo fatos na situação. (MATTUS, 1993). Segundo Matta (2006) ator social é alguém que decide uma conduta determinada em função de tal situação.

da figura radiada representativa da avaliação individual de cada escola, à tipologia conferida pela avaliação e à relevância na visão qualitativa do conjunto. Os cinco eixos divididos em vetores têm função didática, que possibilita melhor delinear a análise dos movimentos de mudanças na implementação do programa curricular. As ações efetivadas em um ou outro vetor, à medida que alteram ou não conteúdos, relações e/ou processos, são indicadores do quanto as IES estão ou não resistindo às mudanças preconizadas.

A forma como foram constituídos os coletivos/colegiados de avaliação ficou a critério das IES, embora a pesquisadora tenha sugerido a participação de representantes de todos os segmentos do universo do curso (docentes, discente e administrativos). Cabe salientar que algumas IES optaram por construí-los apenas com docentes e discentes, ou ainda mais timidamente, apenas com docentes. Na maioria das situações, os colegiados reunidos para esta avaliação foram compostos principalmente por nutricionistas, embora alguns tenham em seu quadro professores de diferentes áreas, inclusive de fora do setor saúde.

É consenso que o papel dos diferentes atores dentro da instituição e o número de integrantes nos espaços destinados à avaliação são variáveis importantes, que devem ser consideradas na construção da auto-análise. Cada segmento tem sua própria perspectiva do curso², que poderia ser diferente se construída em outros momentos, com outros atores.

Entendemos que a representação gráfica e a análise individual de cada escola são importantes, para que o curso possa se comparar com ele mesmo em outros momentos em que se proponha a refazer a avaliação. E desta forma, percebendo suas limitações, dificuldades e mudanças, planejar estratégias de transformações possíveis.

Observamos que o primeiro encontro de cada colegiado para a discussão e o preenchimento do instrumento da pesquisa foi invariavelmente marcado por um certo desconforto inicial por parte dos integrantes. Atribuímos o fato ao desconhecimento da proposta por parte dos participantes, já que os grupos, de um modo geral, foram convocados pela coordenação do curso sem uma apropriação prévia da proposta de avaliação desta pesquisa. Contudo, vencido o desconforto inicial,

2 Ou sua própria cegueira situacional, conforme definição de Matus (1987).

foi perceptível um sentimento crescente de satisfação, frente à possibilidade de parar para discutir e refletir sobre o tema.

Em alguns momentos ocorreram manifestações de pressa e irritabilidade, assim como uma tendência de responder rapidamente o vetor, sem uma reflexão mais profunda sobre o que de fato estava sendo questionado, particularmente nas discussões envolvendo termos, conceitos e concepções teóricas aparentemente não incorporados ao cotidiano dos educadores presentes na reunião. Esta falta de afinidade com alguns temas também foi constatada durante a leitura de alguns vetores, quando se observou uma certa hesitação ou embaraço na busca pela compreensão do que estava sendo questionado. Tais situações foram observadas principalmente nos vetores que se referiam a metodologias ativas, educação permanente, integração curricular, avaliação interativa e tutoria, assim como em quesitos que exigem familiaridade com a estrutura e o funcionamento do SUS³.

Nestes casos, invariavelmente, o grupo optou pela alternativa mais elevada do vetor, apresentando justificativas e evidências inconsistentes para a escolha. Ou seja, em alguns momentos a percepção de situação avançada ou em situação inovadora com tendência avançada, por parte dos atores sociais envolvidos, parece determinada mais pela identificação ou pelo desejo de identificação com propostas mais progressistas, do que pela realidade objetiva referida pelo grupo.

Isto não deslegitima, no nosso entender, a avaliação realizada pelos colegiados. Entendemos que o processo de construção da percepção que os atores têm sobre o curso e sobre as mudanças implementadas para atender o previsto nas DCN é tão importante quanto qualquer avaliação objetiva da conjuntura. Como a construção de tal percepção se dá de forma participativa, possibilita a identificação e a construção, pelo grupo, de indicadores qualitativos, quantitativos e/ou quali-quantitativos relevantes, que poderão demarcar o processo de transformação de saberes e práticas dentro das IES.

3 Observamos que os docentes identificados com a área de nutrição e saúde pública demonstraram, de um modo geral, mais afinidade com os conceitos referidos.

No que se refere ao instrumento utilizado, muitos participantes o consideraram muito fechado e excludente, ou longo e cansativo, e que não se aplica à realidade do profissional nutricionista. Neste sentido, apontamos alguns questionamentos que julgamos pertinentes para o seu aperfeiçoamento, visando a avaliação dos cursos de nutrição.

Em primeiro lugar, no vetor referente à prestação de serviços, o instrumento (originalmente desenvolvido para escolas médicas) se reporta à relação institucional mediadora com foco nas seguradoras e planos de saúde. Acreditamos que a abordagem desta relação mediadora, particularmente no caso do profissional nutricionista, pode ser ampliada para outros campos, setores e circunstâncias, abrangendo empregadores públicos e privados, IES, organizações sociais, Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN), controle social, indústrias da área de produção de

alimentos e fórmulas lácteas, etc. Ou seja, relações de mediação entre profissionais, IES, serviços e comunidade, nos diferentes níveis de comprometimento. Para tanto, faz-se necessária a construção coletiva e interdisciplinar de espaços de reflexão sobre conflitos existentes no cotidiano dos serviços e da comunidade, bem como nas relações entre profissional de saúde e usuário, e ensino e serviço, proporcionando o exercício didático-pedagógico em equipe multiprofissional.

Quanto ao vetor da avaliação tecnológica, consideramos pertinente uma reconfiguração das alternativas, visando contemplar uma abordagem mais abrangente, a partir das reflexões de Merhy (1997). Ou seja, uma concepção que compreenda, também, os saberes estruturados e os processos de produção de comunicação, de relações e de vínculos, capazes de conduzir as ações de saúde ao encontro das necessidades do usuário.

Nos cenários de prática, entendemos que é importante uma reflexão sobre diversas possibilidades de inserção profissional na área da nutrição, como as UAN citadas anteriormente, por exemplo. Mesmo na rede assistencial, é pertinente um olhar diferenciado sobre a inclusão do nutricionista nos NASF e em outras propostas de apoio matricial (CAMPOS, 1999), para além dos mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes competências e disponibilidades tecnológicas.

Por fim, pensamos que o vetor da capacidade gerencial parece direcionar ou restringir as alternativas para a gestão e gerenciamento do próprio curso, ao passo que poderia constituir uma interface ou espaço de trocas com a gestão dos serviços de saúde nos diferentes níveis

Concluindo, não obstante as insuficiências que possam ter comprometido o desenvolvimento desta pesquisa, acreditamos ter promovido a inquietude necessária para a implantação e o desenvolvimento de um fazer docente voltado para a transformação, em busca e ao encontro do desafio de formar para as necessidades da população brasileira. Formar para atuar no SUS. Formar profissionais generalistas, reflexivos e críticos, seguindo as concepções da teoria crítica da educação.

REFERÊNCIAS

ABREU, José Ricardo Pinto de. **Contexto Atual do Ensino Médico: metodologias tradicionais e ativas – necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura da escolas.** Dissertação (Mestrado em Cardiologia e Doenças Cardiovasculares, linha de pesquisa em Educação e Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ALMEIDA FILHO , Naomar; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Modelos de saúde-doença: introdução à epidemiologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet – Saúde no Brasil**, p. 6-7, mai 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazil-porcom4.pdf>> Acesso em 12 de junho de 2011.

AMORIM. Suely T.S.P. et al Herivelto MOREIRA Telma Elisa CARRARO - A formação de Pediatras e Nutricionistas: a dimensão humana. **Rev. Nutr., Campinas**, 14(2): 11-118, maio/ago., 2001.

ARRUDA, Ilma Kruse Grande de; CAMPOS, Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira. In Arruda, Bertoldo Kruse Grande de (org). **A educação Profissional em saúde e a realidade social.** Recife: Instituto

Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001. 318p.

BARROS, José Augusto. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul. 2002.

BERNI, Luis Eduardo. Qualidade de vida trans-sustentável. **Rede Psi**, 11 mai. 2009. Disponível em <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/soapbox/article.php?articleID=545>> Acesso em 01 de outubro de 2010.

BLANK, Danilo. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando?: uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, Rio de Janeiro, Jan./Abr. 2006.

BORDENAVE, Juan E. Díaz, **O que é Participação**, 6. ed., São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Set. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun 2010.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [**Lei Orgânica da Saúde**]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em 7 fev 2010.

BRASIL. Plano diretor da reforma do aparelho de Estado. Brasília, **Documentos da Presidência da República**, 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandi.htm>. Acesso em 12 mai 2009.

Brasil, Ministério da Educação(1996). Leis e Decretos. **LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, Lei 9.394/96, de 4 de dezembro de 1996.

BRASIL. CNE/CES Parecer 1133/2001 – **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Homologado em 1/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aderenciadcn.pdf>> Acesso em 11 mar 2010.

BRASIL. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007a. **Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6096.htm>. Acesso em: 27 jul 2010.

BRASIL Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 78 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em 27 jul 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União 2008; 25 jan. Disponível em < <http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>. Acesso em 01 de outubro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro - RJ –Brasil, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. Resolução n. 01 de 17 de junho de 2010. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6885&Itemid>. Acesso em 13 mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BUSS, P. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAEM/ABEM (Comissão de Avaliação de Escolas Médicas/Associação Brasileira de Educação Médica). **Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Rio de Janeiro, 2007. 8 p. Disponível em: <www.caem.org.br/pdf/projeto_ms.pdf>. Acesso em 11 out 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Cienc Saude Coletiva. 1999, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jul 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Políticas de Formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas**. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos

de Recursos Humanos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 55-60. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em 13 jul 2010.

CAPRA , Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultura, 1982.

CARTA DA TRANSDISCIPLINARIDADE. In: Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, 1, 1994, Portugal. Disponível em: <<http://www.cetrans.com.br/textos/documentos/carta-da-transdisciplinaridade.pdf>>. Acesso em: 03/11/2010.

CARTA DE OTTAWA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, 1986, Ottawa. Washington: OMS, 1986.

CASTELLANOS, P. L. **Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde**. Boletim Epidemiológico [da] Organização Pan-Americana de Saúde, v. 10, n. 4, p. 25-32, 1990.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Macruz. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIN, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008.

CELESTE, Tânia. **Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho**. Revista Digital de Educação Permanente em Saúde. v. 1, n. 1, Set 2004. Disponível em: <www.abem-educmed.org.br>. Acesso em 10 dez 2010.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). **Quadro estatístico do segundo semestre de 2008** (01/04 à 30/06/2008) Disponível em <<http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/ESTATISTICO-2-TRIMESTRE-2008.pdf>> Acesso em 01 .2008

CRUZ, Marly Marques da. **Concepção de saúde-doença e o cuidado**

em saúde. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.). Qualificação de gestores do SUS. Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GRILLO, Marlene Correro; MATTEI, Patrícia. **Saberes docentes, identidade profissional e docência.** In: ENRICONNE, Délcia, GRILLO, Marlene (Org.) Educação Superior: vivências e visão de futuro. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

HOBSBAWN, Eric. **Mundos do Trabalho.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

KOPRUSZYNSKI, Cíbele. P. **A prática pedagógica dos nutricionistas que atuam na docência: desafios e perspectivas de Mudanças.** Dissertação Mestrado em Educação, PPG Educação, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2003.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas.** São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002. 283 p.

LAMPERT, Jadete Barbosa et al. **Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras.** Rev. bras. educ. med. Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jul 2011.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática.** São Paulo: Cortez, 1994.

MATTA, Gustavo Correa. **A Construção da Integralidade nas Estratégias de Atenção Básica em Saúde.** In: EPSJV (Org.). **Estudos de Politécnia e Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MATUS, Carlos. **Adiós Sr. Presidente.** Caracas: Pomaire Ensayos, 1987.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MERHY, Emerson. **A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas**. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosane. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson & FRANCO, Túlio. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, set/dez 2003.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes**. São Paulo: Atlas, 2003.

MONTEIRO, Paulo Nico. Competências e Aprendizagens Diversas: a complexidade da formação técnica em Saúde. Formação dos trabalhadores para o SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, n. 48,, nov 2009.

QUARTIERO, Elisa Maria; BIANCHETTI, Lucidio (Orgs.). **Educação corporativa: mundo do trabalho e do conhecimento: aproximações**. São Paulo: Cortez, 2005.

ROCHA FILHO, João Bernardes da et al. **Transdisciplinaridade: A Natureza Intima da Educação Científica**. 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2009.

SERRES, Michel. **Filosofia Mestiça**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias de currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SOARES, Nadia. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Nutrição e Competências Profissionais para Atuação em Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas de docentes do Ceará**. Rio de Janeiro, 2007. fl. Tese (Doutorado) - Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social da UERJ. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2007.

SOMMERMAN, Américo. **Pedagogia da alternância e transdisciplinaridade**. Salvador: 1999. Disponível em: <<http://www.cetrans.com.br/novo/textos/pdf>>. Acesso em: 03/11/2010.

SCHMITZ, Egídio. **O homem e sua educação: fundamentos de filosofia da educação**. Porto Alegre: Sagra, 1984.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes & formação profissional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

TONI, Jackson de. **Cenários e Análise Estratégica: questões metodológicas**. Revista espaço acadêmico, Porto Alegre, n. 59, Abr 2006. Disponível em : <<http://www.espacoacademico.com.br/059/059faixa.gif>>. Acesso em 11 mai 2011.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. **Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória?**. Cad. CEDES, Campinas, v. 23, n. 61, Dez. 2003 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622003006100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Nov. 2011.

ZABALA, Antônio. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ZABALZA, Miguel. **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZIMERMAN, David. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade**. Vínculo, São Paulo, v. 4, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 jun 2010.

O Discurso Docente sobre o Ensino da Cardiologia na Graduação Médica na FAMED/UFRGS

*Jorge Alberto Buchabqui
Marco Antonio Rodrigues Torres*

Esta tese trata do tema do ensino na cardiologia no curso de graduação em medicina da FAMED/UFRGS, especificamente pretendendo aprofundá-lo a partir da imersão nos discursos docentes vigentes e inseridos na Faculdade. No entanto, para isso, é preciso situar a trajetória acadêmica – e de vida – deste pesquisador, que se confunde e se integra a da própria escola médica em pauta.

Na década de 1960 - período em que cursava medicina -, a escolha da futura especialidade médica era o dilema dos doutorandos da época, como até hoje. Vivenciávamos a conclusão de um ciclo da formação médica cuja tendência era a do médico clínico geral, que fazia das consultas domiciliares uma rotina. Neste contexto nos preocupávamos em escolher qual seria nosso caminho. Em 1970, optei pela ginecologia, mais precisamente pela obstetrícia, área que desde cedo me trouxe satisfações redobradas. Como muitas das histórias de vida contadas no decorrer desta narrativa, fiz minha graduação e estas residências médicas na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS), portanto sou “prata da casa”. O convívio com os personagens com os quais desfruto e compartilho conhecimentos, habilidades e atitudes, me levou também a um desempenho especializado típico, nada fora do comum.

O meu ingresso como médico contratado do Hospital de Clínicas de

Porto Alegre (HCPA), após cinco anos de formado, me vislumbrara um campo assistencial novo, não só porque a instituição também era nova, mas por existir um novo caminho e novas ideias do que um hospital universitário poderia dispor. Desta forma iniciou-se também minha carreira acadêmica. Atualmente, passados quase trinta anos do ingresso no ensino universitário, recordo-me que de início não incluía uma pretensão à docência, a não ser dar continuidade ao meu fazer médico.

Esta tese trouxe também uma oportunidade de refazer um pouco desta trajetória, como um caminho trilhado que representa o resultado do fazer imediato de quem o produziu. E, sobretudo, de tensionar a respeito do fazer médico docente e do perfil de médico que formamos e pretendemos formar na FAMED/UFRGS, para tanto me assumindo como parte deste todo.

Da área original por mim escolhida, a obstetrícia, em um convívio para a qual dediquei o tempo de maturação suficiente na busca da compreensão do que deva ser um professor, a docência me proporcionou, desde então, o tempo e o espaço de uma visibilidade aparente, que como tal seguia caminhos supostamente já previamente traçados.

Desde 1984, então com quatro anos de vida docente, defini que o ensino detinha em suas interfaces nuances que mereceriam uma maior aproximação, ao menos similar ao que se imagina para um especialista, ainda mais da área médica ou da saúde. Esta equivalência até pode ser equivocada, já que a pedagogia precede o fazer. No contexto acadêmico, apresentam-se circunstâncias, valores e ideias ainda de difícil compreensão para os docentes de nível superior, o que talvez e surpreendentemente não o seja para os nossos professores do então ensino primário, não menos fundamentais.

Algumas inquietações a respeito do fazer docente surgiram especialmente ao participar de um congresso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) realizado em Gramado/RS, em 1984, ao qual compareci mesmo sem ter uma definição clara do que pretendia por lá, a não ser ouvir sobre o que seria este tal *fazer docente*. Era uma fase em que se tentava atribuir uma maior significância ao processo de ensino-aprendizagem na medicina e na área da saúde como um todo, isso corroborado pelas iniciativas da própria ABEM no período. Até então,

era lugar comum em nossa área a seguinte ideia: “Afinal, por que precisaríamos aprender a ser professores, se detemos o conhecimento do saber e do fazer médico?”

Em 1985, realizei o Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior, na Faculdade de Educação desta Universidade (FACED/UFRGS), desde quando realcei ainda mais minhas intenções neste sentido e pelo qual pude perceber que existe sim uma metodologia, não única, mas que pode ser utilizada, definida e alterada, podendo produzir respostas compartilhadas pela relação professor-aluno, muito próximas daquela de origem: a de médico-paciente. A busca deste novo espaço me fez um estranho no ninho. Também observei que a penetração destes novos saberes (novos, pelo menos para mim) não tem a ressonância e a receptividade que mereceriam na graduação em medicina. Raros são os que se dedicam a esta reflexão e as instâncias resolutivas costumam ter seus espaços ocupados pela burocracia que as contamina de modo quase irreversível, até hoje.

Neste contexto, quanto mais me incluía dentre os que procuravam ter a educação médica como referência, mais parecia me distanciar de minhas origens (ginecologia e obstetrícia); sobretudo ao somar a elas este contexto educacional, atualmente inclusive talvez sob pena de reduzir estas origens à história. Este distanciamento teve e tem um preço, ao me provocar dúvidas, inquietações, algum desânimo, desafios e uma busca por contra-hegemonias em relação ao que está dado e à forma como são mantidos certos fazeres. No entanto, sem esmorecimentos, optei por correr riscos a fim de levantar questionamentos a este respeito, uma vez que, poeticamente falando, “navegar é preciso, viver não é preciso...”, no sentido da exatidão. Assim, quando é a exatidão que predomina é preciso avançar no sentido de pensar de outra forma, tornando-nos cúmplices desideologizados, ou melhor, abertos a visualização de outros caminhos, já que não é possível haver qualquer conduta sem ideologia, por mais filtrada e relativizada que ela seja. Mas não há espaço nem é o intuito aqui pormenorizar este debate.

Estas questões passaram a me intrigar ainda mais, desde que estabeleci meu foco na figura do docente. Este que, ao se acomodar estritamente no seu fazer médico tão precioso, não tem a disponibilidade

suficiente para que se situe no tempo histórico e mutável de suas vidas (consequentemente de seus alunos e pacientes) e como professor em toda a plenitude deste ofício, agregando-lhe valor, abrangendo questões da prática pedagógica e, portanto, social. Não quero aqui dizer que não existe um esforço por parte de meus pares para que isso ocorra; porém um dos intuitos desta tese é justamente chamar atenção de que esta reflexão atenta e consciente não encontra espaço em um fazer médico e, sobretudo docente, já tão estruturado e satisfeito consigo mesmo. Inclusive, este “dar-se conta” muitas vezes foi referido nas falas, durante as entrevistas para a realização desta tese, verbalizado contundentemente por alguns entrevistados. Até então, este fazer era a reprodução persistente, contumaz e rotineira dos fazeres de antigos mestres, que como toda cópia não tem a clarividência do original. O desafio é pensar e de outro modo até sobre si mesmo, conciliando modelos do ser médico e do ser professor.

No entanto, a extensão universitária desde aquela época, me dava a entender que outras realidades poderiam conviver com o saber acadêmico e poderiam, inclusive, ser incorporadas ao ensino ou até mesmo à pesquisa, sem temor. Nas atividades de extensão o convívio com os alunos costumava dar-se de um modo lúdico, transformando e dando significância ao aprendizado, como que uma festa em comum cujos relatos como manifestações de um misto de choro emocionado e de alegria, demonstravam desde logo que era possível pensar diferente com algo que é real.

O ensino da graduação, por sua vez, transcorria segundo um currículo de curso que nos trazia, quase de imediato, a referência a sua grade curricular, com o elenco de disciplinas, conteúdos e cargas horárias, como algo inerente à prática docente. Mas como seria esta prática sem um currículo organizado de tal forma? A resposta parece ser uma só: “nem pensar”, algo impossível e improvável. A sequência de vivências e peregrinações por outras searas (não necessariamente acadêmicas), sempre tendo a ABEM como base, vislumbrou-me que existem outras práticas, outros saberes, outras experiências, com diferentes resultados, mas, certamente condizentes com formas diversas de organização dos conteúdos, de seleção destes etc. E até mesmo em outros cenários, que

se contrapunham as minhas vivências na academia, cujas tentativas – devo admitir – acabavam na manutenção do que lá já existia.

Se em um primeiro momento aflorava fortemente o sentimento de necessidades pedagógicas, a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88) – e com ela da reestruturação do sistema de saúde a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) –, dá-se um chamamento às escolas médicas, visando promover uma reflexão e discussão coletivas a respeito da própria formação médica. E, ainda, sobre um modelo que se adéque às necessidades de saúde e sociais, da população.

Em 2001, com a edição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e também das específicas para o curso de medicina, homologadas pelo Ministério da Educação (MEC), vêm desafios tais como uma valorização da formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e ainda visando à integralidade da assistência, responsabilidade social e compromisso com a cidadania e a promoção da saúde integral do ser humano. Propõem que o projeto pedagógico seja construído coletivamente, tendo o aluno como sujeito da aprendizagem e o professor como “facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (DCN).

Com as DCN ocorre uma normatização que, em princípio, possibilitaria a cada escola médica uma adaptação considerando suas peculiaridades regionais e locais, bem como sua história até então.

Tendo acompanhado desde 1989 as tentativas de mudança curricular, seja como membro da então Comissão de Carreira da Medicina (COM-CAR/MED) – hoje COMGRAD, Comissão de Graduação – ou como coordenador da Comissão de Extensão (COMEX/MED), ou ainda como membro do Conselho da Unidade FAMED, vêm lembranças que demonstram a inexistência de uma pretensa linearidade: sempre houve mudanças o que é favorável às discussões, mas que muitos teimam em desconhecer. A aproximação com outras vivências e outras escolas médicas me estimulava a pensar algo diferente do modelo pedagógico e de inserção social existentes, ou, pelo menos, que haveria opções diversas daquelas que hegemonicamente se mantinham e se perpetuavam apenas com pequenas variações, digamos, *toaléticas*.

Então, as raízes para a elaboração do problema (vide Capítulo 3 - Me-

todo) a ser investigado encontram-se em indagações que surgiram a partir de minha prática profissional como docente desta Faculdade de Medicina, onde iniciei minhas atividades em 1980.

A história da FAMED/UFRGS não está de forma alguma em dissonância com a maioria das escolas médicas do país, estando muitas delas em débito com as mudanças necessárias ao ensino médico. Entre aquelas que se dignam a planejar seus currículos – podendo inclusive não incluir os que detêm poder, aqueles incumbidos de executá-lo, o que depõe contra elas - há interesses e valores, bem como relações de poder, que têm na tradição da própria escola e no modelo especializado suas referências, até mesmo com o excessivo prestígio de determinadas áreas do conhecimento. A busca pela Educação surge então como instrumento de superação deste impasse, com o intuito de compreender como acontece a opção por uma determinada orientação político-pedagógica e a história de como os sucessivos currículos foram produzidos.

Como dito, a pesquisa desenvolvida para esta tese representa, ao final, também a problematização de minha própria prática docente. Surge do interesse de tentar entender como os currículos do curso foram produzidos e porque o foram (e são) de uma forma e não de outra. A aparente linearidade das sucessivas reformulações curriculares mostra, antes de tudo, o quanto são contraditórias e conflituosas, na medida em que dão visibilidade a estes conflitos de interesses e de poder. Este processo, afim de que não passe de mera formulação discursiva, deve contar com a participação ampla e reflexiva dos professores. Ressente-se, contudo, com a falta de uma prática docente de formação crítica, tanto em relação ao processo em si, ao curso, ao seu significado e comprometimento, como ao modo de efetivá-las pelos que devam levar adiante quaisquer novas propostas curriculares.

Daí a relevância da iniciativa institucional de criação de um Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde, vinculado concomitantemente as Faculdades de Medicina e de Educação da Universidade. Visa refletir sobre a formação de professores e as circunstâncias que os envolvem em relação ao próprio sistema de atenção à saúde, assim como a respeito da integração teoria e prática, essência de eventuais reformulações. Com isso foi possível ingressar neste programa como aluno de

doutorado e produzir esta tese, também devido ao apoio dos professores que se disponibilizaram a orientar nesta nova linha de pesquisa.

Na busca de um novo perfil docente para a área médica, modulado por estas normatizações (DCN e DCN para o curso de medicina, ambas de 2001) - em termos de habilidades, atitudes e competências em docência -, é essencial conhecer docente: o que pensa e faz, como se caracteriza, disperso e diversificado em seu pensar, contudo sem deixar de ser representativo de uma área especializada como a cardiologia.

Em tempo esclareço que, na verdade, inicialmente o foco desta pesquisa seria a saúde pública, o sistema de saúde e como a Faculdade (uma instituição formadora de recursos humanos para a saúde) se detém, em uma relação formador-prestador de assistência, estando ela sob avaliação oficial pelo sistema público de ensino superior do qual faz parte. Haveria então uma aproximação de interesses, já que a atenção básica à saúde constitui um elo pelo qual transito quase cotidianamente, pois minhas atividades, especialmente as extensionistas, têm na saúde comunitária um desaguadouro quase natural.

No entanto, parafraseando o pensamento de Foucault, “existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (1994, p. 95). Este apontamento instigou-me (e instiga ainda hoje) a pensar como se dão as intrincadas e complexas articulações entre produção e circulação de saberes, estabelecimento de relações de poder e, finalmente, produção de sujeitos e modos de subjetivação, como nos tornamos uma sociedade disciplinar e também uma sociedade do controle, o que se reflete, naturalmente, no campo médico; mas há, sobretudo, uma dedicação de Foucault aos estudos dos antigos filósofos, aos clássicos gregos e romanos, que trataram de uma questão básica para a educação: O problema do “cuidado consigo”, da constituição de “si mesmo”, da relação do sujeito com a “verdade”.

Volto-me, então, para o lado, digamos, oposto, e opto por uma área especializada ao extremo, cujo *progresso e evolução* servem de paradigma perante as demais, dando significância ao modelo de ensino hegemônico da escola: a cardiologia. A literatura médica tem na história

da cardiologia brasileira relatos que enaltecem seus avanços científicos, sejam diagnósticos, sejam terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos; assim também, uma preocupação com um novo modelo de formação da graduação na qual academicamente se insere, com amplo referencial que atente para as DCN relativas ao Curso de Medicina.

Neste sentido, ao elaborar à época o projeto de tese, considerando a vasta produção científica sobre educação médica e da área da cardiologia, tornou-se necessário perambular pela formação docente, desde sua constituição, perfil e práticas pedagógicas, sem, contudo, sair do interesse maior de como tais circunstâncias se deram, em detrimento de outras.

Assim, esta investigação foi realizada com a intenção de ouvir os professores, seus discursos, procurando fazer com que seu livre pensar aflorasse. Assim, podendo incluir suas histórias de vida além da trajetória profissional, conhece-se cada opção/decisão por ser professor, sua formação em docência e se cada um correlaciona ou não suas práticas educativas com as normas educacionais vigentes. Sabe-se que diferentes opções do pensamento docente podem conviver e com isso encontrar espaço para a diversidade. Se é fato a não existência de uma linearidade, buscou-se desvendar sob quais circunstâncias subjetivas se assentaria toda e qualquer reforma, não importando fundamentalmente a crítica *per se*, mas o conhecer do processo de formação docente e as práticas educativas utilizadas por professores de medicina, com suas especificidades e particularidades.

Para isso, foram entrevistados professores desta área específica, a cardiologia, nos três espaços de inserção acadêmica desta especialidade, no ciclo profissional do curso de medicina vinculado a uma instituição federal de ensino superior (IFES), utilizando uma metodologia qualitativa de pesquisa.

O estudo tem por base as falas dos docentes envolvidos de alguma forma, seja como professores atuantes no ensino da cardiologia, seja como gestores nos processos de reformas curriculares - regentes e coordenadores de comissão de graduação do curso -, personagens que nas suas respectivas instâncias traziam consigo um elo da instituição com seus docentes. Os detalhes específicos estão presentes no capítu-

lo sobre a metodologia. Por ora cabe apenas esclarecer que estas falas gravadas e transcritas na sua totalidade serviram para posteriores categorizações temáticas. A pretensão era a de obter informações que trouxessem visibilidades e sentimentos que embora já existentes por longa data no pensamento de muitos destes profissionais, para outros tantos representavam um momento para o exercício de reflexão sobre seu fazer docente, já que não tinham o tempo e o espaço adequado para sua propagação. Em cada âmbito ao qual referi, tinha noção de como circulavam as medidas ou comportamentos circundantes à execução e implementação de mudanças e adaptações no currículo, especialmente após a homologação das Diretrizes Curriculares para o curso de medicina. Com isso houve a possibilidade de verificar a posição do gestor, a exemplo de como são seus comportamentos perante os desafios e as resistências docentes. Sem esgotar o momento próprio de descrição metodológica, de pronto cabe ainda indicar algumas reflexões sobre a elaboração, por assim dizer, da pesquisa em si.

As falas são decorrentes de entrevistas abertas com os docentes, de modo que apesar de seguirem certos eixos de questionamentos davam a oportunidade para que o entrevistado se manifestasse e desse o rumo que lhe parecesse melhor para sua argumentação, mas devidamente acompanhadas pela condução cuidadosa do pesquisador conforme os eixos temáticos propostos ao entrevistado.

Em todos os casos houve um livre trânsito entre os entrevistados, com a ampla colaboração de todos, o que permitiu conhecer um pouco mais de cada um deles, como pessoas enriquecedoras, cada qual com suas vivências e experiências, maduras ou iniciantes.

Outra suposta aproximação com os ditos e escritos de Foucault (eixo referencial nesta tese) deu-se ao frequentar as disciplinas do doutorado, quando comecei a me interessar por alguns dos questionamentos deste autor. Antes de pretender constituir um libelo a favor ou contra algo, situação, fato, circunstância etc., pôde haver um distanciamento suficiente a fim de proporcionar o estranhamento necessário de visibilidades até então consolidadas. Ao me deter em investigar, ouvir e observar como os eventos acontecem de uma determinada maneira excluindo-se outras, procurei entender e aprofundar um pouco mais sobre a incom-

pletude do dizer, das certezas definitivas e de como estamos submetidos ou sujeitados aos fatos cotidianos, rotineiros e usuais de tal modo que, como corpos dóceis, nos fazemos cúmplices de um processo que tem no saber

um domínio onde “*o sujeito é necessariamente situado e dependente*” e nesse sentido, por exemplo, o saber da medicina clínica define para o sujeito do discurso médico o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão (FOUCAULT, 1995, p. 198 - grifo do autor).

Neste sentido, concordo com Fischer, que aponta:

Para analisar os discursos, segundo a perspectiva de Foucault, precisamos antes de tudo recusar as explicações unívocas, as fáceis interpretações e igualmente a busca insistente do sentido último ou do sentido oculto das coisas, práticas bastante comuns quando se fala em fazer o estudo de um discurso. Para Michel Foucault, é preciso ficar (ou tentar ficar) simplesmente no nível de existência das palavras, das coisas ditas. Isso significa que é preciso trabalhar arduamente com o próprio discurso, deixando-o aparecer na complexidade que lhe é peculiar. E a primeira tarefa para chegar a isso é tentar desprender-se de um longo e eficaz aprendizado que ainda nos faz olhar os discursos apenas como um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, quase sempre oculto, dissimulado, distorcido, intencionalmente deturpado, cheio de reais intenções, conteúdos e representações, escondidos nos e pelos textos, não imediatamente visíveis. É como se no interior de cada discurso, ou *num* tempo anterior a ele, se pudesse encontrar, intocada, a verdade, desperta então pelo estudioso (2001, p. 2).

Ao ter em Foucault uma referência para o estudo destas falas, emerge a necessidade de dizer algo a respeito de como este autor aborda a produção de discursos docentes em uma instituição de ensino historicamente situada (escolas médicas), bem como organizada e controlada mediante diretrizes. O discurso, assim concebido, não é a manifestação majestosamente desenvolvida de um sujeito que pensa, que conhece, e que diz; é, ao contrário, um conjunto em que podem ser determinadas

a dispersão do sujeito e a sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos.

O funcionamento dos discursos é definido segundo exigências impostas aos indivíduos selecionados dentre aqueles que têm acesso a um determinado discurso, e determina, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos para os sujeitos que falam, como o que o autor refere por “os grandes procedimentos de sujeição do discurso” (FOUCAULT, 1996, p. 44).

Neste sentido, o discurso médico, por exemplo, não pode ser dissociado da prática de *rituais da palavra*, bem como deve ser diferenciado do discurso da medicina, para o qual há uma pertinência doutrinária que teria procedimentos de controle discursivo referidos apenas à forma ou ao conteúdo do enunciado e não ao sujeito que fala. A medicina como uma *disciplina* é definida por “um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um corpus de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e de definições, de técnicas e de instrumentos” (CONTRERAS, 2002).

Foucault (1977) aponta uma questão importante também para esta pesquisa:

O que é afinal um sistema de ensino senão uma ritualização da palavra; senão uma qualificação e uma fixação dos papéis para os sujeitos que falam; senão a constituição de um grupo doutrinário ao menos difuso; senão uma distribuição e uma apropriação do discurso com seus poderes e seus saberes?

Contextualizadas as nuances desta pesquisa, seus desdobramentos requereram a elaboração de três artigos originais que serão precedidos por um artigo de revisão, elencados a seguir.

Entre os artigos originais, o primeiro compõe uma discussão atual a respeito da educação e formação médica, com base nas falas docentes da área da cardiologia, com um debate quanto à docência médica: constituição, vocação, perfil e controle docente. De um ensino que fosse controlado em sua qualidade até aos que tivessem o indispensável preparo para a profissão, o ensino médico teve sempre uma “didática

própria”, racional, pelo fato de ser intencional. Constituir-se professor está associado fortemente às formas de poder-saber que o trouxeram para a Universidade e que ali se re-significam, mas, que, contudo, evidenciaram as dificuldades de trabalhar sem um referencial teórico definido e estudado.

A valorização da pesquisa tem levado os professores a se afastarem das atividades de ensino, e se evidencia uma associação a um fazer vocacionado, em uma prática normalizada e destituída de romantismo, embora em nível de discurso, ele apareça com força preponderante. Há uma identidade docente marcada pela instituição, o que se reflete no aluno da UFRGS, que “capacitado” pode aprender seja qual for a dinâmica docente, levando-o até a uma eventual especialização precoce. Em contraposição é debatido o que os docentes tratam por “síndrome do aluno da UFRGS”.

Quanto ao perfil docente, a par de classificações tipológicas, não se tem claro um perfil hegemônico, se reconhece que o perfil requerido para o ingressante a docente na FAMED/UFRGS se aproxima mais do pesquisador especialista do que do professor. As ferramentas foucaultianas de interpretação do poder são úteis para que se possa compreender o disciplinamento e controle do trabalho docente.

O artigo que segue apresenta como se qualificam as “Racionalidades na Formação Médica e os Movimentos na Cardiologia”, no qual conhecer o sujeito falante, o ator do discurso, se evidencia na vasta rede de significações que se formam no contexto da instituição. Para tanto, parte-se das ferramentas construídas nas pesquisas de Michel Foucault, na busca de um padrão discursivo legitimado e orientado pelos ideais do que seja ser médico e professor e pelos modelos de identificação com o hospital e do sujeito da educação médica. Ao buscar o discurso docente, é evidenciada a vasta rede de significações que se formam no contexto da instituição de ensino médico.

A constituição da racionalidade anátomoclínica como uma *objetivação limitadora* é pouco debatida nas arenas discursivas da medicina e evidencia-se neste momento o citado embate entre diferentes racionalidades: o positivismo científico e o subjetivismo educacional. Se, por um lado a força da organização das especialidades no mercado tem a

ver com a articulação dos conteúdos da clínica médica, por outro há as disposições das DCN que propugnam por um modelo de integralidade na saúde. Antes de sequer questionarmos se a denominada *formação médica* estaria adequada aos modos como se poderia repensar a clínica e a saúde pública, discutimos se uma reforma do ensino dependeria também de uma reforma dos saberes e práticas que reorientam a clínica e a saúde pública. E ainda, busca-se conhecer o modelo vigente e como este se mantém através de estratégias cuja visibilidade teríamos que buscar.

Considerando que há um direcionamento governamental que propugna pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e com relevância social, questiona-se como isto é entendido pelos docentes, tratando-se da escola médica em voga e de sua historicidade, neste espaço reservado de conhecimento. Nossa perspectiva é, ao entender esse processo de racionalidades em embate, visibilizar os movimentos de ruptura e/ou continuidades na especialidade da cardiologia, o que – de fato – só se torna possível ao olharmos para além dos embates acadêmicos marcados nesse segundo artigo e que pretendemos trazer em outro momento desta pesquisa.

O terceiro e último artigo está focado na administração da gestão da escola médica e da área específica do ensino, considerando as circunstâncias de um possível compromisso institucional com as Diretrizes Curriculares Nacionais, no qual se sobressai a figura dos gestores. Em relação às DCN, parece inexistir entre os professores uma convicção quanto a uma aproximação docente ou mesmo a demonstração de um total desconhecimento por parte deles, podendo originar uma falta de responsabilidade participativa, sobretudo pelo fato das Diretrizes emanarem de uma instância superior.

Conhecer, ao menos em parte, a história da instituição permite compreender esses meandros tendo por base um diagnóstico institucional. Com isso é possível abordar a representação que existe nas falas docentes perante um novo quadro, que tem na própria sensibilização um fator a ser considerado. Tomando como referência esta construção, identificam-se desafios, desdobramentos e resistências, revelados pelo maior envolvimento dos docentes com a assistência do que com o ensino no

HCPA.

Por sua vez, sendo as DCN para a medicina orientações, deveriam adquirir um caráter mandatário, mas apontando para uma abertura e um estímulo a transformações ou adaptações. No entanto, existem apenas em tese e não na prática. A fragmentação dos departamentos da própria instituição ou mesmo a forma como o processo foi sendo conduzido, acabou gerando dúvidas e mais resistências, que podem ser minimizadas através de um melhor conhecimento da proposta educacional. Entretanto, mesmo os mais otimistas devem reconhecer que o progresso e os benefícios alcançados pela medicina nem sempre foram lineares e mesmo seus objetivos não são claramente discerníveis.

Deste modo, são expressas as nuances que permeiam uma instituição como a FAMED/UFRGS neste constante e dinâmico processo de identificação com as tendências curriculares hoje e sempre existentes e que servem para dar visibilidade ao quão diversificado é o pensamento de seus atores, em nada similar a uma linearidade que a história futura nos estimulará a descrever.

Após os artigos, parte-se para o capítulo de discussão, o qual retoma os pontos essenciais ao debate.

Encerrando a tese, nas considerações finais são apresentadas as possibilidades relacionadas ao tema, sintetizados os pontos dignos de estudo e alguns apontamentos sobre o saber produzido pelos professores em seu trabalho cotidiano, o caráter histórico e social da prática do docente de medicina e o processo de reflexão coletiva necessário para o desenvolvimento profissional dos professores na FAMED/UFRGS.

O repensar da formação e a releitura da prática docente podem levar os professores de medicina a refletir sobre a ação pedagógica. Isso porque, ao tornarem-se conscientes das crenças, dos valores e dos conhecimentos que a influenciam, passam a ter melhores condições para adequar seu comportamento profissional, levando-os a assumirem um papel ativo no seu próprio processo de formação e podendo, assim, fugir aos conhecimentos do senso comum e contribuir para a compreensão da função social da profissão. Mas isso não nos moldes em que se encontra atualmente e sim baseada no compromisso com as necessidades materiais e sociais de uma determinada sociedade, uma escola médica

que pode, portanto, ser mudada à medida que os períodos históricos irão se sucedendo.

O presente estudo poderá abrir a perspectiva de construção de um ensino de melhor qualidade para o curso de medicina (qualitativamente reflexiva e crítica), contribuindo com a transformação da ação docente, podendo também oferecer subsídios para encaminhamentos em relação à formação permanente dos professores da área da saúde.

As respostas a determinadas situações apontadas neste estudo são provisórias, tendo em vista que não existem verdades incontestáveis, posto que se hoje propiciam a elucidação de determinados problemas e impasses, ocorridos em dado momento histórico e em contexto social específico, em outros momentos e contextos diferentes poderão não satisfazer.

Em tempo, alguns aspectos específicos quanto à redação deste texto carecem de explicação desde logo: primeiramente assumimos certas repetições que porventura possam aparecer em relação ao artigo de revisão e aos demais três artigos, posto que aquele trata - como o nome refere - de um apanhado geral sobre o tema. Assim, na discussão mais específica travada em cada um dos artigos, houve excertos que foram novamente trazidos a escrita, por uma questão de adequação de contexto.

Nesta introdução, por haver momentos que tratam da experiência pessoal do pesquisador, foi utilizada a forma verbal na primeira pessoa do singular; no entanto, para o restante da tese, consoante o diálogo teórico com as referências acessadas e com os orientadores, segue-se o convencional tempo verbal na primeira pessoa do plural.

Por fim, ainda quanto à redação deste trabalho, optou-se por não contemplar as mudanças propostas no recente Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, particularmente por dois motivos relevantes: há ainda uma falta de unificação entre os autores sobre as regras de interpretação e padronização das normas regulamentares do Acordo; e pelos *softwares* de editores de texto ainda não estarem conforme a nova formatação, o que dificultaria a uniformidade de escrita durante o texto.

4. Discussão

Neste momento da tese propomos uma reflexão sobre seu todo, tomando por referência a revisão bibliográfica efetuada e os três artigos que a embasam. Especificamente, teremos por base reflexiva, além dos argumentos constantes nestes itens, algumas outras falas docentes que verificamos serem adequadas quanto ao propósito de uma discussão. Em tempo esclarecemos que com o mesmo intuito também será acessada alguma bibliografia de apoio.

Ressaltamos que os desdobramentos que compõem esta discussão relacionam-se com o dualismo entre teoria e prática, com o cenário, a influência da pós-graduação e a racionalidade técnica em relação ao modelo pedagógico adotado pela FAMED/UFRGS.

Iniciamos a tese procurando demonstrar como ocorre a constituição, a vocação, o perfil na docência médica e também o controle docente. Como referimos, de um ensino que fosse controlado em sua qualidade até aos que tivessem o indispensável preparo para a profissão, a docência médica teve sempre uma didática própria e em geral racional, intencional que é. Constituir-se professor está associado fortemente às formas de poder-saber que o trouxeram para a universidade o profissional médico e que ali se re-significam, mas, que, contudo, evidenciam também dificuldades em trabalhar um referencial teórico definido e estudado especificamente para a docência em medicina.

Assim, atingindo uma supervalorização da pesquisa, associada ao afastamento das atividades de ensino, pode-se reconhecer que o perfil requerido para o docente ingressante na FAMED/UFRGS se aproxima mais do pesquisador especialista do que propriamente do professor. Um fazer vocacionado, em uma prática normalizada e destituída de romantismo e de uma salutar subjetividade aparece com força preponderante, embora em nível de discurso. Há uma identidade docente marcada pela instituição, o que também se reflete no aluno de medicina da UFRGS e na convicção de que por ser “capacitado” está apto a aprender seja qual for a dinâmica docente adotada, que em geral leva-o, particularmente, a uma especialização precoce. Em um extremo oposto, mas relacionado, surge o que alguns docentes citaram como a “síndrome do

aluno da UFRGS”, ou seja, aquele aluno que passa uma imagem de que para ele, o simples ser acadêmico de medicina basta, após seu ingresso em um curso tão concorrido. Estes dois pólos relacionam-se por fazerem parte de uma mesma sistemática, de um mesmo perfil: a falta de estímulo ao senso crítico e a reflexividade em relação à construção do fazer médico a partir de sua própria formação, algo que traz em si um tanto de responsabilidade do próprio estudante.

Dentre os instrumentos principais da *tecnologia disciplinar*, a vigilância hierárquica se constitui em um jogo de olhares que se efetua na rede de relações múltiplas e entrecruzadas, mesmo quando sua organização possui uma forma piramidal, tal como em um hospital de ensino, de forma que se instituem *fiscais perpetuamente fiscalizados*.

No segundo artigo original que compõe esta tese, consideramos os elementos para compreender os meandros históricos do ensino médico; qualificamos como racionalidades na formação médica e os movimentos na cardiologia. Em toda esta trajetória de pesquisa, conhecer o sujeito falante, o ator do discurso, se evidenciou na vasta rede de significações que se formam no contexto da instituição, bem como o embate entre racionalidades diversas: o positivismo científico e o subjetivismo educacional.

Argumentamos que Foucault, ao debater o nascimento da clínica demonstrou que seu desenvolvimento esteve ligado ao reconhecimento da necessidade de um ensino que fosse controlado em sua qualidade, no sentido de evitar a multiplicação de erros e de encaminhamentos perigosos à saúde dos cidadãos. Essa preocupação atingiu o ponto de um fechamento gradual do exercício da medicina apenas aos que tivessem o indispensável preparo para a profissão, isto é, o ensino médico teve sempre uma didática própria. O método clínico vai conformando um “corpo organizado da nosologia” (1994, p. 19) estabelecendo com a doença e o doente relações fundadas na decifração e codificação de sintomas. Esta racionalidade didático-pedagógica, entendida como reflexão crítica, consistente e consequente sobre o processo educativo - que está sob a responsabilidade do professor -, “permanece, de modo geral, como algo separado do investimento na competência técnica em medicina” (BATISTA; SILVA, 1998, p. 52). A racionalidade técnica implanta a figura

do *expert*, que, com sua eficiência e domínio das técnicas derivadas do conhecimento científico, legitima os “objetivos que ficam fora do debate tanto para os professores como para a sociedade” (CONTRERAS, 2002, p. 102).

Se a força da organização das especialidades no mercado tem a ver com a articulação dos conteúdos da clínica médica, há as Diretrizes que propugnam pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e com relevância social. Tensionamos se uma reforma do ensino médico dependeria de uma reforma dos saberes e práticas que orientam a clínica e a saúde pública, assim como se os atores deste processo conhecem o modelo vigente e como este modelo se mantém à custa de estratégias cuja visibilidade tivemos que buscar nas falas dos docentes entrevistados.

O dualismo, tanto nas discussões quanto nas práticas acadêmicas, também pode estagnar-se em ações isoladas e estanques; daí concluímos que visibilizar os movimentos de ruptura e/ou continuidades na especialidade da cardiologia, só se torna possível ao olharmos para além dos embates acadêmicos identificados.

Neste contexto, questionou-se como isto é entendido pelos docentes, tratando-se da escola médica em voga e de sua historicidade, em um espaço reservado de conhecimento. Portanto, neste ponto do segundo artigo propusemos conhecer o histórico de uma existência. Reconhece-se que o surgimento da epidemiologia clínica representou a busca por alcançar uma objetividade na prática clínica, que trouxe consigo o modelo científico por excelência, embora haja incertezas em seu exercício, ao se tentar superar as eventuais dúvidas clínicas, como o são as tensões entre objetividade/subjetividade, singularidade/universalidade, doença/doente.

A exacerbação da identificação da medicina como ciência, com forte fundamentação científica, pode ser questionada. Neste sentido, concordamos com os apontamentos de Souza, para os quais encontra respaldo na obra já citada de Foucault, que em sua tese defende que:

A transformação não ocorreu porque, enfim, a medicina moderna pôde encontrar seu objeto, mas se operou ao nível da relação entre aquele que fala e aquilo de que se fala, quando a partir de uma

mudança nos planos do visível e do invisível, e sua relação com o enunciável, se operou uma reformulação no próprio saber, expressa na mudança do discurso médico que passa a falar, numa nova linguagem, sobre outro domínio da experiência médica (1998, p. 17).

Salientando a parte final da citação, de fato, houve uma mudança na linguagem, fruto do avanço nos saberes. No entanto, as práticas, aquelas formas do fazer no campo médico atreladas às relações com subjetividades, universalidades e acima de tudo com o doente (e não apenas restritas à doença por si), foram sendo deixadas de lado, carecendo de maiores reflexões.

Ainda em *O Nascimento da Clínica*, Foucault investiga a produção do conhecimento e da mudança no saber médico articulada às práticas sociais, relevantes na estruturação de uma experiência médica coletiva. Dedicou atenção especial aos temas da reorganização do ensino, do exercício da profissão médica e da instituição hospitalar como um todo. Podemos perceber que ensino e assistência se conjugaram e as patologias passaram a poder ser observadas, ao mesmo tempo, na sua condição de acontecimento singular e como parte de uma série no campo hospitalar e na transformação da estrutura de sua racionalidade e no domínio de sua experiência. Essa reorganização se associou ao desenvolvimento do método clínico, a partir de quando o olhar médico não se contenta mais em *constatar*, buscando *descobrir*, o que estimulou a valorização das pesquisas.

Ao abordamos a administração da gestão da escola médica e da área específica de ensino, no terceiro artigo, entendendo as circunstâncias de um eventual compromisso institucional com as DCN no qual sobressai a figura dos gestores. Contudo, a aproximação docente, aparentemente sem grande convicção sobre as mudanças e até mesmo demonstrando um total desconhecimento, origina a desresponsabilização com a participação e responsabilidade de cada professor, ainda mais quando a decisão emana de instância superior (e legal) tal como as DCN.

Apontamos para as representações identificadas nas falas docentes diante de um novo quadro de orientações (DCN), que tem a sensibilização como fator a ser considerado. A este respeito, conforme referimos em Silva anteriormente, “tendo em vista a fragmentação dos departa-

mentos da própria instituição, ou a própria forma como o processo foi conduzido, gerando dúvidas e resistências, que podem ser minimizadas através do melhor conhecimento da proposta educacional” e segue, questionando se “(...) sendo as Diretrizes para o curso de medicina orientações, tomam caráter mandatório, apontam uma abertura e um estímulo para transformações ou seriam só no papel, ou meras adaptações” (2005, p. 143).

No entanto, referimos também que mesmo as opiniões mais favoráveis precisam reconhecer que os avanços mais positivos alcançados pela medicina raramente foram lineares ou sequer tiveram seus objetivos claramente distintos, até mesmo por privilegiarem a dispersão. Deste modo, ao expressar as nuances que permeiam uma instituição como a FAMED/UFRGS, no processo dinâmico e relacional com as tendências curriculares, pode-se ter maior visibilidade das diversas matizes constantes no pensamento de seus atores, em franca dissonância em relação àquela pretensa linearidade que a história – passada e futura – pretende manter.

Dentro deste contexto, outros desdobramentos merecem atenção. Historicamente, como leciona Foucault, o encontro da clínica com o hospital inscrevia-se como lastro e pressuposto do processo de formação do médico, portanto o hospital foi sendo absorvido como uma linguagem única. Nele aptidões, talentos e vocações teriam espaço de expressão, mas em detrimento de outros cenários:

...não se trata do posterior encontro entre uma experiência já formada e uma ignorância a informar; trata-se de uma nova disposição dos objetos do saber: um domínio onde a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ingênuo; tanto para um como para o outro; só existe uma linguagem: o hospital, onde a série dos doentes examinados é, em si mesma, a escola (1994, p. 77).

Em relação à introdução da tecnologia na medicina, esta está inserida em um processo bastante abrangente. Neste sentido, sustenta Koifman que:

...no campo do saber médico, a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédi-

co, alicerce consensual da moderna medicina científica. O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas; mas que precise constantemente de inspeção por parte de um especialista, cujos problemas somente estes possam constatar (2001, p. 54).

Neste mesmo sentido é que questionamos a racionalidade médica tal como está, em especial quanto ao ensino médico, baseados em um paradigma no qual o modelo é excessivamente centrado na alta tecnologia e na super especialidade. Ou seja, o ensino médico acaba por absorver para si esta sistemática: o modelo científico e biomédico, refém de práticas que no fim e ao cabo necessitam de um médico extremamente especializado para resolver problemas que somente e ele parecem endereçado, na forma como se encaminha o ensino e o fazer médicos até então. Pensamos que desta forma, a escola médica deixa de dar a devida atenção e abrangência que o sistema de saúde como um todo requer. Portanto, há uma responsabilidade a assumir por parte das escolas de medicina, e também da FAMED/UFRGS, em relação à maneira como o ensino é conduzido e se relaciona com os pressupostos exigidos pelo sistema de saúde.

Por outro lado, se a formação em medicina implica em triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, questionamos: quem é o professor que tem assumido a mediação neste processo de formação? Se e como tem ocorrido o seu preparo para a função docente? São pontos de extrema importância. Vejamos o relato a seguir, de um dos professores entrevistados, que também trata destas questões.

...tu entra *num* pacote já fechado, basicamente a Universidade não te propicia nenhum treinamento - não é nem treinamento - ela não te dá nenhuma diretriz pedagógica, nenhuma diretriz didática médica; os programas que existem, que é o PAPI, *né* - Programa de Apoio Pedagógico -, não... absolutamente não te dá nenhuma... nenhum... uma condição, ou “é assim olha, é assim que se faz, é esse o caminho da UFRGS”; é uma coisa construída individualmente por cada unidade, por cada departamento e por cada serviço e aqui o pacote é meio fechado assim, *né*, nunca se parou *pra* pensar outro modelo, nunca se parou...(E. 11)

Como averiguamos durante a pesquisa e de acordo com nossa hipótese inicial, é conhecido o fato do despreparo para a função docente em medicina. Aliás, antes mesmo de se falar em preparo – como reporta a fala acima – existe uma falta de diretiva institucional que conduza o fazer docente, que dê o sentido do que se pretende construir em termos de formação profissional discente e, naturalmente, condizente com as DCN. O que se vê são normas relativas a cada instância de gestão, que se configuram para os profissionais de ensino como um “pacote fechado” que se deve seguir durante a formação médica, tanto por professores como por alunos.

Assim, não há um estímulo à formação para a docência, nem uma preparação para tanto, esperando-se que no dia a dia de sala de aula esta qualificação esteja apenas nas mãos dos próprios professores e, por fim, dos modelos que estes mesmos tiveram. É com esta finalidade, ou seja, a de melhor qualificação docente em relação ao que o sistema público de saúde requer e ao perfil de profissional que se pretende formar, que se impõe a necessidade de efetiva interação das DCN com o ensino em medicina, portanto é algo que deve ser relacional.

Outro professor entrevistado expõe sobre uma tentativa de alterar este modelo, priorizando a atenção ao doente:

Eu digo coisas que alguns acham meio duras: “o nosso compromisso primeiro não é com você, não é com dar aula *pra* vocês, não é *pra* fazer pesquisa, nada disso; primeiro compromisso é cuidar bem do doente, qual é o nível de cuidado com o doente que nós temos que aceitar? Só um: excelente, igual ao melhor do mundo; nós não podemos... nós não somos aqui... adeus ao complexo vira-lata, *né*, nós não somos medalha de latão, quinto lugar com choro; nós concorremos aqui pela medalha de ouro da excelência assistencial”. (E.8)

Constatamos que não há propriamente uma incompatibilidade entre o que se quer e o que se tem, ou seja, entre o perfil institucional vigente e o que se pretende. O que ocorre é uma falta de associação adequada entre razão e sensibilidade. Retomando a fala acima, não há que se reduzir instâncias dentro de pesquisa, ensino e assistência, há que se sensibili-

zã-las, há que se adotar uma “razão sensível”, por assim dizer, dimensionando-as. Portanto, a ênfase no doente proposta pelo professor não vai de encontro ao restante das atividades, ela é o ponto de partida para esta excelência que se quer, que abrange sim o ensino, a pesquisa, a alta tecnologia etc. É o meio pelo qual se atinge aquilo que se quer, mas, no entanto, por um viés que aponta para a atenção em saúde que se deseja, tanto por via de ensino como legal (DCN entre muitas outras disposições legais em termos de educação superior e médica).

Conforme o Relatório Geral de Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1991-1997) da CINAEM¹¹, há uma tendência nas escolas médicas do país de que as relações de poder estruturadas durante o curso de graduação moldem uma postura passiva e reprodutiva por parte dos alunos no processo de aprendizado, promovendo a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias de forma pouco crítica e consequentemente inadequada. Desta maneira, assumem posicionamento estratégico de submissão (docilidade, parafraseando Foucault), como forma de transposição das dificuldades para passar de uma etapa a outra em seu processo de formação.

Detendo-se no currículo do curso médico, conforme explicita o projeto pedagógico de 2007¹, é possível perceber que este abrange uma sequência de disciplinas, estágios e internatos, ordenados por matrículas semestrais, em uma seriação aconselhada. O currículo 242.00 do curso foi implantado progressivamente a partir do segundo semestre de 1990. Para integralização deste currículo, ainda vigente, são exigidos seiscentos e cinquenta e quatro (654) créditos ou nove mil, seiscentas e setenta e cinco (9.675) horas-aula.

O ensino de cardiologia está sobre a responsabilidade do Departamento de Medicina Interna (DMI), através de três inserções: na Introdução à Clínica Médica – MED01001, na qual se insere a Semiologia, no quarto semestre; a Clínica Médica I – Estágio - MED01116, no quinto semestre, e o Internato de Clínica Médica, - MED01175, nos quatro últimos semestres do curso. Estes três módulos ocorrem em cenários diversos, como caracterizado na fala abaixo, mas sempre inseridos no

1 Disponível em: http://www.famed.ufrgs.br/panel/uploads/files/projeto_pedagogico_famed_2007.doc. Último Acesso em 12.11.2009

ambiente hospitalar²:

...a atuação na graduação que se dá em três níveis, que é a semiologia cardiológica, a clínica médica cardiológica e a atividade com o estagiário de internato, o doutorando. ...então a gente acaba tendo que passar por esses três... esses três cenários que são bem diferentes [mas todos dentro do hospital]. A semiologia é o início, é a apresentação do paciente pro aluno. A clínica médica já é um cenário mais de discussão de caso clínico frente ao paciente e tal, e o internato, ele já é uma coisa mais *num* nível bem prático assim. Na minha percepção assim, a gratificação melhor, maior, se dá no nível intermediário: a parte do aluno de clínica médica que já tem uma percepção boa da relação médico-paciente, já passou por uma fase inicial de treinamento assim e começa a ter um vínculo maior com o paciente, começa a ter uma noção melhor das patologias, das doenças cardiológicas e é um momento que eu tenho particularmente maior gratificação. Acho que existe uma ambivalência inicial em relação à semiologia cardiológica, até porque ela perdeu muito espaço histórico, dentro da formação do médico cardiologista ou do médico em geral. (E.11)

Em resumo, quanto às peculiaridades de cada uma, verifica-se que a semiologia adquire certa relevância em um primeiro momento. Contudo, ao deslocarmos o foco para a Clínica Médica I como estágio, aí se localizam conteúdos de diferentes especialidades de forma fragmentada, entre as quais a cardiologia. O regente, na verdade, é um coordenador de atividades fragmentadas em múltiplas especialidades, o que o desafia em sua ambicionada busca de algum grau de uniformidade no ensino. Trazemos os depoimentos de professores, bem como suas análises a respeito do desempenho dos alunos e da forma como o ensino se desenvolve, em uma escola que, como revelado nos artigos anteriores, tem peculiaridades. Vejamos este:

...propiciar uma troca de ideias e experiências entre os professores, o que é algo bastante difícil porque nós temos muitos professores participantes das atividades que se desenvolvem de forma concomitante, né, na mesma hora, então é difícil acompanhar, de

2 Disponível em: http://www.famed.ufrgs.br/panel/uploads/files/projeto_pedagogico_famed_2007.doc. Último Acesso em 12.11.2009.

fato, o desenvolver das atividades, porque são simultâneas. (...) Por outro lado, aqui, no âmbito da cardiologia, torna-se mais fácil, porque nós estamos aqui, a área física é muito mais reduzida, nós participamos diretamente, como professores que somos e há uma maior proximidade também entre os docentes. (P16)

É pertinente o comentário de Campos, ao argumentar que

(...) procedendo-se a uma divisão dos estágios entre dezenas de especialidades, estas pouco dialogam entre si, e os professores-especialistas procedem como se todos os alunos fossem ser especialistas naquela área. A questão sobre o que um médico geral ou de qualquer outra especialidade necessitaria saber sobre o tema não é a lógica que preside a construção dos conteúdos dos estágios e da abordagem teórica. (...) Procede-se como se a especialização fosse toda a medicina, como se o atendimento especializado fosse toda a assistência. (1992, p. 191)

Embora o aluno possa ainda dispor desta integração, uma abordagem mais simplificada é utilizada considerando a amplitude que caracteriza a Clínica Médica I e a diversidade docente, tendo em conta as demais áreas envolvidas na disciplina como um todo:

(...) Abordamos esses conteúdos de uma forma simplificada... (...) Então eles conseguem dominar aquilo que é elegido de uma forma bastante simplificada. Então eu acho que a disciplina é uma disciplina muito ampla, com seus objetivos educacionais, em suas cinco áreas distintas, com muitos professores e é bastante difícil a tarefa do Regente. E há a necessidade de respaldo por parte dos departamentos, das chefias, para que – digamos assim – modificações mais amplas, mais profundas, né, que às vezes colidem com pontos de vista opostos, elas sejam respaldadas por um departamento, através da sua chefia, do seu colegiado, né, para que se possa eventualmente contornar as dificuldades, atenuar as arestas, que eu acho que é mais difícil, porque aí envolve uma questão de inter-relacionamento pessoal, com outros colegas professores né, enfim. Mas é algo que se faz e de um modo geral se tem conseguido. (E.16)

Através de um trabalho elaborado por Manfroi (2002), surge uma proposta para o ensino na área da cardiologia na FAMED/UFRGS, vi-

sando um comportamento de professores e alunos que tenha sempre no paciente (e não no “doente” apenas) o centro da ação médica. O sentido ali constante apregoava o acompanhamento dos estudantes de forma sistemática, indicando que daquilo que o aluno já sabe é que ele poderá fazer a primeira leitura de qualquer novo conteúdo.

Além de uma eventual divergência em termos de concepção do que deve ser ensinado, surge também outra questão que envolve o método de ensino e como desenvolvê-lo. Neste sentido:

(...) que haja atividade do professor com o aluno e o paciente e não só sala de aula ou *rounds* clínicos, já com participantes com outro nível de conhecimento, do internato, residentes assim... que exija que o aluno evidentemente tenha uma participação ativa, que isso não seja delegado à terceiros, por exemplo: às vezes residentes, pós-graduandos, contratados podem participar eventualmente, mas eu acho que essa é uma tarefa aí complementar. O professor precisa participar diretamente como professor que é. (P16)

A fala deste professor traz este outro aspecto, metodológico. Assim, além dos conteúdos parece haver também o surgimento de uma necessidade de mudanças no método de ensino, especialmente na relação entre os alunos em diferentes níveis de conhecimento e aprendizado e o professor. No trabalho de assistência, por exemplo, é comum ocorrer que em um grupo de alunos haja aqueles com um nível de conhecimento superior, dependendo do estágio de aprendizado em que o aluno se encontra; no entanto, é imprescindível que haja espaços específicos para os alunos nos demais níveis de compreensão, garantindo a participação ativa a todos e, com isso também aumentando o quociente de responsabilidade de cada um em relação ao caso estudado e ao seu aprendizado.

Cabe lembrar, no entanto, que o método não é sempre o mesmo durante todo o curso. Uma passagem rápida pela relação entre ensino básico e clínico denota uma diferença quanto à metodologia de ensino:

O ciclo básico todo é mais resistente, é onde tem as aulas mais tradicionais. Na medicina, na parte clínica mesmo já há muito tempo eu não vejo uma aula monumental, assim... Eu acho que o ensino do básico tem esse viés e aí a mudança do modelo pedagógico faz toda a diferença, porque é integração. Então essa distância entre o que você

dá na teoria *né* e o que é aplicado, ela é brutal. (E.1)

Aqui não nos deteremos especificamente quanto a esta especificidade do ciclo básico, posto que tratamos da problematização do modelo de ensino como um todo, em sua relação com o perfil de egresso que se pretende e na relação direta com a aplicabilidade das DCN.

Outro desdobramento do processo pedagógico acontece no momento da avaliação do aluno, na qual há uma preocupação com a aplicabilidade do conhecimento, bem como com a integração de conteúdos, havendo uma tentativa de contemplar a atividade prática:

No final é um processo passivo, não é, que ele apenas assiste, assiste, e estuda pro tal dia da prova final. Então procuramos fazer com que o estudo ocorra de forma contemporânea ao aprendizado, em que ele vai estudando gradativamente. E nós elegemos as situações mais prevalentes, que são essas que nós desenvolvemos com o aluno. Se existe alguma particularidade que ocorre na prática, no estudo de casos clínicos da Enfermaria, bom, então o aluno irá casualmente estudar aquele assunto. ...desenvolvemos uma prova baseada em caso clínico, que então procura avaliar a aplicação de conhecimentos, não só nível de habilidade intelectual, não é, já que a disciplina é prática, então focamos em casos clínicos e envolve elaboração de diagnóstico, conhecimentos de fisiopatologia, patogenia e conduta inclusive, ta... conduta diagnóstica e conduta terapêutica, que é outra dificuldade que talvez exista na concepção que se tem do ensino de clínica (P16)

Por seu turno, referindo-se a formação do médico geral e não do especialista, faz-se necessário torná-la abrangente quanto aos conteúdos essenciais e tratando-se de docentes com formação especializada – i.e., que atuem somente em sua área - há uma tendência a formar especialistas precoces, havendo alunos que não têm pré-requisito para tanto. Vejamos as seguintes ponderações:

(...) Então tu percebe muitas vezes, que os conteúdos apresentados aos alunos são por demais especializados e eles não têm ainda a compreensão suficiente de todos esses fenômenos... Muitas vezes são facilmente expostos pelo professor ou pelo próprio paciente, ta, já que nós temos um hospital terciário que reúne casos mais graves de

pacientes já tratados... Tudo isso confere um maior grau de dificuldade para o aluno. Então talvez haja uma exposição muito precoce a conteúdos muito especializados, nós temos procurado evitar isso. (P4)

.....nós precisamos ampliar nossos modelos de ensino? Sim. Qual é o problema que nós temos, o grande erro – ai a minha opinião pessoal - o grande erro, o equívoco grosseiro é achar que tu vais corrigir os nossos problemas de ensino mudando os modelos. Isso é um equívoco grosseiro, um equívoco. “Não, não, o ensino de graduação da faculdade de medicina da UFRGS vai mudar, agora nós só vamos formar médicos gerais e o doutor vai dar aula no posto de saúde...”, acabou com a nossa faculdade de medicina se fizer isso, acabou. E tem que ter um cara bom no posto de saúde e que ser um professor que tá aqui, porque se for no fim do mundo também não funciona. É uma aposta que tá sendo feita. (E.10)

De fato, como na primeira fala, concordamos com a ideia de que os alunos podem não estar preparados para receberem determinados conteúdos muito especializados, em relação a outros mais gerais e talvez instrumentalizadores para o seu conhecimento. Também não pretendemos propor uma mudança radical de modelo, tal como dito na segunda fala, até porque não é disso que tratam as DCN. As Diretrizes sugerem uma adequação do ensino e práticas às necessidades de saúde da população em consonância com o andamento de uma política de saúde desde a Constituição Federal de 1988, através das metas de criação e implantação do SUS. No entanto, ressaltamos que dentro de uma reordenação de modelo, ou de perfil, como se prefira, é necessário que os alunos tenham a possibilidade de conhecer não apenas um cenário, que é do HCPA. O ensino deve dar conta de outros níveis de abrangência que o antecedem (níveis primário e secundário), conferindo a ele uma apreensão geral do contexto de atuação em saúde o qual, se espera, seja parte do aprendizado em medicina.

Retomando aos docentes e ao perfil do curso, é curioso perceber a identificação de um sentimento de preservação em seus discursos, ao deparar-se com as adversidades de um confronto. A este respeito, a fala a seguir é exemplificativa:

...nós temos a participação ativa de todos os professores que são interessados, cada um ao seu modo... eles consideram, na experiência pessoal de um acadêmico de quinto semestre, mas certamente confrontando com o de outras áreas, a tendência... a avaliação é satisfatória, *tá*, bastante satisfatória... O que não é bom... Bom, o que ainda não está bem fica para uma segunda oportunidade [ri], vamos falar do positivo... (P16)

Percebe-se que o interesse do corpo docente, por mais bem intencionado que seja, ocorre como já referimos e é reiterado nesta fala, ou seja, “cada um ao seu modo”, não havendo uma preparação ou intenção institucional no sentido de melhora da participação docente. Ademais, quanto à avaliação institucional, permanece a máxima “se está bom, para quê mudar?”, ou ainda com base nos aspectos positivos postergar cada vez mais as mudanças requeridas (CF, DCN, SUS etc.), mesmo no nível das discussões a este respeito.

Finalmente, o terceiro momento de ensino de cardiologia ocorre no Internato em Medicina Interna - MED01175 (lembrando, os outros dois eram a Semiologia e a Introdução a Clínica); último ciclo do curso de graduação em medicina, no qual se identifica uma situação peculiar: como o número de vagas é maior que o de alunos, nem sempre os serviços contam com a participação de doutorandos, mesmo estando disponíveis duas vagas para doutorandos integrarem o atendimento no serviço de cardiologia, dentre as trinta vagas dos estágios em serviços especializados, durante um mês³.

Em um debate em que se pretenda aprofundar a questão da avaliação pedagógica, desde já se tem uma noção de que teoria e prática assumem papéis intercambiáveis, de forma que a atividade docente possa revelar sua razão e ser em si um diferencial no ensino, tal como aponta outro professor:

...eu pego os alunos na parte da semiologia e aí eles efetivamente estão naquela coisa de descobrir o ensino, de sair da parte mais teórica do curso pra parte mais prática do curso e aí a gente faz muita diferença. Eu acho que a gente sempre faz diferença, mas ali a gente

3 Disponível em: http://www.famed.ufrgs.br/panel/uploads/files/projeto_pedagogico_famed_2007.doc. Último acesso em 15.03.2010.

faz muita [enfático] diferença. (E.4)

O entendimento desta relação também aqui encontra a diversidade como ponto de referência, caracterizada pelas diferentes experiências individuais. Vejamos os depoimentos a seguir, neste contexto:

...não pode ter prática sem ter embasamento teórico... O embasamento teórico, ele não segue essa ordem obrigatória. Por exemplo: o cara chega no primeiro dia, ele recebe um paciente com infarto agudo do miocárdio *pra* acompanhar. Ele só vai ter aula de infarto agudo do miocárdio daqui a uma semana. No outro dia eu já to cobrando o que tava escrito no livro, desse cara. Significa que eu to estimulando esse cara a fazer o que a gente faz a vida inteira, buscar o conhecimento. Depois, quando ele chega no seminário, ele já viu o paciente e isso é muito bom. Então eu acho que não há... Acho que nós temos que ver – como a gente faz aqui – nós temos que ter um conteúdo teórico programático mínimo, tem que ser dado, no caso, nós garantimos... Porque acontece, por exemplo... o meu aluno pode passar o mês inteiro e não ver nenhum paciente... (E.10)

...eu acho que as duas coisas caminham juntas, mas veja bem: um indivíduo que não tem uma... um... que não entende o exame do doente, ele pode saber todo o livro Harrison de cor, ele não sabe medicina. O indivíduo que entende como é que se posiciona dentro do doente, no exame do doente, ele pode assim saber alguma coisa do livro e ser um grande médico. Porque veja bem: aquilo que... ele tendo um método, ele não entende uma determinada coisa, ele vai pesquisar especificamente aquilo e acaba tendo uma... um conceito integral do caso que é extremamente importante e daí é que surge a solução do problema, e ao médico cabe resolver o problema. A resolatividade é a função do médico... [função] última do médico. Todo o resto são ferramentas que se usa *pra* chegar nesse... nesse ponto. (E.15)

Eu acho que depende da área. Eu, por exemplo, ensino Introdução à Clínica Médica sem eles ter clínica nenhuma. Eu parto da prática depois eles vão *pra* teoria. Mas tem algumas horas que eles realmente se embatucam.

Eu acho que as duas têm que correr meio juntas. O problema é fazer isso acontecer. Eu tenho... nós temos professores que não querem ver pacientes. Não gostam de pacientes. E quanto mais pesquisadores

eles são, mais longe do leito eles estão. Eles estão na bancada de pesquisa e não querem... (E.6)

A prática é fundamental no ensino médico. A teoria, ela não é fundamental, porque a teoria o aluno pode buscar de outra maneira ou pode complementar através da prática. Agora sem a prática não se forma um bom médico... O chão da maior parte dos professores talvez seja a teoria, seja a aula teórica, ou seja, a produção de pesquisa, talvez, *né*... Na nossa área... [ela] é essencialmente prática. Agora em outras áreas, principalmente áreas clínicas, eu acho que existe um certo distanciamento do professor com a parte assistencial. A experiência dele é mais de leitura, mais acadêmica. (...) Eu acho que algumas coisas hoje em dia podem ser simuladas. Eu acho que a gente tem hoje... tem modelo, tem manequins, tem tudo... Então eu acho que a gente tem que ter a responsabilidade de cumprir etapas. A primeira etapa foi lá no laboratório, com manequim. A segunda etapa tem condições, vai entrar junto com um orientador, com um professor mais experimentado pra ver como é que se faz *num* paciente. E numa terceira etapa tu que vai fazer,.. [o aluno realizará por si] (E.13)

Identifica-se neste íterim a necessidade de compartilhamento dos espaços, pois há uma integração dos alunos de diferentes níveis em um tempo posterior, associado ao módulo das equipes.

É, aqui na cardio, a gente integra os alunos nos módulos das equipes, no dia a dia do *round*, com os residentes. Antes de começar o *round*, eu fico uma hora com eles, em separado assim, pra discutir coisas *num* padrão mais acadêmico. E depois, na segunda hora, a gente vai pro *round* juntos onde eu faço com que eles, na medida em que vão se sentindo mais confortáveis, eles possam se integrar e falar do caso que eles viram de manhã cedo, comigo. Têm várias diferenças: o doutorando que “se acha” porque é um doutorando, porque tem um crachá azul; o acadêmico super intimidado; o residente às vezes de “saco cheio” porque tem aquela gurizada ali na volta. Então a gente tem que ter muita... muita presença de espírito, ao mesmo tempo muito pulso, porque todo mundo já foi acadêmico. Mas é complicado, às vezes tem pouco paciente, não é? A gente, às vezes tem referenciais baixos de pacientes internados. E eu acho que ensinar medicina sem estar discutindo casos, é muito complicado, eu acho... ai vai pra casa ler, *né*... Eu acho boa esta associação, só que eu acho que as aulas teóricas têm que ficar ao mínimo possível.

Eu acho que tem que ser à beira do leito, acho que tem que ser seminário, ferramentas assim que eu mais uso... Embora o aluno adore uma aulinha teórica, adoram ficar ali copiando – impressionante! -, eu acho melhor um seminário interativo, acho melhor discutir caso. Então essa interação teórico-prática, na minha ótica e quando eu tô na equipe, ela é todo dia. (E.9)

Mais uma vez, percebe-se nesta fala que teoria e prática são intercambiáveis e mais que isso, ambas relacionam-se paralelamente no ensino, isto é, ambas vêm juntas: a prática pede uma busca de conhecimento teórico maior a todo o momento e a teoria, por sua vez, só tem sentido dentro do estudo de caso, de um acompanhamento no campo prático.

Entretanto, isto vem sempre acompanhado de outro aspecto, qual seja o da influência de que o ensino se reveste, especialmente na área médica, ao ter que acompanhar o conhecimento científico. Neste sentido, para este docente, constitui mais um desafio:

É, eu acho que a gente tá muito desafiado por uma velocidade muito grande de evolução do conhecimento e internet todos os dias nos ensinando uma coisa nova. O que a gente achava que era há uns meses atrás, já não é mais. Vai pro Google, no dia seguinte me vem com um monte de coisa. Então é um desafio pra eles e pra mim né, faz parte... Acho que tem que ter perna pra tudo. Assim como eu tenho que ter perna, eles têm que ter também. (E.9)

Assim, a teoria não apenas não prescinde da prática e vice-versa, como também serve de base para implemento do próprio conhecimento científico, na medida em que os meios tecnológicos de mídia e informação hoje disponíveis ao passo que exigem mais de professores e alunos são, para eles, um instrumental do qual não se pode prescindir.

Um capítulo importante na discussão foi dedicado aos cenários de aprendizado, em que a teoria e a prática se encontrem sem contestações, dando visibilidade ou divisibilidade de conteúdos de forma concreta para muitos e abstrata para alguns, e que tem no hospital um espaço hegemônico, como é o caso da organização hospitalar que dá suporte à instituição em foco.

Surge a lembrança de Abraham Flexner (1930) que há um século revolucionou o ensino da medicina ao situar o hospital como cenário in-

dispensável à formação médica, o que até hoje gera polêmica no sentido deste espaço ter assumido o caráter quase hegemônico enquanto local de aprendizado do ensino médico. De fato há um reconhecimento geral na área de que é o hospital o espaço de aprendizado privilegiado pela escola médica.

É de consenso geral que há uma lógica presidindo a organização hospitalar e sua responsabilidade assistencial. Esta, por sua vez, se deve ao compromisso com o ápice da pirâmide de um sistema hierarquizado, constituindo o nível terciário e quaternário da atenção à saúde. Na pesquisa de Campos (1992), todos os dezesseis hospitais universitários estudados (vinculados a universidades federais ou estaduais) declaram esta missão em seus estatutos, regimentos ou atas de fundação. Este autor ressalta que a lógica que os estrutura é a da especialização, trazendo consigo os efeitos dela decorrentes. Estes hospitais costumam estar divididos por serviços na medida das especialidades médicas existentes, o que dificulta a integração do ensino clínico. Os serviços valorizam uma clínica centrada em “procedimentos tecnológicos” em detrimento do que o autor chama de “clínica trabalho-humano concentrada”. A fala a seguir ilustra e cria modelos de atuação:

(...) Eu acho que na Faculdade tem vários cenários diferentes *né...* Mas boa parte dos locais aqui são muito específicos... O cara é da nefro e é só nefro, o cara que tá na cardio é praticamente só cardio... E cada vez assim: nós temos o especialista no ombro direito, né, a ortopedia só um cara faz só aquela articulação e isso aí a gente nota, né. Cada vez mais os médicos trabalham dessa maneira. Então nós temos dois mundos: um mundo do médico generalista, que nós – eu acho – da [suprimida a especialidade em vista de manter o anonimato do entrevistado] estamos muito incluídos nisso, e tem um mundo de superespecialistas... (E.3)

É nesta estrutura que, ao se priorizar o trabalhar com certa fase do processo saúde-doença, tende-se a assumir casos de difícil diagnóstico ou tratamento (alta complexidade), o que obriga a operar com alta e veloz incorporação de tecnologia e com um grau elevado de fragmentação do trabalho médico disperso entre dezenas de especialidades.

Vejamos outras falas representativas deste contexto:

É, eu... eu acho que o hospital, ele tem esse viés de seleção de pacientes mais complexos. É um ensino “hospitalcêntrico” por definição, e dentro dessa ótica, pacientes de média e alta [complexidade]. Então isso tem uma lacuna a meu ver, no ensino, mas que eu entendo tem sido suprida com a exposição dos alunos aos postos da comunidade... Porque o hospital não vai mudar muito o seu perfil, o que acontece aqui dentro vai continuar assim, até porque existe uma demanda grande do Ministério da Saúde - e em parte do Ministério da Educação - que o hospital cumpra a assistência no nível A, um nível alto de complexidade, de excelência. Então essa meta assistencial *pro* gestor, ela precisa ser cumprida, pelo lado gerencial da coisa. O lado docente fica um pouco limitado... (E.9)

No entanto, há ainda os que acreditam ser o hospital o melhor referencial possível para o ensino médico:

...nós estamos oportunizando uma experiência naquilo que nós temos de melhor, que é o nosso hospital universitário, nós somos privilegiados. (...) ...o importante é o seguinte: a nossa vocação é essa. (E.10)

Em relação a fala anterior, ressaltamos apenas que de fato um hospital como o HCPA traz uma série de vantagens em relação ao ensino, no entanto, ainda assim a diversidade de cenários de prática, além de ser uma diretriz das DCN, amplia em muito o foco de apreensão nos mais diversos âmbitos, para os alunos. Ainda neste sentido:

Nós vamos sempre ter uma forte... um forte ensino hospitalar, porque nós temos um hospital muito forte e não dá também *pra* dizer que é ruim isso né, tem que usar ele de maneira adequada, só isso e ampliar as outras áreas... Não podemos também bloquear o hospital, temos que ampliar as áreas extracurriculares. Eu vejo no futuro, a médio e longo prazo, que nós temos a necessidade de um campus avançado. (E.3)

A gente está num ambiente no qual prevalece a alta competitividade. O Hospital de Clínicas, ele tem que cumprir a sua função dentro do sistema de saúde, mas ao mesmo tempo ele é um órgão formador de recursos humanos, *né*, na área médica, inclusive na cardiologia. Trabalhando precipuamente e fundamentalmente com a alta com-

plexidade, a baixa complexidade - as coisas mais comuns - estariam incluídas com toda a certeza. (E.15)

Esta última fala apresenta um contraponto que merece uma atenção mais específica de nossa parte, em relação ao conteúdo e propósitos desta tese. Este docente, como possivelmente outros, acredita que atendendo a casos mais complexos, que necessitam de alta complexidade (recursos, tecnologia etc.), automaticamente os alunos teriam contato com a baixa complexidade, pois esta estaria contida naquela. O principal argumento é que no histórico de um caso que envolva alta complexidade estaria subentendido uma vivência pelo aluno do processo pelo qual a evolução do caso chega até ela, teoricamente sem a necessidade de uma prática em atenção primária e secundária.

Outros, por sua vez, pensam que isso seria como pular etapas de aprendizado e de apropriação de conteúdos e práticas. Com isso o ensino tem a possibilidade de ser integrado a outras áreas/especialidades afins, mas então em um processo gradual e progressivo de conhecimento e acompanhamento do histórico de uma determinada patologia. Desta maneira, o aluno necessita ter noções práticas e vivenciadas do que é a atenção primária e secundária, a fim de que desenvolva o discernimento necessário para solucionar problemas que podem vir a culminar numa atenção de maior complexidade, mas inserido desde a base do sistema.

Procurando entender o que o viés hospitalocêntrico representa hoje no fazer médico, observamos que no início do século XIX, e a partir dele, a medicina se apresentou como científica, criticando seu passado para justificar sua originalidade. Então, como caracterizar essa transformação fundamental na organização do conhecimento médico e de sua prática? É importante ressaltar que também para Michel Foucault esta ruptura que se processou no saber médico não é devida basicamente a um refinamento conceitual, nem à utilização de instrumentos técnicos mais potentes, o que fica claro em seus estudos, mas a uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos.

O novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica no surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais. Parte de um projeto de crítica histórico-filosófica às estruturas políticas e epistemológicas que presidem à racionalidade do

mundo contemporâneo e descobre, assim, ao nível da medicina, uma trajetória importantíssima para dar conta da constituição das ciências humanas e sociais e da instauração do tipo de poder característico das sociedades capitalistas.

No estudo de Foucault (1979) *O Nascimento do Hospital*, há a busca da compreensão da genealogia do poder, na qual verificou que outras instituições faziam uso do mesmo mecanismo para o exercício do controle e do poder, partindo do caso particular das instituições carcerárias, nas quais foi identificado um tipo particular de técnica de controle, denominando-a de poder *disciplinar*.

Sintetizando a construção foucaultiana neste ponto nas obras já citadas, podemos dizer que o hospital nasce justamente quando a sociedade necessita de corpos valorizados para a tecnologia da guerra, pois homens treinados e mais investidos deveriam sobreviver para seguir no embate. Desta forma surge uma modificação importante no hospital, que deixa de ser o lugar de morrer, para ser o lugar no qual os pacientes receberiam tratamento médico. A partir de então são organizados os registros dos dados, instaurando-se o ensino e a pesquisa pelo saber médico. Com isso é novamente reforçado o poder disciplinador do hospital. Como tantas outras instituições sociais, o hospital também tem em seu papel a função de produzir - através de seu poder disciplinar - pessoas sujeitas ao controle.

Os médicos, nesse sentido, lideram essas instituições e mesmo que tivessem plena consciência e refletissem sobre o que estão fazendo, permanecem presos e submetidos a uma vigilância compartilhada por outras instituições e mecanismos de controle e isso não fica claro de forma contundente para estes profissionais em seu exercício docente. Embora atualmente o hospital não seja o carro chefe da assistência à saúde, ela é de fato assunto de controle social e segurança pública. As políticas públicas relacionadas à saúde tentam aplacar os problemas complexos e têm nos médicos a linha de frente a favor do exercício do controle social. O saber, através da alta tecnologia disponível condiciona e controla os corpos, pois ninguém pensa em dispensar os recursos existentes e para isso: todos tendem a acatar docilmente as condições de controle a fim de obter acesso aos recursos.

Neste contexto, podemos questionar se mesmo hoje os profissionais da saúde não seguem aprendendo em sua formação, em última instância, apenas a divisão do normal e do anormal. Canguilhem (1982), em *O Normal e o Patológico* constrói estes dois conceitos como sendo normas significadas socialmente. Com isso ele não quer dizer que não exista a doença orgânica, com ou sem as manifestações clínicas, mas sim que a doença existe para o seu portador quando ele a significa a partir dos conhecimentos que detém e que o possibilita aferir a redução da sua normatividade.

Médici (2001), ao discutir a evolução dos hospitais universitários e seu papel no ensino e pesquisa médicos, baseando-se nas informações e conclusões de um seminário organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os hospitais universitários de vinte e dois países, avalia que essas instituições estão crescentemente inadaptadas à realidade do setor saúde em que se inserem. Estão inadaptadas ainda aos desafios impostos pelas mudanças profundas atualmente em curso no sistema de saúde da maioria dos países.

Em relação à sobreposição das escalas de atendimento na relação direta com o ensino médico, pensamos que deveria ser observada - ao menos em um mínimo necessário - a hierarquização do atendimento. E quanto a isso, retornamos à questão do ensino pela alta complexidade. As opiniões, embora não se oponham necessariamente, tendem a variar:

...acho que há uma preocupação nesse sentido, mas talvez pelo fato de o ensino se desenvolver *num* hospital de atendimento terciário, com serviços especializados e professores especialistas, talvez seja uma tarefa árdua que exige um direcionamento, não é, que todos tenham essa concepção. Se não têm, bom, trataremos de... de aprimorar... Mas há uma preocupação nesse sentido, mas acho que representa uma dificuldade. Se nós estivéssemos *num* hospital com as características ou ainda fora do hospital porque na verdade o aluno inicia aqui *numa* situação de um doente crônico, de um doente crítico, quando se deveria iniciar no doente de baixo risco *né*, em atendimento primário. Mas aí nós temos que ter talvez um corpo docente com outras características, pelo menos aqui...(E.16)

Eu acho que isso é um argumento aceitável: se nós ensinamos alta complexidade, a baixa ou as coisas mais comuns estão embutidas.

A sociedade valoriza, toda ela... o discurso valoriza a alta complexidade, as pessoas mais competentes estão na alta complexidade. E na baixa complexidade, como não tem apoio, não se desenvolve e aí as coisas não andam. *Tá*, o que que tem que fazer? Tem que priorizar, por exemplo, saúde da família. (E.10)

Acho que nós podemos ter muito mais ambulatorios, acho. Mas só que o atendimento é baixo. Acho que o atendimento ambulatorial é muito baixo. (...) Um residente nosso – e eu vou te falar da clínica – formado aqui dentro do Hospital, mesmo que ele tenha pouquíssimo ambulatorio, ele tem um desempenho “n” vezes maior *num* ambulatorio lá fora - e eu tenho visto esse exemplo - do que aqueles que vêm das faculdades que usam e abusam da medicina ambulatorial. O grande problema é ensinar na baixa complexidade, eles não têm condições de reconhecer a alta. Eu acho que a formação acadêmica tem que ser lá em cima, depois tu nivelas *pra* baixo. Agora, formar aqui pra tentar subir, não sobe a rampa. (E.6)

Aproveitamos este último excerto de fala para lembrar que em momento algum estamos prescindindo da alta complexidade. Não há uma disputa entre o que seria potencialmente melhor ou não. Salientamos, mais uma vez, que se trata de dimensionar adequadamente estes âmbitos no sentido de melhor ensinar, integrando-os. É importante haver um hospital de ensino que disponha da alta complexidade. Contudo, é igualmente essencial que esteja integrado ao sistema de saúde de forma que os alunos tenham seu ensino disponível tanto na alta como na baixa complexidade, posto que ambas contêm diferentes referenciais em relação às possibilidades de aprendizagem e de fato estão relacionadas na solução de um problema médico.

Abaixo referimos uma fala que para nós é bastante representativa no sentido do que percebemos como uma bipolaridade a qual comentaremos em seguida:

O modelo tá fechado. A melhora agora passaria por uma mudança do modelo... Não consigo, não consigo vislumbrar. E a gente não pára *pra* pensar essas coisas, não pára... E por isso eu acho que o outro passo seria a pós-graduação. Eu acho que isso não pára e eu acho que esse modelo funciona muito bem. A gente acredita que mesmo sendo superespecialista a gente consegue dar a visão geral da coisa,

mas eu acho que tem o acúmulo do atendimento básico que a cardiologia talvez não tenha criado, ela tem que atuar muito em outros cenários, em outros cenários, no... no prédio de atenção básica, aqui do lado, que é um local que a cardiologia talvez pudesse levar os alunos, ocupar junto em algum outro cenário de atendimento, de aprendizado que eles pudessem trabalhar a cardiologia. (E.11)

Percebemos que este docente refere de pronto que o modelo de ensino está “fechado” e que qualquer alteração demandaria uma mudança do modelo em si; no entanto, logo a seguir demonstra uma espécie de abertura para a problematização de seu próprio pensamento, admitindo que “não se pára para pensar nessas coisas”, para logo adiante reconhecer a necessidade de criação de diversos outros cenários para a atuação do ensino em cardiologia. Destacamos este ponto importante nesta fala por ser algo que ocorreu com outros entrevistados: é a partir de uma reflexão contínua e crescente sobre o tema – e que muitas vezes se dá partindo mesmo de uma reflexão sucinta e verbalizada como esta – e acima de tudo com a expressão de ideias e de conversas com seus pares, que se o ser humano apreende e elabora a sua percepção sobre as coisas, da realidade. Assim, foi possível identificar em variados momentos da pesquisa com os entrevistados, a referência a não haver espaço e tempo para que se reflita sobre estas questões, tão essenciais ao ensino e às mudanças que nele estão em curso.

Insistiremos ainda neste excerto de entrevista, pela ampla representatividade que tem também no contexto mais amplo do tema desta tese. Acreditamos termos tomado o cuidado necessário para que não houvesse uma espécie de “psicologização” do pensamento ou mesmo uma interpretação para além do que o entrevistado pretendeu dizer. No entanto, percebemos neste trecho selecionado algo que está presente e é reiterado no discurso docente: a primeira parte de sua fala reflete uma racionalidade que necessariamente insere-se em um campo de sujeitamento (a normas, regras, contextos etc. que conformam uma forma disciplinar, seja ela qual for, e caso acaba por se refletir em sua prática médico-docente), neste caso, ao discurso e perfil vigente na FAMED/UFRGS. Na segunda parte, por sua vez, após se permitir a reflexão, mesmo que *en passant*, percebe-se, por outro lado, uma flutuação que traz

em si uma subjetividade, o que abre a visibilidade para *falar por si*. Sem receio de exageros, ao abordar o referencial teórico de Foucault nesta tese, mostramos que algo a se buscar em todo este contexto de mudanças é justamente o sujeito *por si*, *i.e.*, sujeito da educação por si, da fala por si para além das formas disciplinares a que esteja exposto.

Com isso pretendíamos chegar ao ponto em que estamos, no sentido de demonstrar que para atender ao modelo integral proposto pelas DCN, assim como os alunos, o curso, o currículo, os professores também deverão passar por um processo de subjetivação nesta busca do perfil que se deseja para o curso e para os alunos a serem formados.

Reiteramos que para Foucault (1996), não existe saber que não seja a expressão de uma vontade de poder; e não existe poder que não utilize o saber, sobretudo um saber que se expressa como conhecimento das pessoas submetidas ao poder. Argumenta ainda que é também o poder que está na origem do processo pelo qual nos tornamos sujeitos de um determinado tipo. Assim, os sujeitos recebem sua identidade a partir dos aparatos discursivos e institucionais que os definem como tal.

Sobre o disciplinamento, antes de fazer um julgamento a favor ou contra, cabe-nos verificar o modo pelo qual é visualizado. Vejamos o exemplo de como se expressa, na fala deste docente:

...eu acho que disciplina é importante. Não acho que, aquela coisa, eu nunca fui muito a favor daquelas escolas puramente construtivistas, que dá liberdade pra todo mundo, não precisa prova nenhuma... Eu não acho que funciona assim; eu acho que tem que ter uma disciplina, tem que ter uma hierarquia. Mas essa disciplina, essa hierarquia tem que ser baseada na autoridade conquistada. A pessoa ganhou o espaço que ela merece, ela vai ganhar respeito porque ela merece e ela tem que ter a noção de que ela não pode obrigar as pessoas a fazer coisas. Então eu acho que a disciplina, por exemplo, militar, ela não é boa. Eu tô falando o termo militar em um termo genérico, assim, da ideia de que ela é restritiva. Talvez hoje em dia efetivamente já haja abertura e tudo indica, mas aquela coisa de ser... se tu piscar errado tu tem que catar graminha no chão, aquela coisa toda... eu não acho que esse é o melhor caminho. Acho que tu tem que ter uma liberdade, um esquema *Microsoft*, *Google*, aquele pessoal que diz assim, “ó, tu tem dez, vinte por cento do teu tempo é ócio criativo, tu tem que criar alguma coisa, te dou um espaço...” e tudo. Agora,

isso não muda o fato de que ele tá recebendo isso, é o chefe dele que tá dando isso pra ele e se ele não usar bem esse tempo, ele vai ser chamado a sua responsabilidade. Eu acho que o aluno é a mesma coisa. Ele tem que ter uma margem de funcionamento porque ele é uma pessoa diferente do seu vizinho. Agora, tem que ter um alinhamento desse funcionamento, sim. Eu acho que a disciplina tem que existir, tem que ter um limite. Eu só acho que a gente tem que dar um limite, não é uma linha obrigatória que todos devem seguir. (E.4)

Para Ponte (2005), a formação de uma medicina hospitalar deve-se então a disciplinarização do espaço do hospital e também a uma mudança do saber e da prática médica. A mudança da formação do médico dá lugar à clínica entendida como a organização do hospital que por sua vez cede lugar a formação e transmissão de saber. Assim, o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica, permitindo (por ter vários indivíduos no hospital) constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população.

E quanto ao hospital (tido por Foucault como local de mudança do saber e da prática médica), podemos fazer os mesmos questionamentos que fizemos em relação a outros cenários de aprendizagem? Vejamos o dizer de Campos:

(...) 86% do treinamento prático de alunos de medicina ocorre principalmente em Hospitais Universitários, sendo 46% em uma das quatro grandes áreas e 40% em unidades especializadas. Apenas pequena parte da formação (14%) ocorre em centros de saúde, hospital-dia ou programas de saúde pública. Estes Hospitais estão estruturados segundo a lógica de hospitais especializados voltados para a atenção de problemas de maior complexidade, embora pratiquem variedade mais ampla de procedimentos. Conforme, os cursos de medicina devem capacitar os médicos para resolver problemas de saúde, o que implica em adquirirem competência para realizarem o que se denominou de clínica ampliada (saber e prática que envolveria aspectos biológicos, subjetivos e sociais), concluindo-se pela inadequação dos atuais modelos de treinamento clínico. Em linhas gerais, recomenda-se que as Escolas devem integrar-se ao Sistema Único de Saúde, realizando contratos de cogestão, de modo a propiciar maior integração docente-assistencial (1995, p. 1).

Em relação a última parte deste excerto de Campos, cabe-nos esclarecer que não se confunde com a figura dos gestores de que tratamos em artigo específico (gestores dentro do ensino). Não é nosso intuito abordar a questão das possibilidades para a realização dos contratos de cogestão assinalados pelo autor, embora seja de fato uma iniciativa plausível. No entanto, envolvem questões e ações políticas, tema amplo demais e que foge ao espectro desta tese e até mesmo das entrevistas realizadas.

Entretanto, em conformidade com o início de sua colocação, constatamos – mais uma vez - que a prática no ensino se dá preponderantemente em ambiente hospitalar, restando apenas cerca de menos de 1/6 do aprendizado a ser realizado em outros cenários.

Desta maneira, há neste contexto argumentos no sentido de constatar como se dá o modelo vigente:

...é um cenário certamente enviesado, *né*, para situações de alta complexidade, porque a gente lida aqui muito com pacientes de alta complexidade. E a gente assume que é uma coisa que talvez não seja correta, uma vez que ele esteja “treinado”, entre aspas, pra lidar com paciente de alta complexidade, ele vai saber lidar com as situações de mais baixa complexidade... Eu acredito que dentro do treinamento e da formação do nosso médico, ele tem uma série de outros ambientes em que ele vai estar exposto à atenção primária, e eu acho que de fato está, *né*. Ele tem um estágio de atenção primária na vila que ele vai estar exposto a uma ampla gama aí de situações clínicas em que ele também vai se expor ao paciente que se apresenta com hipertensão, ao paciente que se apresenta com falta de ar, com edema, com dor no peito, na sua forma mais simples *né* e que precisa de uma triagem maior, mas dentro do treinamento dele aqui isso não é contemplado, não é contemplado da forma mais completa. Dentro desse sentido é um cenário restrito... é um cenário restrito [repete]... Eu acho que certamente, na minha percepção, existe uma perda, existe uma perda porque a gente tá *num* cenário restrito de alta *pra* altíssima complexidade. (E.11, grifo nosso)

Mas deve-se admitir que há uma tentativa de inclusão da atenção básica por ocasião das discussões de casos, embora mantido o cenário de alta complexidade:

Quando tu vai discutir um caso de infarto com choque cardiogênico, que a gente *tá* discutindo uma atenção de alta complexidade, quando a gente faz a discussão com o aluno, a gente busca a discussão da atenção primária, a gente faz essa discussão, mas o cenário é um cenário de alta complexidade. Então a gente tenta suprir isso e eu acho que a gente parcialmente consegue contornar esse cenário. Mas é o cenário ideal? Eu acho que não. (E.11)

Quando os salientados cenários de prática entram em foco, em relação com a alta complexidade - considerando o aprendizado básico - adquire relevância. Contudo, se o que se pretende é formar um médico generalista, isso não deixa de ser uma preocupação. A seguir selecionamos as seguintes falas a este respeito:

Eu acho que o modelo - é pelo menos o que a gente procura ali no ambulatório -, é dar uma experiência que vai ser a realidade da maioria dos médicos, que é consultório, ambulatório de postos de atendimento, a gente é cada vez mais *pro* serviço público. Eu acho que ele... Eu posso tá enganado, acho até que por ignorância... Eu acho que a gente continua formando muito mais uma pessoa voltada pra área hospitalar e de alta complexidade, cada vez mais. Eu acho que não mudou tanto assim, pelo menos nas nossas atividades. Claro que tu tenta criar outros mecanismos, a cardiologia que a gente ensina, na clínica, tirando os ambulatórios de assistência médica, que o paciente que chega na emergência, que vem *pro* cateterismo, que vai pra UTI, que volta... (E.5)

A gente tem muito poucos alunos da cardio fazendo atividades de ambulatório, e a realidade do cardiologista de fora é receber um paciente não tão doente, com pressão alta, é prevenir doenças cardíacas, é oitenta por cento do consultório. (E.5)

Na formação da graduação, eu acho que a graduação tem que dar os dois perfis pros alunos. Eu acho muito ruim uma escola ter só um tipo de perfil e o aluno sai estaque com aquele tipo de ensino, *né*... e... tanto pra um lado quanto pro outro. Eu acho que a escola tem que estar preparada pra dar a abertura da visão de todos os cenários pra depois o aluno escolher qual é o que ele vai querer como ênfase. (E.3)

Eu acho que há uma preocupação nesse sentido, mas talvez pelo fato de o ensino se desenvolver *num* hospital de atendimento terciário, *né*, com serviços especializados e professores especialistas, talvez seja uma tarefa árdua que exige um direcionamento, não é, que todos tenham essa concepção. Se não têm, bom, trataremos de... de

aprimorar. Mas há uma preocupação nesse sentido, mas acho que representa uma dificuldade. Se nós estivéssemos *num* hospital com as características ou ainda fora do hospital né, porque na verdade o aluno inicia aqui *numa* situação de um doente crônico, de um doente crítico, quando se deveria iniciar no doente de baixo risco né, em atendimento primário. Mas aí nós temos que ter talvez um corpo docente com outras características, pelo menos aqui. Nessa disciplina, todos reconhecidos, alguns mais outros menos, são especialistas quando não são sub-especialistas. Mas eu acho que isso é contornável. (E.16)

...eu acho que nós, dentro das limitações maiores, que é essa que eu te disse da gente não oferecer atividade ambulatorial, nós temos um equilíbrio muito bom. Porque eles têm a oportunidade de ver, de ter prática, eles examinam pacientes, eles fazem... todo o dia eles escrevem na pasta... (E.10)

As falas acima demonstram que, embora as opiniões não sejam radicalmente idênticas, se salienta a necessidade de uma diversidade de cenários, especialmente no sentido de que se tenha um ensino que contemple tanto a baixa quanto a alta complexidade, no intuito de uma formação - e perfil - mais integral. Ainda assim percebemos que há uma forte tendência a resistências quanto à mudanças de modelo de ensino. Note-se, por exemplo, que na última fala elencada o docente admite que há limitações, que não há atividade ambulatorial e insiste, ainda assim, que há um equilíbrio e este seria caracterizado pelo fato, por exemplo, dos alunos escreverem na pasta dos pacientes, examiná-los etc.

Em relação às questões discutidas, nos parece esclarecedor relembrar o argumento de Foucault, que questiona:

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa forma, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar [os conceitos] diferentemente do que se pensa, e perceber [as coisas] diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (1984, p. 13).

Com base nesta discussão, partiremos para a finalização do trabalho, remetendo no próximo ponto aos itens mais relevantes destacados nesta tese.

REFERÊNCIAS

BATISTA, NA; SILVA, SHS. **O professor de Medicina - Conhecimento, Experiência e Formação.** São Paulo: Loyola, 1998.

CAMPOS, GWS. **Características do ensino médico em serviço: aspectos da integração docente-assistencial.** Relatório de Pesquisa. Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

CAMPOS, GWS. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** São Paulo: Ed. Hucitec, 1992.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CINAEM Relatório Geral 1991-1997. **Avaliação do Ensino Médico do Brasil da Brasília,** 1997, mimeo. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do Ensino Médico no Brasil: Relatório Geral 1991-1997 (Brasília), 1997.

CONTRERAS, J. **A autonomia de professores.** São Paulo: Cortez, 2002.

FISCHER, R. M. B. **Foucault e a análise do discurso em educação.** Cadernos de Pesquisa, nº 114, Novembro/2001. Faculdade de Educação e Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FLEXNER, A. **Universities - American,** English German, Oxford University Press, 1930 (republicado em 1968 com prefácio de Clark Kerr).

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade,** vol II – O Uso dos Prazeres.

Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Founse Universitária, 1994.

FOUCAULT, M. **O Nascimento do Hospital**. In: *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 1977.

KOIFMAN, L. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense**. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (1): 48-70, Mar/Jun 2001.

MANFROI, WC (et. al.). **Necessidade de Referências Pedagógicas para o Ensino de Cardiologia, no Curso de Graduação**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, vol. 78, n.3, 271-5, 2002.

MÉDICI, AC. **Hospitais Universitários: Passado, Presente e Futuro**. *Revista da Associação Médica Brasileira*. São Paulo, v.47, n.2, Abr/Jun, 2001.

PONTE, CRV. **O século XVIII questionado no contexto do século do conhecimento (século XXI)**. **Comentário crítico; texto de atividade na Disciplina de Seminário Avançado Corpo, Saúde e Educação: Olhares desde os Estudos de Gênero e Culturais, da Pós-Graduação. Mimeo. Faculdade de Educação - FAGED/UFRGS, Set/2005.

SILVA, MN. **O trabalho acadêmico do professor do curso de medicina: contradições num contexto de mudanças na FAMED/UFRGS**. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Educação, FAGED/UFRGS, Porto Alegre, 2005, 207p.

SOUZA, AN. **Formação médica, racionalidade e experiência: o curso médico e o ensino da clínica**. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutorado em Medicina (Psiquiatria), UFRJ, IPUB, 1998.

O ensino de saúde pública prepara adequadamente o profissional da saúde?

Elisabete Kasper

Carmen Lucia Bezerra Machado

A formação dos profissionais da saúde em Saúde Pública, surge de reflexões que me acompanham desde o início de minhas atividades, enquanto profissional desta área.

De um modo geral, quando refletimos sobre a nossa trajetória profissional, a primeira lembrança que temos está relacionada à nossa formação acadêmica, aos cursos realizados e a nossa atividade profissional. Mas fica de fora como algo sem importância a nossa presença no mundo. Freire (1997) nos alerta: “é como se a atividade profissional de homens e de mulheres não tivesse nada a ver com a sua história de vida”.

Fui preparada para clinicar em consultório particular, fazendo uso de toda tecnologia de ponta, com pacientes agendados de acordo com as normas estabelecidas pelos órgãos de classe. Entretanto, no exercício profissional, em estabelecimentos prestadores de serviço para a saúde, pude constatar outra realidade. Encontrei equipamentos ultrapassados, demanda reprimida de pacientes que não tinham qualquer noção de conservação e cuidado. Eram desafios a serem enfrentados, e muitas aprendizagens a serem feitas.

Tempos depois passei da clínica à gestão em saúde, e as dúvidas tornaram-se motivo de desassossego, pois aqui eu tinha que tomar decisões não para um paciente e sim para o coletivo.

No Mestrado e na docência das disciplinas de Saúde Pública e Epidemiologia, meus questionamentos continuaram.

Durante minha preparação para o Doutorado, intensifiquei minhas

reflexões e encontrei em um estudo de Cunha (1992) as características que os alunos esperam de um bom professor. Eles argumentam que “o professor deve ser: amigo, que deve ser gente como a gente, que deve ser compreensivo, que deve preocupar-se conosco, que esteja disponível mesmo fora da sala de aula, que seja justo, que dê uma boa aula”.

É possível perceber que na graduação os alunos se identificam mais com um professor do que com outro, ou ainda, gostam mais dos conteúdos de uma disciplina do que de outra. Ou melhor, estas duas informações se mesclam e, por várias ocasiões, acontece de mudarem de opinião no decorrer do semestre.

Cabe considerar ainda, a forma que a Saúde Pública foi se inserindo — se é que foi —, nos currículos da graduação em saúde e como, ao longo da história, foi se definindo e redefinindo.

- será que a legitimação do Sistema Único de Saúde incidiu ou incide na formação dos profissionais?

- os modelos pedagógicos adotados nos cursos da saúde estão em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS?

- geram conhecimentos novos?

- promovem a formação de um profissional com condições de desenvolver a capacidade de análise e de avaliação crítica? (VENTURELLI, 2003).

Não podemos esquecer que a legitimação do Sistema Único de Saúde (SUS) repercutiu no ensino em saúde pública. No entanto o modelo pedagógico vigente que prioriza a prática tecnicista enfatizando o conhecimento científico alienada das demais questões sociais, não contribuiu. Acrescente-se a este o pensamento neoliberal que marcou os governos brasileiros da década de 90 o qual obstaculizou a construção de um novo e necessário olhar sobre o papel da Educação na formação na área de saúde.

A emergência do conceito de interdisciplinaridade, nos anos 70, vincula-se à aspiração de integração, em resposta a então crescente fragmentação da ciência buscando desta forma estabelecer relações entre teoria e prática, entre razão e emoção, entre pensar e fazer. (BATISTA, 2005)

Por sua vez os significados da Integralidade revelam uma noção de

amálgama, situando-a não somente como um princípio do SUS, mas como um conjunto de novas atitudes frente às necessidades e demandas das pessoas e como eixo central para se pensar e conceber serviços de saúde. Neste sentido, atendimento integral compreende que o todo é mais do que a soma das partes. (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

Entretanto as Diretrizes Curriculares para a área da saúde, instituídas em 2001, passam a exigir que a elaboração dos currículos aconteça dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida ao estudante, e que, necessariamente, estas diretrizes, sejam adotadas por todas as Instituições de Ensino Superior.

Em seu Artigo 4º, Capítulo I orienta que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Mais adiante, no Artigo 9º, afirma que o Curso de Graduação em Medicina, e de forma semelhante os demais cursos da área da saúde, devem ter um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Fica claro para o desenvolvimento desta proposição, que o papel do docente não é apenas à instrumentação técnica, mas fundamentalmente uma reflexão crítica sobre essa prática e a realidade em que se processa (BATISTA, 2005).

Enquanto docente da disciplina de Saúde Pública, estes questionamentos me impulsionaram a estudar, a conhecer os modelos pedagógicos, autores e discussões acerca deste tema. O estabelecimento ou não de relações entre as metodologias de ensino e o interesse e/ou desinteresse que é manifestado pelos alunos relativos a estes conteúdos e desta forma compreender se este é constituído durante sua formação acadêmica.

Este estudo propõe identificar as lacunas existentes nos modelos pedagógicos do ensino desta disciplina e conhecer as concepções que se constituem a partir destes na formação dos profissionais da saúde.

A Concepção de Saúde Pública

Considerar Saúde Pública no seu sentido amplo, onde o público não possa ser entendido como adjetivo. Neste estudo, Saúde Pública é um substantivo que parametriza toda a concepção que temos de saúde como um direito cidadão. A seguir apresento como este processo se estabeleceu ou se desenvolve.

Ensino de Saúde Pública: um problema com múltiplas entradas

Com a clareza de que Saúde Pública é a ciência e arte de evitar doenças, prolongar a vida através da saúde física e mental, do equilíbrio com o meio ambiente, da disponibilidade e envolvimento das organizações governamentais com as comunidades, é possível perceber que para a concretização deste conceito, há necessidade de se considerar alguns aspectos que têm poder de interferência para o bom êxito deste propósito.

Um dos aspectos que devem ser considerados é que a visão médica é a visão dominante em saúde. Esta realidade repercutiu na formação do profissional da saúde, uma vez que o modelo dominante era o modelo médico e que este colocava no mercado de trabalho profissionais para o setor privado (especialistas) e para o setor público (generalistas).

Durante os anos 90, observou-se uma retomada dos debates sobre a educação em saúde em nosso país. O surgimento de novas propostas para mudanças nos modelos pedagógicos, passou a fazer parte das reuniões e congressos, mobilizando professores alunos e dirigentes, não só no Brasil como nos demais países latino-americanos e em outros continentes. E para viabilizar esta proposição é apontada a revisão conceitual dos modelos pedagógicos vigentes.

Estes encontros apresentaram propostas de mudanças e a que mais se identifica com este estudo é a de que é preciso gerar um novo modelo científico, biomédico, social, que projete e fundamente um novo paradigma de educação, onde docência, assistência e pesquisa atuem integradas focadas no indivíduo e em seu grupo social.

Um pouco da história das políticas de saúde no Brasil

Para a compreensão e estudo dos modelos pedagógicos utilizados na disciplina de Saúde Pública, é necessário refletir e lembrar a história da estruturação das políticas de saúde no nosso país, que desenharam o que é hoje o nosso sistema de saúde, bem como ter claro o sentido amplo desta, onde o público não possa ser entendido como adjetivo. Neste estudo, Saúde Pública é um substantivo que parametriza toda a concepção que temos de saúde como um direito cidadão.

Teoricamente não encontraremos uma definição fechada para Saúde Pública, uma vez que esta está atrelada e situada às relações sociais, culturais, políticas e econômicas em um determinado contexto. Mas, se fossemos defini-la pelo que ela faz num dado instante, deveríamos ter em mente um país específico, visto que cada país tem sua própria cultura, sua maneira de dividir as responsabilidades entre o indivíduo e a sociedade, e estes fatores constroem as definições de quais sejam as atividades da saúde pública.

A história brasileira mostra que a Saúde Pública nasceu quando a medicina do início do século XIX troca o seu objeto de atenção: não desvia o foco da doença e não se fixa em saúde, apenas tenta se colocar na posição de guardião da saúde das populações, do coletivo, com o foco nas questões de higiene pública e a medicar os espaços urbanos, atrelados às questões econômicas. (abertura dos portos, comércio, etc.).

Roberto Machado e colaboradores (1978) enriquecem a história da medicina brasileira em um estudo que se dedica a descobrir como surge a tematização da saúde enquanto objeto da medicina, em lugar da doença. Estes autores, enfocam o período colonial e as primeiras décadas do século XIX, e consideram que a transferência da Corte portuguesa em 1808 para o Brasil constituiu um marco para as transformações.

Para Mehry (1987), um estudioso das origens e desenvolvimento das práticas sanitárias no Estado de São Paulo,

A maioria dos estudos sobre saúde pública realizados no Brasil apresenta como característica principal, o fato de considerarem o objetivo das práticas sanitárias como anistórico, ao mesmo tempo em que conferem uma dada historicidade a este campo de práticas, a partir

da história dos meios de realização deste objetivo. O que diferencia as etapas históricas, nesses estudos, é a evolução científica destes meios ao longo do tempo, ou seja, o que caracteriza os sucessivos períodos é a incorporação de um maior ou menor grau de cientificidade e/ou racionalidade àqueles meios.

A Constituição de 1891 determinava que aos Estados caberia a responsabilidade pela saúde pública em suas diversas áreas. É importante lembrar que, em 1904, o Rio de Janeiro era a capital federal, e era uma cidade com ruelas estreitas e sujas, cheia de cortiços onde se amontoava a população pobre. A falta de saneamento básico e as condições de higiene fizeram da cidade um foco de epidemias, principalmente Febre Amarela, Varíola e Peste. A seguir, em 1911, o Código Sanitário passa por uma reformulação, demonstrando a clara preocupação com as questões do urbanismo desordenado nas capitais.

Conforme Everardo Duarte Nunes (2000) nos anos 20, mudanças acontecem. Assiste-se à ascensão da assistência médica individual. Por volta de 1925 aparece a fase denominada de “médico-sanitária”, onde o projeto de saúde volta-se para as ações de educação sanitária. Mais tarde este projeto será desenvolvido pelos Centros de Saúde, ou seja, a Saúde Pública passa a ter um caráter social de promoção e proteção à saúde.

Mehry (1992) ao analisar a saúde pública no período de 1920 a 1948, reconhece as políticas governamentais como modelos tecno-assistenciais que se constituem em projetos das forças sociais. Esses modelos estabeleceram vínculos não só com as correntes tecnológicas de pensamento do campo das ações sanitárias, mas também com as questões políticas mais amplas colocadas em seu campo específico.

De 1948 a 1964 todos os estudos nos esclarecem que no Brasil a reforma do setor saúde, na busca de modelo mais adequado à realidade sanitária do país, tem passado por muitos avanços e retrocessos, consensos e contradições. Sabe-se que a construção do campo da saúde não é autônoma e nem corre fora das disciplinas políticas.

De acordo com Romualdo Dâmaso em 1995, não se trata apenas de melhorar o sistema, mas de transformá-lo estruturalmente, invertendo a lógica de seu funcionamento de não mais somente assistir e integrar os doentes, mas de atuar ao nível das condições sociais da de produção

das doenças.

Partindo desta discussão, de 1995 até 2006, o princípio da Integralidade torna-se um dos eixos condutores do nosso Sistema de Saúde, acompanhados pela descentralização com direção única em cada esfera do governo e da participação popular.

E para melhor entendimento deste estudo, valho-me de Mattos (2005), quando diz que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela deve ser considerada como “bandeira de luta”, que se recusa a reduzir o seu significado ao um simples abolir o sofrimento gerado por uma doença, mas sim em compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde de que um paciente necessita. E o mais importante é considerar a Integralidade como um atributo de todos os profissionais de saúde.

Do Movimento da Reforma Sanitária à Gestão e à Concepção do Sistema Único de Saúde, SUS dos dias atuais

Na década de 70, principalmente em sua segunda metade, cresce a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde, e adquire consistência o movimento conhecido como Reforma Sanitária, cuja característica era a formação do pensamento crítico na política em saúde. A Reforma integra-se então ao movimento de redemocratização do país.

Essas ideias marcaram o movimento sanitário naquele momento, como uma forma de oposição ou alternativa ao sistema de saúde vigente.

Pela primeira vez, as pessoas passaram a ter acesso aos serviços de saúde de forma institucionalizada (e não mais como mero favor e caridade humanitária), principalmente aquelas marginalizadas pelo sistema da Previdência Social. (ALMEIDA, BURLANDY, 1991).

Oficialmente, o marco inicial deste movimento aconteceu em 1979, em uma reunião da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, sob a presidência de Ubaldo Dantas, onde foram retomadas e rediscutidas as propostas de unificação do sistema médico-hospitalar, preconizadas na 3ª. Conferência Nacional de Saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária, neste momento, segundo Sonia Fleury Teixeira (1989), representou o deslocamento de forças da socie-

dade civil em direção à oposição ao regime militar. Democratizar a saúde como estratégia para democratizar a sociedade.

Em 1986, prevista nos planos do novo governo e tendo em vista a realização da Assembléia Nacional Constituinte que definiria uma nova ordem jurídica institucional para o Brasil, foi oficialmente convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, para discutir uma nova proposta de estrutura e de política de saúde nacional.

O processo constituinte deu forças e objetivos concretos. O Movimento Sanitário Nacional mobilizou-se e pressionou os constituintes para que incluíssem os princípios da Reforma Sanitária na nova Constituição. O que deu resultado, pois fato é que boa parte das teses e conclusões da 8ª. Conferência Nacional de Saúde fazem parte do texto final aprovado pela Constituição Federal Brasileira de 1988.

E em 1988, na Constituição Cidadã como ficou conhecida, visto que em seu arcabouço está o reconhecimento de muitos direitos de cidadania, este movimento é reconhecido com a legitimação do Sistema Único de Saúde, SUS.

Neste mesmo texto constitucional também é afirmado que o Sistema Único de Saúde deve cumprir o papel de ordenar o processo de formação profissional na área de saúde, pois está evidente a necessidade de uma educação em que a teoria e prática se integrem.

Reflexões acerca de Modelos Pedagógicos

- **Modelo tradicional / dominante:** Entender por metodologias de ensino tradicionais aquelas em que simplesmente o conhecimento é transmitido ao aluno como mera informação de algo ou de alguma coisa, e que, para tanto, basta passar essa informação por meio de exposição oral.

A educação em massa produziu uma situação inusitada em que os sujeitos foram reduzidos a meros objetos do processo educativo, objetos tanto quanto aos conhecimentos a serem “dominados” ou os conteúdos a serem “adquiridos”. Instaurou-se a pedagogia da transmissão de quem, supostamente, detém mais saber e poder para quem supostamente não

os detém (KOMATSU, 2002).

Este modelo (passivo) pedagógico está atrelado ao “assistir a aulas” e se resume ao processo de memorização dos conteúdos transmitidos, reter na memória mediante estudo, receber a informação.

Nesta visão de ensino, a aula é o espaço em que o professor fala, diz e explica o conteúdo, cabendo ao aluno anotá-lo para depois memorizar. “Daí poder prescindir da presença do próprio aluno, pois, se há um colega que copia tudo, basta fotocopiar suas anotações e estudá-las para dar conta, e desta maneira, memorizar os conteúdos”. (ANASTASIOU; ALVES, 2003). Vem quase sempre associado ao avaliar “memorístico”.

A abordagem clássica do ensino na saúde é a transmissão de informação e treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Ceccim e Feuerwerke, 2005, afirmam que “marca-se uma história do ensino centrada nos conteúdos biomédicos, uma história que organiza o conhecimento de maneira compartimentada e fragmentada e que dicotomiza os indivíduos pelas especialidades da clínica”.

O papel do professor tem se reduzido ao papel de emissor — como fonte inesgotável — de saber. “Supostamente se trataria de um interlocutor, mas não há interlocução, ou há pouca interlocução. Predomina o monólogo em sala de aula, ao final da qual restaria apenas uma questão: Alguma pergunta? Dúvidas?” (KOMATSU, 2002).

- **Modelo ativo / alternativo:** Compreender que é aquela que estabelece uma diferença entre aprender e apreender e neste modelo pedagógico apreender significa segurar, prender, pegar, assimilar mentalmente, entender, compreender, agarrar. Não se trata de um verbo passivo; “para apreender é preciso agir, exercitar-se; informar-se; tomar para si; apropriar-se, entre outros fatores”. (ANASTASIOU, ALVES, 2003).

Venturelli (2003), afirma que a educação de adultos deve centrar-se no estudante e que os métodos tradicionais devem abrir espaço para formas mais produtivas como, por exemplo, a educação baseada em problemas.

Para Batista (2005) a Educação Superior em Saúde, nesse âmbito, tem buscado desenvolver propostas curriculares mais integradas, valorizando as metodologias problematizadoras, com desenhos curricula-

res orientados para a comunidade, possibilitando contato com diversos conteúdos eletivos e investindo em espaços coletivos de planejamento.

Limites e possibilidades dos dois modelos

O Sistema Único de Saúde (SUS) propôs mudanças para a saúde pública. O (re) direcionamento de um modelo de atenção de saúde, centrado na doença, no atendimento individual e na tecnologia de alto custo, “hospitalocêntrico”, para uma medicina com assistência integral através da criação de diferentes projetos e da viabilidade de um relacionamento entre a Escola e a sociedade. (Princípio do Controle Social - Constituição Brasileira, 1988).

Entretanto a desarticulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais da saúde e as necessidades dos SUS. Embora o SUS represente um significativo mercado de trabalho para os profissionais da área da saúde, tanto nos serviços públicos e privados (contrato de prestação de serviços), este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação na área de saúde.

Portanto, sugerem propostas pedagógicas mais interativas, com a adoção de metodologias que coloquem o aluno no centro do processo, enquanto sujeito da aprendizagem, e que o professor seja um mediador na construção deste conhecimento.

Há ainda, a necessidade de um novo olhar acerca dos valores, olhar este que transcenda a influência da mudança da prática, que reconstrua a ética do exercício profissional e que garanta o resgate da função social do atendimento às necessidades da sociedade.

Este estudo enseja entender as questões que permeiam este campo de estudo e propõe uma reflexão sobre um modelo pedagógico que tem sido desenvolvido nos últimos 30 anos. Primeiramente pelas Universidades de MacMaster (Canadá) e Maastricht (Holanda) e atualmente por um número bem considerável de escolas médicas e outras escolas da área da saúde ao redor do mundo.

Por estar sendo uma metodologia adequada ao aprendizado de alunos

é recomendada pela Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) e pela Associação Européia de Escolas Médicas (AMEE). A adoção desta metodologia pela Universidade de Harvard (*The New Pathway*), nos últimos anos, possibilitou a mesma uma projeção importante nos círculos pedagógicos ligados à Medicina.

No Brasil temos algumas experiências, como por exemplo, a Faculdade de Medicina de Marília que, a partir de 1997, iniciou uma ampla reforma curricular e, em 2002, graduou a primeira turma num currículo centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade. Essa Instituição estabeleceu o processo de ensino-aprendizagem a partir da lógica de aprender a apreender.

Estas novas concepções de organização curriculares foram frutos da necessidade de melhoria da formação dos profissionais de saúde e da intenção de contribuir para um processo de incremento no cuidado à saúde das pessoas e comunidades. Pode ser referenciada sob esta ótica a preocupação com o preparo pedagógico dos professores da Área da Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

Essa proposição é evidenciada no final da década de 60, início da década de 70, quando da realização dos seminários sobre Ensino Médico, desenvolvidos na Faculdade de Medicina e, posteriormente, pela implementação do Curso de Especialização para Professores da Área da Saúde, desenvolvido pela Faculdade de Educação da UFRGS. (MACHADO; MANFROI, 2005).

Com a implementação dos programas de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, essa preocupação se manteve, tornando-se obrigatório o desenvolvimento de, no mínimo, quatro créditos na disciplina de Pedagogia e Didática Médica, demonstrando com isso que havia um interesse explícito no preparo de pesquisadores e professores, visando incentivar a pesquisa e a docência de alto nível. (MACHADO; MANFROI, 2005)

As Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área da Saúde, no olhar dos pesquisadores da Rede Unida, preconizam que a diversidade e a complexidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde exigem um novo delineamento para o âmbito específico de cada profissão.

Mas para que os profissionais de saúde tenham as competências citadas, é fundamental que os projetos político-pedagógicos dos cursos da área da saúde contemplem entre tantos princípios, de um modo especial, currículos fundamentados no humanismo e em metodologias ativas para o processo ensino-aprendizagem.

Por isso é necessário que o docente atue como mediador no processo de formação do profissional da saúde, principalmente porque, tratando-se de adultos, já existe um modo recorrente de resolver problemas. Se educação é responder com outros elementos uma situação problema, então este papel passa a ser o fator diferencial.

Metodologia

Este estudo foi construído nas vertentes quantitativa e qualitativa com embasamento a partir das ideias de Goldim (2000); Minayo (1999); Triviños (1987); Olabuenaga (1998) e Taylor Bogdan (1998).

Foram atendidos os princípios éticos de estruturação e condução do processo de pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Informado bem como foram respeitadas as normas vigentes no país quanto à produção de novos conhecimentos e ainda os preceitos regimentais do Programa de Pós-Graduação em Medicina — Ciências Pneumológicas.

Entendendo metodologia como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade e sob este enfoque, concordando com Lênin (1965), a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas, pois o “método é a alma da teoria”.

Participaram alunos de diferentes cursos da área de saúde, da graduação e pós-graduação, portanto houve necessidade de tratar dos dados de uma forma quantitativa, bem como fazer uma análise qualitativa das respostas dos questionários e entrevistas.

Para Goldim (2000),

[...] a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva e tem como perspectiva principal a visão de processo. Esta pesquisa tem como característica fundamental a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador. Enfatiza também que os méto-

dos quantitativos de pesquisa são utilizados fundamentalmente para descrever uma variável quanto a sua tendência central ou dispersão, ou também para dividi-la em categorias e descrever sua frequência. Já os métodos qualitativos são extremamente úteis para quem busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre.

Por sua vez Triviños (1987), afirma que o interesse pela pesquisa qualitativa apareceu primeiro no campo da saúde, especialmente na medicina comunitária e, após, na enfermagem. Reforça o autor que ambas, tanto a pesquisa quantitativa como a pesquisa qualitativa, estão comprometidas com as necessidades humanas, não só na escolha das temáticas que serão estudadas, mas também com os resultados e aplicações das investigações.

Ainda para o autor, no processo do conhecimento avançamos da qualidade à quantidade. Mas, no aparecimento das coisas, na realidade, elas surgem inicialmente como quantitativas e em seguida aparecem as mudanças qualitativas, ou seja, primeiro aparecem as mudanças quantitativas numa passagem de causa e efeito.

Esta proposição também é preconizada por Gramsci (1984), que explica que quando muda a quantidade se altera a qualidade e ao mesmo tempo quando a qualidade se altera passa a se expandir também como quantidade.

Olabuenaga (1998), também faz esta afirmação ao dizer que:

Os métodos qualitativos são os que enfatizam o conhecimento da realidade a partir de uma perspectiva, ou seja, captar o significado particular que o próprio protagonista atribui a cada fato e de contemplar estes elementos como peças de um conjunto sistemático (...) a tarefa do pesquisador neste contexto se apóia em captar a essência deste processo para interpretar o sentido dos diferentes conteúdos.

Em sua obra, **Discurso do Método**, René Descartes propõe que após obter as informações devemos analisá-las, dividi-las em tantas partes quanto for possível para, posteriormente, reconstruí-las e entender o todo.

Ademais, esta pesquisa tem caráter descritivo e interpretativo, pois neste estudo é analisada a essência deste processo que contém “dados

descritivos: as próprias palavras pronunciadas ou escritas das pessoas” (TAYLOR; BOGDAN, 1998).

Participantes

A população-alvo para o estudo foi definida como sendo alunos dos cursos da área da saúde na graduação e/ou na pós-graduação de Instituições de Ensino Superior Pública — Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Privada — Centro Universitário Metodista (IPA).

Os participantes da pesquisa formaram uma amostra que pode ser descrita como de não probabilística do tipo estratégico ou intencional; trata-se, pois, de uma amostra na qual:

O investigador seleciona os informantes que irão compor a amostra seguindo um critério estratégico pessoal [...] os mais fáceis [...] os que por seu conhecimento da situação ou do problema parecem ser os mais idôneos e representativos da população a estudar[...] (OLABUENAGA,1998).

E foi formada por alunos dos cursos da área de saúde envolvendo egressos da disciplina de Saúde Pública, que fazem sua graduação e/ou Pós-graduação nos cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, que tiveram sua formação nos últimos cinco anos nas Instituições já citadas, na Região Metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul.

Critérios para compor a amostra:

- a) ser aluno da Graduação e/ou Pós-graduação em cursos da área de saúde;
- b) ter cursado (egressos) da disciplina de Saúde Pública;
- c) ter concordado em responder o questionário;
- d) ter, através do questionário aceito, intenção de conceder a entrevista parcialmente estruturada acerca da temática.

Instrumento de Coleta de Dados

O processo metodológico indicou que os dados fossem coletados por meio de questionários fechados e de entrevistas que podem ser descritas como parcialmente estruturadas, ou seja:

[...] cujos temas são particularizados e as questões (abertas) preparadas antecipadamente, mas com plena liberdade quanto à retirada de algumas perguntas, a ordem com que estas perguntas estão colocadas e ao acréscimo de perguntas improvisadas” (LAVILLE, DIONNE, 1999).

O questionário foi criteriosamente construído através da elaboração de um roteiro para a obtenção dos dados: (o que seria perguntado, não pretendendo em momento algum um padrão de respostas, algo impossível em se tratando da relação autor-sujeito).

Após a elaboração e validação dos questionários (Apêndice A) teve início a primeira parte da pesquisa, no mês de Junho de 2006, a qual foi concluída em novembro de 2006 após a obtenção da última entrevista (Apêndice B).

Para a obtenção dos dados dos questionários e das entrevistas, inicialmente ficou definido que a população deste trabalho deveria ter representantes de todos os cursos da área da saúde, independente das instituições nas quais os egressos realizaram ou realizam sua formação em nível de graduação.

Para completar esta fase da pesquisa foram feitos contatos com os coordenadores dos cursos das Instituições de Ensino Superior, para incluir na agenda as datas e os locais para a aplicação dos questionários. Nesses dois locais os encontros foram em sala e horário de aula.

Fui apresentada aos alunos e os informei dos objetivos do estudo convidando-os a participar do mesmo. Os alunos que aceitaram, assinaram um Termo de Consentimento Informado (Anexo A) e a sua participação foi espontânea. Além disso, ficou garantida a devolução das conclusões obtidas pela autora aos entrevistados, bem como aos demais colegas interessados; o que será realizado no momento da defesa pública desta tese.

Foram distribuídos 300 (trezentos) questionários nestas Instituições. A amostra deste estudo foi definida a partir da devolução do questionário.

rio preenchido e das entrevistas após a concordância da última questão do referido instrumento.

Retornaram 61 questionários entre alunos de graduação e pós-graduação de cursos de: medicina, odontologia, enfermagem, nutrição e fisioterapia.

Através destes questionários obtivemos os seguintes parâmetros para a elaboração da amostra:

- Questionários com SIM para a entrevista:
07 alunos de Pós-graduação e 20 alunos da graduação;
- Questionários com NÃO para a entrevista:
17 alunos da Pós-Graduação e 17 alunos da graduação.

Após a leitura e classificação dos questionários foram feitos contatos para agendar as entrevistas. Estes contatos foram inicialmente via e-mail e por meio do telefone que os sujeitos informaram anteriormente.

O delineamento inicial sinalizou para um total de 27 entrevistas. Foram concluídas 14. Destes, 06 dos sujeitos responderam por e-mail e os demais foram entrevistados pessoalmente. Essas entrevistas deixaram-me com a sensação de economia nas respostas, pois foram mais sucintas do que no instrumento questionário. Os demais sujeitos alegaram indisponibilidade de tempo ou simplesmente não retornaram os contatos.

Foram entrevistados:

- Pós-Graduação: 05 alunos distribuídos da seguinte forma: Medicina (2), Odontologia (1), Nutrição (1) e Fisioterapia (1);
- Da graduação: 04 alunos do curso de Enfermagem e 05 alunos do curso de Medicina.

Método de Análise

A análise qualitativa utilizada neste estudo pode ser denominada análise de conteúdo de tipo temática:

[...] Cujo princípio consiste em desmontar a estrutura e os elementos deste conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação, a análise de conteúdo [...] permite abordar uma grande diversidade de objetos de investigação: atitudes, valores,

representações, mentalidades, ideologias etc. (LAVILLE, DIONNE, 1999).

Por sua vez, a análise de conteúdo seguiu o modelo proposto por Laville e Dionne op.cit. e se processou em três fases:

A primeira fase consistiu na organização do material coletado orientado pelos objetivos da pesquisa. Esta orientação permitiu ao pesquisador elaborar sua percepção do fenômeno e se deixou guiar pelas especificidades do material selecionado.

Na segunda fase procedeu-se

Em efetuar um recorte dos conteúdos em elementos e em seguida ordenar dentro de categorias, dado que a finalidade foi eminentemente a de agrupar estes elementos em função de sua significação, cumpre que estes sejam portadores de sentido em relação ao material analisado e as intenções da pesquisa.(Laville e Dionne).

Esta possibilitou a classificação e o agrupamento das expressões textuais comprobatórias correspondentes a cada categoria e as expressões foram selecionadas a priori apoiando-se no referencial teórico. (LAVILLE, DIONE, 1999)

A terceira fase correspondeu à inferência e interpretações, e aparece sob a forma de descrições cursivas entremeadas de expressões literais extraídas dos questionários e a sua validação.

Validação

Ao se falar em validação de uma pesquisa qualitativa, a triangulação aparece como uma das técnicas mais indicadas.

Para Kemmis (1990), a triangulação consiste em um controle cruzado de diferentes fontes de dados: pessoas, instrumentos, documentos ou a combinação destes.

No trabalho que ora apresento, foi considerada a triangulação de sujeitos que possibilita confrontar a diversidade de pontos de vista que os implicados têm sobre a realidade das múltiplas formações e das diferentes Instituição de Ensino.

Resultados

Neste capítulo apresento o resultado dos dados quantitativos e dos qualitativos e a discussão embasada no referencial teórico proposto.

Após a elaboração e validação dos questionários teve início a primeira parte da pesquisa, no mês de Junho de 2006, e esta foi concluída em novembro de 2006, após a obtenção da última entrevista parcialmente estruturada (Apêndice B).

Através destes questionários obtivemos os seguintes parâmetros para a elaboração da amostra:

Dos 61 questionários aplicados, 27 tiveram SIM para a entrevista e 34 alunos responderam NÃO querer dar entrevista.

- Questionários com SIM para a entrevista: 07 alunos de Pós-Graduação e 20 alunos da graduação;
- Questionários com NÃO para a entrevista: 17 alunos da Pós-Graduação e 17 alunos da graduação.

Efetuada a leitura e a classificação dos questionários, foram feitos contatos para agendar as entrevistas. Estas foram feitas por e-mail e depois pelo telefone que os sujeitos informaram.

Neste instrumento há dados acerca da identificação dos sujeitos, conforme segue nas Tabelas abaixo:

Quadro 1

Amostragem por gênero do Público-Alvo que Respondeu ao Questionário

Gênero	Número de Entrevistados	Toal de Entrevistados
Feminino	49	80,3
Masculino	12	19,7
Total		100

Quadro 2

Faixa Etária do Público-Alvo Feminino Entrevistado

Idade (em anos)	N de questionários respondidos
------------------------	---------------------------------------

19 -22	5
23 - 27	18
28 -33	17
34 ou mais	7
Não responderam	1
Total	49

Quadro 3

Faixa Etária do Público-Alvo Masculino Entrevistado

Idade (em anos)	N de questionários respondidos
19 -22	1
23 - 27	4
28 -33	4
34 ou mais	2
Não responderam	1
Total	12

Observe-se que a faixa etária de maior concentração, em ambos os sexos, está entre 23 a 33 anos. Este dado sugere que os sujeitos já estão formados ou em fase de conclusão do curso ou estão cursando a Pós-Graduação.

Quadro 4

Percentual de Homens e Mulheres Entrevistados por semestre Cursado

Semestre	N de indivíduos (homens e mulheres)
Graduação: entre o 5º e o 10º	33
Pós-Graduação	21
Não preencheram este quesito	7

Quadro 5

Percentual de Entrevistados Quanto a sua Atividade Remunerada na Área da Saúde

PERCENTUAL DE ENTREVISTAS, POR ATIVIDADE REMUNERADA, NA ÁREA DA SAÚDE (%)	
Trabalham	78,7
Não trabalham	18,0
Não responderam	3,3
Total	100,0

Considero importante a informação acerca do exercício da atividade em saúde, pois está relacionado à construção da prática deste aluno, pois seu olhar na sala de aula provavelmente seja mais rigoroso. Rigor, no sentido de Freire (2006), como um desejo de saber, como uma busca de respostas, como uma maneira crítica de aprendizado, como uma estratégia de comunicação que provoca o outro a participar, ou inclui o outro numa busca ativa. Freire também nos alerta que os estudantes são excluídos da busca, da atividade do rigor.

Quadro 6

Percentual de Entrevistados com Relação à Informação de Número de Moradores no seu Domicílio

Sozinhos (%)	Acompanhados (%)	
11,5	88,5	Se acompanhados, quantas pessoas residem no domicílio (%)
com 1 pessoa		31,1
com 2 pessoas		27,9
com 3 pessoas		21,3
com 4 pessoas		6,6
com 5 pessoas		1,6

A análise qualitativa desta informação nos remete às questões de conviver com as diferenças, de compartilhar, de dividir, de respeitar o outro, enfim de não se ver só no mundo. Esta análise também possibilita

a percepção sobre a responsabilidade com as questões materiais, despesas para manutenção e para a sobrevivência digna dos sujeitos.

Sob este enfoque lembro Freire (1992), quando afirma que devemos conhecer o mundo (outros mundos), compreensão de mundo esta que condiciona pela realidade concreta. Compreensão do mundo que pode começar a mudar no momento do dedicar-se a realidade do outro.

Com certeza esta experiência poderá contribuir para que o porvir profissional da saúde ou o futuro docente reflita a respeito da importância da sua postura no seu grupo social — nos outros mundos.

No quesito contatos, responderam conforme segue:

Por e-mail: 83,6% escolheram por e-mail.

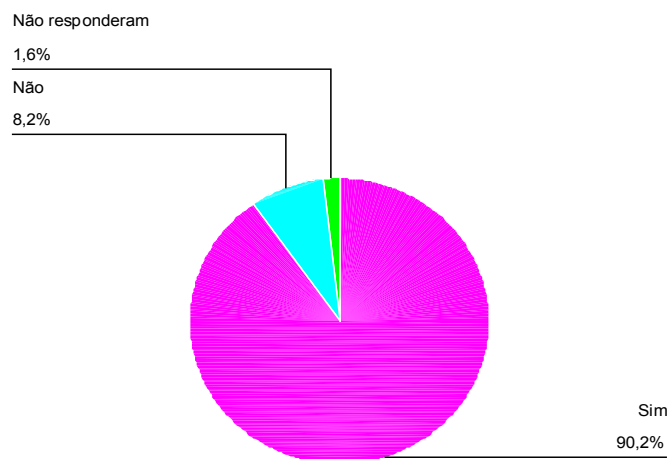
16,4 não responderam

Por telefone: 24,6% não responderam.

75,4% por escolheram telefone

A seguir as questões dos questionários com os respectivos comentários:

Pergunta nº 1: Lembra o nome do(a) professor(a) da disciplina de Saúde Pública?

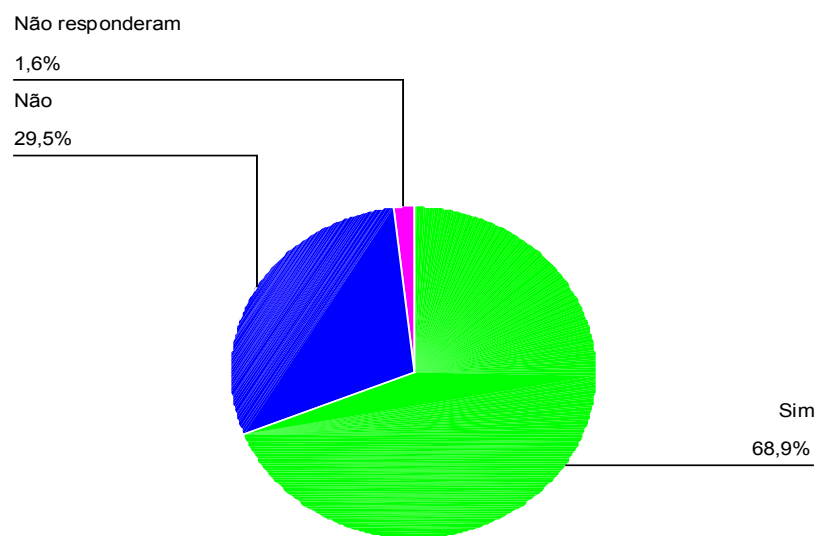


Quase todos afirmaram lembrar do nome do professor, mas apenas 4 dos homens e 16 das mulheres escreveram o nome deles. Esclareci

que, para estudo, citar o nome não era o mais importante, a consistência da informação estaria relacionada à memória, à lembrança que o aluno traz deste professor. Também não foi questionado se a lembrança era positiva ou não. Os resultados sinalizaram que este professor não foi ignorado. E para o estudo este dado é suficiente.

E novamente me inspiro em Freire (1996), quando diz que o primeiro sinal de que o sujeito que fala sabe escutar é a demonstração de sua capacidade de controlar não só a realidade do dizer a sua palavra, que é um direito, mas também o gosto pessoal, profundamente respeitável, de expressá-la.

Pergunta nº 2: No decorrer do semestre, este professor(a) de Saúde Pública aceitou trocar a atividade prevista por outro tema relacionado ou não com os conteúdos da disciplina?



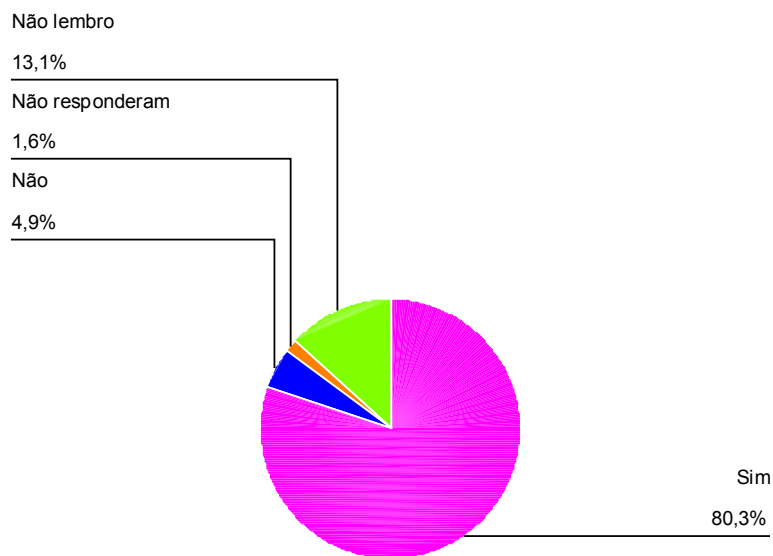
Embasaada no referencial teórico, este percentual sugere que existem docentes que na condução de suas disciplinas estão em conformidade com as Diretrizes Curriculares e com os modelos pedagógicos ativos.

Esse docente já percebeu que é mais construtivo tratar assuntos que estão angustiando os alunos e, a partir deste, conectá-los com os conteúdos específicos da disciplina. O processo de apreensão, de conhecer, está relacionado com o enredar, estabelecendo os nós necessários entre

os fios a serem tecidos. (ANASTASIOU; ALVES, 2003)

Na docência a percepção de que é importante estimular o aluno para que participe das aulas sem se sentir forçado é primordial. Fazendo uso desta estratégia o professor incentivará aquele aluno que não fala, mas que ouve. O educador deve estar atento quando os alunos falam e pedir que os outros alunos também prestem atenção.

Pergunta nº 3: Este professor(a) aproveitou (acolheu) exemplos trazidos pelos alunos os relacionou aos conteúdos da disciplina de Saúde Pública:



Estes dados sinalizam para a confirmação da discussão da questão anterior. Metodologicamente é possível perceber também neste quesito um aproveitamento das angústias dos alunos para a construção da dinâmica da aula pelo professor.

Além disso, esta estratégia estimula que o aluno construa uma análise crítica sobre a informação que está apresentando, torna-o mais criterioso e mais envolvido. O aluno encontra um espaço onde pode expressar suas ideias e onde tem a oportunidade de dar-se conta do que entendeu ou não.

Pergunta nº 4: Este professor(a) estimulou os alunos para se envolverem com os problemas de Saúde Pública da tua comunidade. Exemplifique. problemas de Saúde Pública da tua comunidade. Exemplifique.

Para esta análise é importante considerar que dos 61 questionários, 16 deixaram este quesito sem resposta. E das respostas obtidas estabeleci uma classificação para melhor interpretar os resultados conforme segue:

Sim = 9 (20%) - Respostas com conteúdo significativo relativo à questão formulada, ou seja, está evidente a proposição de construção, de educação em Saúde e a preocupação deste docente em relacionar teoria e prática.

Simultaneamente atitude deste(s) docente(s) em estimular a presença de seus alunos na comunidade, pode ser traduzida como um modelo pedagógico que não considera os alunos apenas como objetos, mas, sim, sujeitos de um processo de mudanças. E desta forma criar condições para que o aluno se envolva com os problemas coletivos e a partir deste pensar e propor soluções e mudar a sua compreensão do mundo através do desvelamento de outras realidades. (FREIRE, 1996).

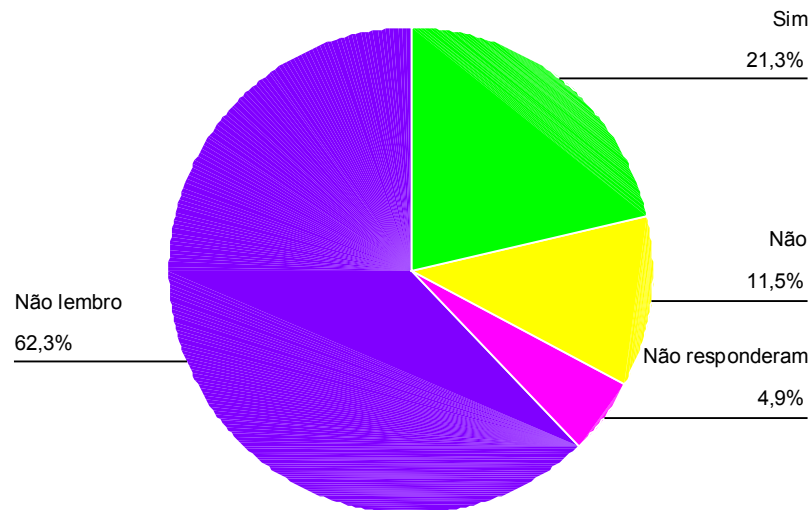
Como exemplos teóricos = 20 (44,4%) sala de aula responderam como SIM, mas somente para atividades em sala de aula. A maioria dessas respostas construiu-se no campo da teoria e se originaram ora de dúvidas trazidas pelos colegas, ora por textos da mídia e assim por diante.

Não = 16 (35,5%) afirmaram que o professor não estimulou o envolvimento com a comunidade.

Para comentar este quesito, valho-me de Anastasiou (2003), quando afirma que como a aprendizagem exige a compreensão e apreensão do conteúdo pelo aluno, é essencial a construção de um conjunto relacional, de uma rede, de um sistema, em que o novo conhecimento apreendido pelo aluno amplie ou modifique o inicial.

O que Becker (2002) reforça, quando afirma que o professor basicamente orienta, incentiva, mostra os caminhos.... Deve dar condições, quem apreende é o aluno uma vez que ele é o centro do processo.

Pergunta nº 5: Este professor(a) percebeu se algum colega teu estava com problema?



Esta pergunta está relacionada às questões da sensibilidade, da percepção do professor com relação aos alunos.

Mas o que transparece nos resultados é que ou os alunos não **enxergam o outro** (grifo da autora) e nem sequer se apercebem que o professor está se preocupando mais ou menos com um de seus colegas ou não conseguem sequer notar que no grupo existe alguém com problemas.

Não estou discutindo a postura do docente, estou interpretando as respostas dos alunos e a partir destas considerações tecer os comentários que considero pertinente.

Para Cunha (1989), a forma de ser do professor é um todo e depende certamente de sua visão de mundo. Não é possível estabelecer um padrão linear de professor(a), mas é inegável que sua forma de ser e agir revela um compromisso. E é desta forma de ser que demonstra sua não neutralidade no processo educativo.

Pode-se pensar também em docente disponível para a escuta, sensível às angústias dos alunos. Nota-se também que o modelo pedagógico Ativo se propõe a este tipo de relacionamento.

Pergunta nº 6: Tu pudeste contar com o(a) professor(a) para um ba-

te-papo em horários e locais diferente dos de sala de aula:

Não responderam = 1,6%

Não = 14,8%

Sim = 83,6%

O ambiente de aprendizado deve ser um local onde não exista contraposição entre o intelectual e o afetivo, Freire (1996), também propõe que deve haver humor e amor na educação.

É importante que o aluno sinta alegria na relação com o professor, é preciso que se sinta respeitado e levado a sério. Ter capacidade de compreender o aluno e aceitá-lo como ele é. Acreditar que a aquisição do conhecimento tem a influência do afeto, pois se aprende bem aquilo que nos cativa, com o que temos afinidade.

Pergunta nº 7: Este(a) professor(a) é uma referência importante na tua visão de Saúde Pública. O que aprendestes de mais significativo com ele(a)?

Novamente estabeleci critérios para os comentários:

Dos 61 questionários, 15 não preencheram este quesito.

Os demais ficaram assim distribuídos:

Sim = 15 (32,6%) com construção, com sentido, com significado, justificados, fundamentados, onde os comentários levam a pesquisadora a concluir que este professor realmente tornou-se referência em Saúde Pública para estes alunos. Seja por seu exemplo enquanto profissional da área, sua vivência na prática, seu conhecimento, domínio dos conteúdos, e também pela maneira que transmite os conhecimentos aos alunos.

Novamente fica implícito que a metodologia adotada é ativa, pois as respostas destes alunos levam a esta construção. Ficam transparentes, também, os laços de afeto que se estabeleceram entre os alunos e os docentes.

O mais significativo para este grupo de sujeitos foi a constatação de que o trabalho em saúde é um trabalho que estabelece uma relação — paciente, profissional e grupo social — e ainda que é um trabalho de afirmação da vida, por conseguinte exige um processo de respeito — éti-

ca com o paciente (usuário).

Para Freire (1996), e com quem concordo, o preparo científico do professor deve coincidir com sua retidão ética, formação científica, respeito aos outros, coerência, capacidade de viver e de aprender com o diferente. Certamente esta postura será uma referência para os alunos.

SS = 20 (43,4%) Sem sentido, sem significado, as respostas são genéricas e não estão relacionadas com a questão central. Tive a impressão de que alguns alunos não entenderam a pergunta, outros responderam Sim, mas complementavam com um comentário diametralmente oposto, por exemplo, “Sim, não lembro...”

Pode ser interpretada também como uma maneira de demonstrar seu despreparo para esta questão e ao sentir-se despreparado não deseja correr riscos e nem sequer tomar posições. Não percebe sequer que desta maneira já está tomando uma posição, a de omitir-se...

Não = 13, simplesmente responderam Não... Sem maiores comentários.

Pergunta nº 8: O que entendes por “controle social”?

Não responderam = 21,3%

Responderam = 78,7%

Esta questão foi construída para que se pudesse conhecer a interpretação e a construção que os sujeitos têm a respeito desta Diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e de como relacionam teoria e prática:

Novamente fui surpreendida pelas respostas ao perceber que dos 78,7% que responderam a esta pergunta apenas 25% dos sujeitos têm clareza acerca deste conceito, os demais que responderam, ou não lembram, ou não sabem ou interpretam de uma forma sem significância ou significa desconhecer totalmente!

Fiquei surpresa também pela resposta de um dos sujeitos que para este quesito afirmou categoricamente “[..] não sei, sou dentista”, ou seja, está assistindo, é um mero expectador...”

Neste sentido é importante referenciar Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006), quando afirmam que são longos os caminhos a serem percorridos na transformação da educação dos profissionais de saúde, transformar educação em ciências da saúde, mas são caminhos de descoberta e de

invenção.

Freire (1986), alerta que os estudantes convivem com uma autoridade que ressurgue cheia de testes e requisitos. A crise econômica que provoca ansiedades, um mercado de trabalho pobre, custo de vida elevado (inclusive o da faculdade), a partir deste foco logo querem saber o valor de mercado do curso e não querem cursar disciplinas de Ciências Humanas, que os fazem “perder tempo”.

Pergunta nº 9: Qual a tua opinião sobre as políticas públicas de tua cidade

Esta questão foi respondida por 52 dos sujeitos.

O propósito foi de interpretar a preocupação destes futuros profissionais e/ou docentes com o futuro, bem próximo, para o exercício de suas atividades bem como oportunidades para o exercício de sua profissão.

As respostas com significância fizeram uma crítica ao modelo “curativista” das políticas, a falta de atenção primária, às questões da baixa remuneração dos profissionais, aos favorecimentos dos “amigos”, a falta de acesso. Repete-se neste quesito que os sujeitos que responderam com sentido, são os mesmos já citados anteriormente.

Esta pergunta ficou caracterizada pela ausência explícita de uma proposição para a Educação em Saúde aos usuários do SUS, uma vez que a promoção da saúde é considerada uma estratégia importante para o enfrentamento de problemas sanitários no contemporâneo e a melhoria da qualidade de vida da população em sua relação indiscutível com os compromissos éticos da política e do nosso sistema de saúde. (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004)

Pergunta nº 10: Considerando os conteúdos e o teu aprendizado em Saúde Pública, caso fosses secretário de saúde da tua cidade, como atuarias nos casos de IRAs (infecção respiratória aguda). Escolha uma faixa etária para propor a ação a desenvolve.

Não responderam = 18,0%

Responderam = 82,0%

Com o propósito de prestigiar a linha de pesquisa que acolheu o Projeto de Educação e Saúde e para o qual fui designada, busquei in-

investigar a construção da Saúde Pública que estes futuros profissionais da saúde e/ou docentes têm acerca dos problemas respiratórios de alta incidência em nosso Estado.

As escolhas:

- **Zero a 18 meses = 50,8%**

A proposta foi de implantar ações que objetivem a redução dos índices nesta faixa etária. Nenhum dos sujeitos especificou as ações. Mas pode-se perceber, pela escolha da faixa etária, que estes têm noções das questões relacionadas a prevenção destas patologias.

- **Jovens e adultos = 26,2%** , sem sugestão.
- **Acima de 65 anos = 29,5%** também sem sugestão.

Pergunta nº 11: Considerando ainda que esta mesma cidade apresenta como indicadores epidemiológicos o incremento de Fibrose Cística, o que a equipe desta secretaria de saúde deveria fazer?

E agora, com o propósito de prestigiar o meu Orientador, cujo apoio foi fundamental para que este projeto de Educação e Saúde se concretizasse, procurei investigar a construção de Saúde Pública que os futuros profissionais da saúde e/ou docentes têm acerca de Fibrose Cística. Tendo em vista que de acordo com artigo publicado na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 1:1600 nascidos vivos no Estado do Rio Grande do Sul é portador de Fibrose Cística. (<<http://www.scielo.br/scielo.php/script>>, acessado em 10.03.2005)

Do total de 61 questionários preenchidos, 80,3% responderam a este quesito, os demais 19,7% não responderam.

A partir das respostas foi possível concluir que somente **12,4%** têm conhecimento do assunto e responderam com propriedade sob o enfoque de Saúde Pública.

Pergunta nº 12: Para completar esta pesquisa, aceitarias ser entrevistado?

SIM = 27

Não = 24

Talvez = 01

Sem resposta = 09

Análise do Conteúdo das Entrevistas

Para as entrevistas o delineamento inicial apontou um total de 27 pessoas dispostas a conceder entrevistas. Foram concluídas 14.

Das 14 entrevistas realizadas, 06 dos sujeitos responderam por e-mail, justificando a facilidade e economia de tempo para responder. Os demais foram entrevistados pessoalmente. Presencialmente ficou a sensação de “economia”, uma vez que, nas respostas, estas foram mais sucintas do que no instrumento questionário já preenchido ou do que as entrevistas efetuadas por e-mail.

Os outros sujeitos alegaram indisponibilidade de tempo ou simplesmente não retornaram os diversos contatos realizados por várias tentativas.

Foram entrevistados cinco alunos da Pós-Graduação e nove dos cursos de Graduação com a seguinte distribuição:

- da Pós-Graduação: Medicina (2), e-mail; Odontologia (1), e-mail; Nutrição (1), e-mail; e Fisioterapia (1), e-mail;
- da Graduação: quatro alunos do curso de Enfermagem e cinco do curso de Medicina, sendo que um destes respondeu um por e-mail.

A análise do conteúdo segue o modelo proposto por Laville e Dionne (1999), e aconteceu em três fases:

- a) Fase da organização do material;
- b) Fase do agrupamento das categorias; e
- c) Terceira fase que correspondeu à inferência e interpretações, aparecendo sob a forma de descrições cursivas entremeadas de expressões literais extraídas dos questionários e a sua validação.

Como descrito anteriormente, na primeira fase foi organizado o material coletado orientado pelos objetivos da pesquisa. Na realidade, um trabalho de análise já vinha sendo feito, pois à medida que colhe informações o pesquisador já está elaborando sua percepção.

Na segunda fase, procedeu-se no recorte dos conteúdos e ordenação dos mesmos de acordo com sua significância e intenções da pesquisa.

Esta possibilitou a classificação e o agrupamento das expressões

textuais comprobatórias correspondentes a cada categoria. É importante esclarecer que algumas questões os entrevistados preferiram não responder.

Após a classificação e comentários das expressões literais extraídas das entrevistas, de acordo com a ordem em que foram formuladas aos participantes (Apêndice B) estão aqui apresentadas em itálico e associadas ao entrevistado. Os conteúdos das questões aparecem em destaque precedendo as descrições cursivas correspondentes:

1. Em sua grade curricular existe a disciplina de Saúde Pública?

As respostas desta questão estão validadas nas concepções dos diferentes autores referenciados no Título 2 deste estudo. De conformidade também com o referido no item, quase todos os sujeitos responderam afirmativamente. Apenas uma informante respondeu negativamente e devolveu o questionário em branco, sendo computado como questionário não respondido.

Cabe ressaltar, que alunos do curso de Enfermagem estudam os conteúdos de Saúde Pública com diferentes denominações em todos os semestres ímpares, durante todo o curso.

Nos outros cursos esta disciplina também aparece com títulos diferentes, tais como: Medicina Social, Odontologia Social, Saúde Coletiva, Saúde da Mulher, do Idoso, do Adolescente, da Criança, etc.

2. O que significa (o que entende - o que pensa - o que fazer - como usar) Saúde Pública para você?

- "... junto com Saúde Coletiva é entender a saúde para todas as pessoas, num aspecto amplo, voltado para erradicar as doenças".

- "... é como um norte para a solução de muitos problemas de saúde de nosso país. Promoção e educação em saúde andam juntas".

- "... ações de saúde e não o entendimento dos que acham que é só hospital, eu acho que Saúde Pública é também educação e promoção de saúde".

- "... são políticas para desenvolver a saúde como um todo tanto na pre-

venção como na curativa”.

-“... eu considero saúde num aspecto mais amplo, não consigo me ver fora das atividades de Saúde Pública, educação, promoção e prevenção, referencio toda a minha atividade com o SUS”.

Para estes sujeitos fluiu conceituar Saúde Pública, mesmo que sem diferenciar o sentido de Saúde Pública, Saúde Coletiva, SUS, ou mesmo saúde.

-“... tive esta disciplina com o nome de Medicina Social, não me marcou. Nunca estudei o SUS, só aprendi no cursinho para a residência”.

-“... esta aula acontecia sempre no último período depois de aulas extenuantes em teoria e eu sempre valorizei sempre as outras disciplinas. Só aprendi o que é o SUS”.

-“... tenho uma ideia bem simples, acho que quem trabalha no SUS é altruísta”.

Por sua vez para estes não foi tão fácil, percebe-se que pela própria fala está diretamente relacionada ao modelo pedagógico adotado pela Instituição do egresso e conseqüentemente a formação ou o convencimento acerca da importância destes conteúdos para este docente. Pois para Venturelli (2000), a formação do docente, precisamente em educação, deve transformar-se em um aspecto importante no quê fazer acadêmico.

-“... eu sou defensora do SUS, pois através de seus conteúdos aprendi melhor a minha prática”.

-“... minha mãe trabalha em uma UBS então eu sei que Saúde Pública é dar enfoque para o doente (pessoa) e não na doença”.

-“... meu avô se operou no SUS daí eu entendi melhor, eu acha que era ruim, mas vi que não é bem assim”.

Através destes depoimentos é possível constatar a importância da relação entre teoria e prática na construção de conhecimentos que é pro-

posta por Venturelli (2000) em que o autor afirma ser desta forma o processo educacional que se transforma em uma prática não só mais eficiente, mas muito mais agradável e se estabelecem novos laços entre docentes e alunos.

Esta experiência, por vezes, pode ser vivida como cidadão com um familiar ou como usuário dos serviços de saúde, ou seja, frente a realidade social na qual estão inseridos

3. Consegues descrever uma situação concreta em que aprendeste o que é Saúde Pública?

-“... foi na etapa de reconhecimento do território quando aplicamos um plano de ação em uma UBS e então ficou claro que não é só focado em doença e sim no todo”.

-“... estágios de Saúde Coletiva em um morro aqui na cidade, e aí entendi porque esta disciplina é o eixo temático do meu curso”.

-“... campanha de vacinação”.

-“... quando nos levaram para o Postinho e então entendi que a saúde não era só no hospital”

-“... foi quando fui para o Posto e quis entender como a máquina funcionava”.

-“... quando fizemos contato com os agentes comunitários”.

-“... é difícil, pois aprendi mais fora do curso, no movimento estudantil Ver SUS”.

-“... já sabia por que a minha mãe trabalha em uma UBS”.

-“... com o meu avô no hospital”.

-“... pelas atividades curriculares não é possível responder esta questão, pois é tudo muito fragmentado, o que sei aprendi na minha trajetória”.

Para estes sujeitos a construção da relação entre teoria e prática aconteceu de modo simples e esta relação é reforçada por Machado e Manfroi (2006), onde afirmam que existem alunos que não conseguem evoluir, mas a partir de situações inusitadas, fora de um determinado padrão, aprendem a pensar criticamente ou a enfrentar situações novas sem pânico, de uma forma mais livre e criativa.

4. A forma como estes conhecimentos foram transmitidos — ensinados, aprendido e apreendido — influenciam em seu trabalho, no exercício de suas atividades? Como e por quê?

- *“... o nosso aprendizado está baseado em leituras que os professores indicaram e que completavam as aulas”.*
- *“... relacionando teoria e prática e se embasou com o conteúdo teórico”.*
- *“... influenciaram sim, pois o médico deve trabalhar com a prevenção”.*
- *“... aprendi com o preceptor no Posto, o nosso professor nunca foi lá”.*
- *“... os professores do Murialdo e da Medicina de Família eram bons, os outros nunca apareciam lá”.*
- *“... aprendi mais fora do que na Faculdade, por interesse meu, mas os conteúdos da disciplina acrescentaram alguma coisa”.*
- *“... nas aulas práticas”.*
- *“... fui muito influenciada pelo professor de Medicina da família”.*
- *“... o professor oficial não influenciou, depois em uma outra atividade extra classe, fiquei amigo de outro, e daí me identifiquei”.*

Novamente fica explícita a importância do papel do docente na construção de conhecimentos e embasado no referencial teórico se confirma o proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (2001): que o aluno deve ser colocado no centro do processo ensino-aprendizagem e mes-

mo que não seja o professor titular que tenha este comportamento o aluno consegue diferenciar o professor que o acolhe daquele que somente transmite teorias.

Para Anastasiou (2003), como os outros verbos de ação, ensinar contém, em si, duas dimensões: uma intencional e uma de resultado, ou seja, a intenção de ensinar e a efetivação dessa meta pretendida. Estes alunos anunciam a efetivação da aprendizagem realizada, localizando onde e com quem.

5. Durante o período desta disciplina o professor aproveitou (acolheu) algum exemplo trazido pelos alunos e os relacionou com os conteúdos da disciplina?

Todos os entrevistados responderam afirmativamente esta questão, apenas um comentou “que o professor só não respondia como saia totalmente fora do assunto”.

De acordo com Machado e Manfroi (2006), o professor não é o detentor do grande conhecimento, ele sabe muita coisa, mas o aluno também sabe, ele traz consigo conhecimentos dos mais diversos e é a partir da discussão destes que se embasam os outros saberes.

6. As aulas desta disciplina, para você, eram dinâmicas ou monótonas; leves ou enfadonhas?

- *“... as aulas eram interessantes, mas monótonas, porque o professor não busca exemplos que motivem que desafiem”.*

- *“... ele traz conteúdos que não interessam”.*

- *“... seria mais interessante se ele trouxesse exemplos reais para a sala de aula”.*

- *“... no começo eram enfadonhas porque só tinha leis, depois foi ficando mais interessante com os trabalhos em grupo”.*

- *“.. estas aulas são enfadonhas e poderiam ser mais proveitosas e poderíamos aproveitar mais, mais ativas”.*

- *“... quando vamos para outro lugar acho as aulas dinâmicas”.*
- *“... monótonas, não se aproveitou nada”.*

- *“... horrível era só estatística”.*

- *“... era só a lei 8080 que discutia transição do SUS”.*

- *“... eram enfadonhas”.*

- *“... tem muito conteúdo teórico”.*

- *“... as aulas eram dinâmicas, mas ninguém dava bola porque esta disciplina não reprova”.*

Novamente transparece o desejo dos alunos por aulas que relacionem teoria e prática. E valho-me de Anastasiou e Alves (2003) quando afirma que na realidade da sala de aula pode ocorrer a compreensão, ou não, do conteúdo pretendido, a adesão, ou não, a formas de pensamento mais evoluídas, a mobilização, ou não, para outras ações de estudo e aprendizagem.

Educar em Saúde, na visão de Batista (2004) requer a concepção, a implementação e a avaliação de um sistema de natureza multidisciplinar, organizado para facilitar o ensino e aprendizagem em torno da tríade ensinar-aprender-assistir.

7. O que você aprendeu, guardou e usa como conteúdo de Saúde Pública para o seu exercício profissional?

- *“... o que aprendi é com relação ao paciente, se a gente demonstra interesse por ele dá retorno”.*

- *“... desmistificar o SUS, que ele não é só Postinho e 90% da população não sabe disto”.*

- *“... que é educação e prevenção”.*

- *“... que não é só hospital”.*

- *“... aprendi como a máquina funcionava”.*

- *“... influenciaram toda a minha vida profissional”.*

Estes depoimentos lembram Anastasiou (2003) onde afirma que aprendizagem exige compreensão e apreensão do conteúdo pelo aluno, é essencial a construção de um conjunto relacional, de uma rede, de um sistema, em que o novo conhecimento apreendido pelo aluno amplie ou modifique o sistema inicial, a cada contato.

8. Em poucas palavras, diga de seu encanto e/ou desencanto com relação a esta disciplina.

- *“... que o SUS é perfeito no papel, mas não dá conta da realidade, mas o pouco que cada um faz é importante”.*

- *“... encanto vem quando a gente começa a entender o valor desta disciplina na nossa formação e que somos atores deste processo”.*

- *“...o desencanto é com a burocracia e com os desvios de grana”.*

- *“...desencanto com a falta de seriedade dos governos para com a saúde”.*

- *“...me encantei com o lado humano, mas me desencantei com as carências”.*

- *“... encantamento total porque é um direito de todos, mas dentro da nossa Faculdade é triste, a abordagem é um descaso, deturpação, distorção. O que aprendi foram foi mais lindo”.*

- *“...a Faculdade não determina nada, nem encanto nem desencanto, pois se eu lincar a faculdade com a formação extra classe vejo que existe uma lacuna, pois não há dialogo com a realidade, não existe uma relação entre prática e teoria. A faculdade só prepara para o setor privado e não vê no público é que se trabalha e aprende de verdade”.*

Os depoimentos afirmam que o ensino desta disciplina é predominante tradicional, desconectando teoria e prática. A tendência é que ocorra o desinteresse dos alunos com relação aos seus conteúdos.

Faz parte do papel do docente não apenas ensinar os conteúdos, mas

também ensinar a pensar certo. Professor que pensa certo deixa transparecer aos alunos que uma das bonitezas de nosso viver no mundo e com o mundo, é a nossa capacidade de intervir no mundo, através de nosso conhecimento. (FREIRE, 1996).

Ensino de Saúde Pública – uma área de conhecimento com múltiplos olhares

Após a elaboração e validação dos questionários, estes foram distribuídos, num total de 300, obtivemos os seguintes parâmetros para a elaboração da amostra: retornaram 61 questionários entre alunos de graduação e pós-graduação de cursos de: medicina, odontologia, enfermagem, nutrição e fisioterapia. Destes 27 tiveram sim para a entrevista, sendo que 7 eram de alunos de pós-graduação e 20 eram alunos da graduação. Os demais 34 alunos responderam não querer dar entrevista.

O delineamento inicial sinalizou para um total de 27 entrevistas. Foram concluídas 14. Destes, 06 dos sujeitos responderam por e-mail e os demais foram entrevistados pessoalmente. Essas entrevistas deixaram-me com a sensação de economia nas respostas, pois foram mais sucintas do que no instrumento questionário.

Os demais sujeitos alegaram indisponibilidade de tempo ou simplesmente não retornaram os contatos.

Foram entrevistados: Pós-Graduação: 05 alunos distribuídos da seguinte forma: Medicina (2), Odontologia (1), Nutrição (1) e Fisioterapia (1); Graduação: 04 alunos do curso de Enfermagem e 05 alunos do curso de Medicina.

Nos questionários, as perguntas construídas como o propósito de conhecer a metodologia adotada pelos docentes, deixaram em suas respostas, a nítida impressão de que estes professores tentam encontrar uma forma de envolver seus alunos com os conteúdos teóricos da disciplina, mas como, na sua maioria o docente da teoria não é o mesmo da prática fica extremamente confuso e difícil o estabelecimento de uma relação com o docente da “teoria”.

Na sequência, quando os questionamentos foram acerca das concepções construídas por estes sujeitos para o exercício de suas atividades

profissionais, ficou nítida a proposta para um modelo curativista, a ausência da visão para uma atenção primária e a queixa relacionadas à baixa remuneração dos profissionais.

Nas entrevistas estas respostas se repetem e é destacada pelos sujeitos a importância da relação da teoria com a prática para a construção dos conhecimentos, também afirmam que é nas atividades extra-muros que o aprendizado toma sentido e que eles -sujeitos- conseguem evoluir. As aulas foram consideradas enfadonhas devido à leitura de leis.

Aparece também uma concepção coisificante de Saúde Pública, quando estes sujeitos manifestam o desejo de saber como a “máquina funciona”. Os depoimentos também (re)afirmam que o ensino desta disciplina é no modelo tradicional, desconectado da prática, o que torna estas aulas enfadonhas.

Considerações Finais

Dos modelos pedagógicos utilizados na disciplina de Saúde Pública ficou claro que a maioria dos docentes, para o ensino desta disciplina transitam entre os modelos tradicional de ensino, ensino este que desconecta teoria e prática, centrado no teórico, no individual, seja ele o da racionalidade, fechado em si mesmo - solipsista, ou o empírico que acredita na experiência como forma de saber, ou ainda, o historicista que se estabelece através de ações e de experiências. A proposição das Diretrizes Curriculares Nacionais de integração destes saberes, bem como o ensinamento dos diferentes autores que embasaram este estudo não está sendo respeitada, ou não é conhecido ou, ainda, não é acreditado como possibilidade concreta no ensino desta disciplina.

Parece estar sendo ignorada também a necessidade de promover a capacidade de apreender o conhecimento. A predominância do ensino fragmentado impede que se operacionalize o vínculo entre as partes e o todo, entre a teoria e a prática.

Portanto, quanto a este quesito inicialmente proposto, verifica-se que necessário se faz uma formação pedagógica dos docentes da área da saúde em Saúde Pública, a partir de metodologias que propiciem uma implicação política aos próprios docentes e aos alunos, acerca de seus

saberes e práticas, objetivando a construção de novas posturas.

Das concepções e do significado de saúde pública que os alunos constituíram posso afirmar, de acordo com os índices e demais dados apresentados, que os mesmos percebem os conteúdos de Saúde Pública e do nosso sistema de saúde em conformidade com as metodologias utilizadas, isto é, da mesma forma como os professores trabalham, os alunos não se percebem acolhidos por eles e conseqüentemente, tenderão a repetir esta atitude em seu fazer profissional.

O pequeno número de questionários devolvidos, por si só já caracteriza um descaso com esta disciplina. Um número menor ainda de alunos que aceitaram continuar a pesquisa através da entrevista e, após, a não-disponibilidade de tempo para fazê-la, sugere uma desconsideração, ora com os conteúdos de Saúde Pública, ora com eles próprios, enquanto profissionais de saúde e alunos da Graduação e da Pós-Graduação que não se vêem inseridos como profissionais na Saúde Pública, nem como docentes e menos ainda como pesquisadores.

Os resultados apontam que as possibilidades de erro e de ilusão são múltiplas e permanentes, mas o eixo da educação é buscar construir processos de aprendizagem nos quais apreender é percorrer hipóteses ascendentes, crescentes em ajustamento lógico do conteúdo, mas sempre, muito lógico do ponto de vista científico (racionalidade). Mas apreender fundamentalmente que em Saúde Pública é poder transitar durante algum tempo entre o não correto do ponto de vista científico final. Mais adequado na perspectiva política do direito a ter direitos e nesse sentido Saúde Pública (outra vez) não poderá ser adjetivada.

Com a certeza de que Saúde Pública não pode ser pensada nos moldes atuais, fechada em sala de aula. Argumento que o docente deve sair da segurança do espaço restrito da sala de aula ou do sabido e inserir-se na comunidade e desta maneira fazendo Saúde Pública o aluno/profissional ou o docente/profissional deparar-se-ão com a incompletude, e na incerteza e na fragilidade ir em busca, ao encontro, do outro, que pode ser a equipe.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **Uma abordagem da antinomia pública x privada: des-cortinando relações para a saúde coletiva.** Revista Interface, v.10, n.19, p. 7-22, 2006.

ALMEIDA, C ; BURLANDY, L. **A opção estruturalista em Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, (mimeo), 1991.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C.G.J. de; LISBOA, C.A. **Distritos Sanitários: concepção e organização.** São Paulo: IDS, NAMH/FSP, USP, 1998. (Saúde e Cidadania)

ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na Universidade.** Joinville: Univille, Santa Catarina, 2003.

BATISTA, N. A. **Desenvolvimento docente na área de saúde: uma análise.** São Paulo: Revista Trabalho, Educação e Saúde, v.3 nº.2,2005, p.283-294.

BATISTA, N. BATISTA, S.H., **Docência em saúde – temas e experiências** - ed. Senac SP 2004 – 284 p.

BECKER, F. **A epistemologia do professor: o cotidiano da escola.** 10 ed., Petrópolis: Vozes, 2002, 335 p.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política.** São Paulo: Hucitec, 1978, 199 p.

BODSTEIN, R.C. A. **Condições de saúde e práticas sanitárias no Rio de Janeiro 1830-1930.** Dissertação de Mestrado. Instituto Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense – Niterói – RJ, 1984.

BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Homologa em 03/10/2001, parecer CES 1.133/2001, resolução CNE/CES nº. 4, de 07/11/2001, (re-

solução on line em <<http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04doc>>;<<http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04doc>>

CAMPOS, G.W. de S., **Modelos de atenção em saúde pública – um modo mutante de fazer saúde** – revista Saúde em Debate, Brasília, v 37. dezembro de 1992, p.16-19.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. **Avaliação da política nacional de promoção de saúde**. [s.l.]: Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.9, 2004, 9. 745-749.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Botucatu: Interface, v.9, n.16, 2005, p.161-177.

FEUERWERKER, L.C.M. **A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Revista Divulgação em Saúde para Debate, Cebes, nº.22, 2000, p.18-24.

FEUERWERKER, L.C.M. **Alem do discurso da mudança na Educação Médica** . São Paulo: Hucitec, 2002, p. 306.

FREIRE, M. et al. **Grupo, indivíduo, saber e parceria: malhas do conhecimento**. 2 ed., São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997, p.19.

_____, **Política e educação - a educação para adultos hoje, algumas reflexões** 3 ed. , São Paulo: Cortez, 1997 , 110 p.

_____. **Pedagogia da autonomia - saberes necessários à prática educativa**. 5 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1997, 159 p.

_____. **Pedagogia da Indignação - cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Unesp, 2000.

_____. **Medo e ousadia – o cotidiano do professor**. 11 ed., São Paulo: Paz e Terra, 224 p.

FRIGOTTO, G. **Trabalho, conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: Impasses teóricos e Práticos**: In: Gomez, Carlos M. Trabalho e Conhecimento: Dilemas na educação do Trabalhador. São

Paulo: Cortez. 1989, p. 8.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; (orgs.) **Teoria e educação no labirinto do capital**. Petrópolis: Vozes, 2001, 188 p.

GARCIA J. C. **La educación médica en la América Latina**. OPAS/OMS, 1972, Publicação Científica, nº.255, 413p.

GOLDIM, J.R. **Manual de Iniciação à pesquisa em saúde**, [s.l.]: Dacasa, 2000, 180 p.

KASPER, E. **Gestão Pública da odontologia - dificuldades e perspectivas**. Porto Alegre: UFRGS, Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS, v.43, nº.2 , 2002, p.35.

LAVILLE, c., DIONNE, J., **A construção do saber – manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Minas Gerais: Artmed, 1999, 339 p.

MACHADO, C.L.B. MANFROI W. (org.) **Prática educativa em medicina**. [s.l.]: Dacasa, 2005, 172 p.

MEHRY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública: emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. 2 ed., Campinas: Papyrus, 1985.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, 190 p.

OLEABUENAGA, J. I. R., **Metodologia de la investigación cualitativa**. 3 ed. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. F. **60 anos de história da Previdência Brasil**. (In) previdência social. 2 ed., Petrópolis: Vozes, 1986.

PAIM, J.S., ALMEIDA FILHO., **Saúde Coletiva: uma nova saúde pública**. Rio de Janeiro: Revista Saúde Pública, v. 32, 1998, p. 299-316.

PAIM, J. S., **O SUS no ensino médico: retórica ou realidade?** São Paulo: Revista Divulgação, v. 14, 1996, p. 56-65.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001, 211 p.

_____. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. 307 p.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B., MATTOS, R.A. (orgs.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, Abrasco, 2006, 333 p.

TEIXEIRA S.F. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** Rio Janeiro: ABRASCO, 1989. 232 p.

TRIVIÑOS, A.N.; OYARZABAL et al (org.). **A formação do educador como pesquisador.** Porto Alegre: UFRGS, 2003, 174 p.

VENTURELLI, J. **Educación Médica - nuevos enfoques, metas y métodos.** E.U.A.: OPAS, 2003, 250 p.

Residência Multiprofissional em Saúde e Avaliação do Conhecimento do Contrato Didático

*Luiz Henrique Alves da Silveira
Paulo Roberto Antonacci Carvalho
Cristianne Maria Famer Rocha*

Através do presente estudo, pretende-se compreender o funcionamento do espaço pedagógico em um programa de residência integrada em saúde (RIS), que é um processo de ensino e aprendizagem de pós-graduação. Parece-nos pertinente investigar o contrato didático nesse contexto, buscando meios para construir competências compartilhadas e consolidar o processo de formação em equipe. O contrato didático pressupõe uma série de atitudes que professores e alunos esperam um do outro. Nesse estudo, serão inicialmente apresentadas a conceituação e a revisão teórica do contrato didático, após, os aspectos relativos às RIS, e por fim, a pesquisa realizada nesse interim e seus resultados.

O Contrato Didático

O tema Contrato Didático tem aparecido como motivo de interesse crescente, pois pode contribuir para melhorar a relação entre professores e alunos e qualificar o binômio ensino-aprendizagem. Nesta relação, encontram-se diversas formas de interações sociais, culturais e históricas, que estabelecem um conjunto de regras que vão definir o que se chama de Contrato Didático, mesmo que esse não seja um contrato de regras explícitas (Franchi, 1999).

O conhecimento que se produz a partir das construções cotidianas-

mente feitas nos espaços de ensino promove subsídios que auxiliam na compreensão das relações entre professores e alunos. Tal saber contribui também para a gestão da educação superior. Porém, além de relações e vínculos, é importante compreender o modo de funcionamento de um programa de ensino, incluindo sua proposta teórica e prática (Uninilton Lins, 2008), razão pela qual se torna necessário definir o foco do presente estudo, que é o contrato didático.

Considera-se que o Contrato Didático é o conjunto de regras que normatizam o sistema de obrigações que cabe a cada sujeito do processo de ensino-aprendizagem (Brousseau, 1986), sendo as mesmas recíprocas entre alunos e professores (Brousseau, 1986; Pais, 2001). Entende-se que há questões implícitas e explícitas nesse Contrato (Brousseau, 1986), e que o mesmo faz uma análise das relações estabelecidas que são encontradas de forma subjetiva na relação, sem clareza de intenções, na maioria das vezes (Pais, 2001).

As responsabilidades diferem entre professores e alunos, cabendo aos primeiros a sua administração e aos outros seguir as decisões dos docentes e estudar, provando a capacidade de produzir saberes. Para Douady (apud Oliveira e Câmara dos Santos, 2000), o Contrato Didático está relacionado com a estratégia de ensino adotada, as escolhas feitas pelo professor, as responsabilidades atribuídas aos alunos e os objetivos de ensino. Todos esses pontos são determinantes essenciais do Contrato Didático, que geralmente é um reflexo da concepção de aprendizagem do professor e da escola. Schubauer-Leoni (apud Ambrosetti, 2004) ressalta que um Contrato Didático deve ser pensado como um acordo, que deverá ser o regimento e o organizador das relações do triângulo didático (aluno-professor-saber). O Contrato Didático pressupõe uma série de atitudes que alunos e professores esperam um do outro. Considerando a importância das regras na ação didática, Chevallard (1989) assinala que na situação de ensino preparada pelo professor, geralmente, o aluno precisa resolver o problema apresentado, cuja solução depende da interpretação das informações fornecidas e da compreensão das obrigações que lhe cabem cumprir, bem como as formas que o professor utiliza para ensinar. São estes papéis esperados por cada uma das partes que caracterizam o Contrato Didático. Nos estudos de Ricardo, Slongo

e Pietrocola (2003a, 2003b), o Contrato Didático é definido como um conjunto que envolve pelo menos dois elementos, a saber, uma gama de comportamentos específicos do sujeito que está na posição de gerenciar e transmitir conhecimentos esperados por quem está na posição de discente, e o envolvimento de um conjunto de comportamentos do discente que, muitas vezes sem o saber, deve (para o professor) repetir estereótipos já vivenciados pelo mestre em outras situações. Por fim, Joshua (apud Peyron-Bonjan, 2002) também compreende as expectativas relativas aos papéis dos envolvidos. Assim, o Contrato Didático em-basa uma teia de expectativas e respostas entre o que se quer transmitir e o que se quer assimilar.

Oliveira e Câmara dos Santos (2000) definem o Contrato Didático como algo estabelecido e firmado a partir de uma situação ocorrida no cenário didático e em todas as relações em sala de aula, determinando como será o funcionamento da mesma. Ainda, o Contrato propicia muitos debates sobre a questão do aprender, a ação docente e, principalmente, o objeto da aprendizagem, pois é o mesmo que poderá trazer as respostas para os rumos do processo de ensino e aprendizagem (Pinto, 2003).

Para Louro (2007) o Contrato Didático propicia o intercâmbio didático-científico, trazendo à tona o pensamento que cada sujeito tem do processo e de seu funcionamento. Isso condiciona professores e alunos a uma negociação das problemáticas em jogo.

Morales (1999) enfatiza que o espaço didático, antes de ser didático, é humano. Logo, o fracasso ou o sucesso dos processos que culminam na aprendizagem estão fortemente fundamentados na relação afetiva existente entre os sujeitos da educação, pois a prática de um influencia a postura do outro, segundo Abreu e Masseto (1987).

No Brasil, o conceito de Contrato Didático encontrou ponto de apoio naquilo que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBE - Brasil, 1996) define como sendo a finalidade da educação superior (Chevallard, 1989). Cabe aos estabelecimentos de ensino a tarefa de elaborar sua proposta pedagógica, na qual são definidas as diretrizes da relação professor-aluno. Porém, essa relação vai sendo construída no dia-a-dia, e poderá ou não tornar evidente os acordos constantes no Contrato Di-

dático (Roncaglio, 2004).

Ainda com relação ao Contrato Didático, alguns autores consideram que se pode pensar em certas “regras do jogo”, ou seja, no início da relação, existem expectativas entre alunos e professores, a partir das quais se tentam descobrir estratégias, interesses e intenções (Ricardo et al., 2003a, 2003b). Nesse jogo, o aluno compreende que o professor é o portador do saber e fica consciente de que será alvo de alto grau de controle por parte do docente. O aluno então participa do jogo, procurando manter uma relação didática (Arruda et al., 2002). Caso a relação se dê dessa forma, na qual um detém o saber e o poder e o outro se subjugue a ele, é difícil que as práticas sejam integradas e que o aluno possa desenvolver-se a partir de concepções e experiências teóricas. Para Ricardo et al. (2003), a elaboração do Contrato Didático teria uma melhor adequação se fosse construído coletivamente, buscando promover ações articuladas que refletissem os desafios da comunidade.

Diante disso, pensando-se em responsabilidades e fazeres de cada parte do Contrato Didático, o professor tem a incumbência de administrar e sistematizar este Contrato, sem deixar de levar em consideração o respeito ao papel do aluno, que tem o direito de ver suas demandas compatibilizadas com o seu desenvolvimento cognitivo. Seria frutífero, portanto, que o professor fosse um “estrategista” (Anastasiou, 2009, p. 62).

Em síntese, o Contrato Didático, além de explicitar o que um professor deve esperar de um aluno e vice-versa, normatiza como o saber escolar progride. Porém, Baldino (1998, p. 3) complementa esta ideia, afirmando que “na linguagem em que ocorre a negociação, os interesses dos alunos e do professor convergem sobre um ponto: fazer crer que a negociação não existe”. Assim, diferente de um acordo com base em regimentos e normas escritas, o Contrato Didático firma-se em regras não ditas, mas percebidas, que podem ser “quebradas” se a situação exigir.

Ainda com relação ao jogo estabelecido, Ricardo et al. (2003) identificam como os chamados discentes competentes aqueles alunos que percebem claramente, e de início, as regras que serão definidoras deste jogo. São aqueles componentes da relação que logo identificam as exigências cognitivas implícitas e se saíram muito bem em todas as questões

propostas. No entanto, alguns sujeitos não conseguem fazer a distinção exata do que será relevante ou não, e acabam ficando à margem na relação didática. Uns conseguem “entrar no jogo”, outros se sentirão deslocados nessa relação, pois não aprenderam claramente as “regras” do processo.

De forma mais concreta, Sandi (2004) afirma a necessidade de que as regras deste jogo se tornem claras e sem subterfúgios. Para a autora, a autonomia decorre do amadurecimento dessas regras claras, abertas, que só funcionarão se forem cultivadas e lembradas por todos os envolvidos no processo, não só pelo professor, que também acaba delegando sua observância para os outros participantes. Assim, será mais fácil perceber a real diferença entre estar de acordo e submeter-se às regras.

Por fim, após essa exposição, pode-se pensar em fatores de mudança na relação didática, e seus obstáculos, conflitos e rupturas. Considera-se que em qualquer situação didática poderão ocorrer mudanças nas características e no objeto (o saber) do Contrato Didático. O professor, em sua prática, poderá desviar-se do que foi previsto, e o aluno – que não é estático no processo de aquisição do saber – poderá posicionar-se de forma a aceitar ou não as escolhas do professor. Dessa maneira, quando se estabelece um obstáculo que impede a fluência da ligação contratual, configura-se uma ruptura no Contrato, por parte do professor ou do aluno, com consequências positivas ou negativas para a relação ensino-aprendizagem.

Machado (2007) afirma que, na fase de elaboração e sintetização da aprendizagem e do conhecimento, é quando mais se percebem esses obstáculos no livre fluxo da relação didática. Todavia, ela observa: o conflito que se instala frente a um conceito diferente, durante o processo de ensino-aprendizagem, é o que revoluciona os paradigmas do saber, é o que coloca em xeque as relações e as trocas no meio didático, definindo novos rumos para o processo.

Jonnaert (1996) explica a ruptura do Contrato Didático como consequência daquelas situações em que as regras estabelecidas passam a ser transgredidas por qualquer uma das partes: professores ou alunos. No momento em que o sistema de obrigações recíprocas é desrespeitado, e se desestabiliza a confiança entre as partes, verifica-se a ruptura. Esse

momento coloca em evidência os combinados explícitos, em geral trazendo à tona fatores históricos e sociais da relação de ensino.

Para que ocorra a ruptura de um Contrato Didático, Chaves (2005) identifica a necessidade de conhecer os pontos nevrálgicos deste, suas zonas frágeis, a fim de propiciar uma negociação e, dessa forma, implementar um novo contrato a partir do que emergiu do conflito, e que venha satisfazer ambas as partes – contratados e contratantes. A autora enfatiza a necessidade de o professor conhecer realmente o grupo discente, conhecimento que é primordial e esperado daquele que está na posição de mestre.

As formas como professores e alunos escolhem ensinar e aprender não são formas prontas e estanques. Ao contrário, se transformam metodologicamente desde o planejamento até a efetiva implementação e avaliação. É a partir da proposta de planejamento que o professor faz, em conjunto com as situações que ele apresenta que se estabelece o movimento de ensino e aprendizagem. Mas não podemos deixar de considerar as reorganizações que os alunos podem reivindicar, mesmo que já se tenha um Contrato Didático combinado. O professor desempenha seu papel propositivo, mas os alunos têm, por sua vez, um importante papel para o desenvolvimento das atividades (Mallmann, Catapan e Bastos, 2006).

É importante lembrar que, nesse conjunto, em sua totalidade de ações, os dois sujeitos do processo (professor e aluno/orientador e orientado) iniciam uma gama de ações e reações referentes ao “papel” que cada um precisa desempenhar (comportamentos, atitudes), no desenrolar dos fatos no cenário didático-pedagógico. Vale considerar que a troca de experiências nem sempre remete a um referencial produtivo, podendo dar acesso a falsos caminhos, com efeitos que não terão uma conotação positiva, gerando conflitos e incompreensões que podem, por sua influência, prejudicar o livre curso das dinâmicas de assimilação do saber.

Residência Multiprofissional em Saúde

As residências multiprofissionais em saúde estão de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990), no sentido que

contemplam a integralidade de ações e práticas na atenção ao usuário. A Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde (PRMS) e definiu-a como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, que se destina aos profissionais que atuam em área de saúde, com exceção dos profissionais médicos. Tem seus objetivos voltados para a educação em serviço para profissionais que integram a área de saúde, excluindo-se os profissionais da área médica (Brasil, 2005). Cabe lembrar que, embora a Lei seja de 2005, o Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS, 2007-2009) afirma que os Programas de Residência para profissionais não médicos vêm ocorrendo no Brasil de maneira informal, desde a década de 1960, como proposição das várias áreas profissionais da saúde, com a finalidade de qualificar os seus membros, através do treinamento em atividades de longa duração, nos mesmos parâmetros da Residência Médica (Brasil, 2009).

Orientadas pelos princípios (universalidade, equidade e integralidade) e pelas diretrizes (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) do SUS (Brasil, 2009), as RMS abrangem diferentes profissões da área da saúde, refletindo a realidade e as necessidades de saúde de um determinado local ou região do país, e devendo propiciar a integração de diferentes níveis de formação com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde (Brasil, 2007).

A Residência deve ainda consistir em um programa intersetorial de cooperação, com objetivo de favorecer a inclusão qualificada dos novos profissionais da Saúde no mercado de trabalho, em particular, nas áreas de prioridade do SUS. É de responsabilidade conjunta dos setores da Educação e da Saúde, desenvolvendo-se em regime de dedicação exclusiva, com supervisão docente-assistencial (Brasil, 2005).

Para Martins et al. (2010), os PRMS apresentam alguns princípios em comum, assim sintetizados: o foco é a oferta de uma modalidade de ensino de pós-graduação, direcionado para a educação em serviço de profissionais em saúde, exceto a área médica; tempo de duração de dois anos, com carga horária anual de 2880 horas (distribuídas de acordo com cada Programa); espaços de teoria e prática, possibilitados por seminários, oficinas, estudos de caso, pesquisa e supervisão; desenvolvi-

mento de atividades de formação em saúde em área hospitalar; ingresso por processo seletivo público. Porém, as autoras ressaltam que as diferenças existentes nas metodologias adotadas ou no espaço de atuação oferecido, talvez sejam maiores do que as semelhanças, devido à diversidade que caracteriza cada um dos programas existentes. As diferenças são percebidas na aplicação dos módulos teóricos, que são específicos de cada Programa, de acordo com a metodologia empregada, bem como em relação às práticas realizadas, que obedecem aos requisitos das áreas de concentração (Martins et al., 2010). O presente estudo foi realizado junto a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), a qual possui um Plano Político Pedagógico (PPP) próprio, de acordo com a legislação que trata das PRMS.

A partir do que foi revisado no presente texto acerca do Contrato Didático e dos PRMS, parece ser relevante investigar como o mesmo ocorre nessa modalidade de experiência de pós-graduação, uma vez que a mesma ocorre na interface entre o ensino e a prática. Assim, os objetivos do presente estudo foram aprofundar o conhecimento sobre os processos de ensino e aprendizagem nos espaços de formação da RIS/GHC. Especificamente, foram avaliados o conhecimento de residentes sobre o contrato didático e a importância atribuída ao mesmo no processo de ensino e aprendizagem. Por fim, oferece-se subsídios para a discussão da necessidade do envolvimento discente nos contratos didáticos desse programa de residência.

Método

Delineamento

Foi utilizada uma técnica de abordagem quali-quantitativa, de cunho descritivo e exploratório, com o intuito de buscar aumentar o conhecimento e a compreensão sobre esta temática.

Participantes

Para a primeira etapa do estudo, foram convidados todos os 64 resi-

dentes do primeiro ano (R1) da RIS/GHC, e 49 responderam ao estudo. A escolha dos participantes levou em consideração os seguintes critérios: pertencimento aos espaços de formação da RIS/GHC e concordância em participar. Durante todo o processo, buscou-se explicitar as informações sobre a participação voluntária dos participantes.

Na segunda etapa, foram solicitados voluntários entre os R1 respondentes da primeira etapa, mas de maneira que houvesse representantes de cada uma das quatro ênfases da RIS/GHC. No total, 10 residentes compuseram essa fase.

Materiais

Foi utilizado um questionário auto-aplicável na primeira etapa, que contemplou, por exemplo, dados sócio-demográficos e questões acerca do contrato didático. No segundo momento, foi realizado um roteiro de entrevista semi-estruturada, com questões abertas sobre o tema do estudo.

Procedimentos para a coleta de dados

A primeira fase da pesquisa consistiu no convite a todos os R1 e os que aceitaram, preencheram o questionário individualmente, após explicação dos objetivos do estudo.

Na segunda fase, os residentes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do GHC. As entrevistas individuais foram realizadas em horário e local previamente combinado com os entrevistados, de acordo com a sua disponibilidade, para que não houvesse interrupções ou interferências alheias, e preservação do sigilo/anonimato dos entrevistados.

Procedimentos para transcrição e análise dos dados

No final de cada entrevista, foram elaborados pequenos registros sobre as respostas obtidas. Após, efetuou-se a transcrição integral das entrevistas. Desta forma, a análise dos resultados obtidos seguiu um rotei-

ro previsto para análise de conteúdo (Bardin, 2004). Seguindo o método proposto, este processo passou por três fases distintas. Em um primeiro momento, foi realizada uma pré-análise, para organização do material, com o intuito de criar categorias de análise. Em um segundo momento, foi realizada a seleção do material. Por fim, procedeu-se a interpretação dos resultados obtidos, agrupando-os em categorias discursivas, trazendo o que fosse realmente significativo para responder aos objetivos do estudo.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa que deu origem a esse estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do GHC (Nº 10-052).

Resultados

Inicialmente, serão apresentados os resultados decorrentes dos questionários (1ª etapa – quantitativa), a seguir, das entrevistas (2ª etapa – qualitativa).

Com relação aos dados sócio-demográficos dos participantes (n=49), 43 (87,8%) eram do sexo masculino, 35 (91,8%) tinham entre 20 e 30 anos de idade. Sobre a origem geográfica, 24 (46%) nasceram no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Com relação à profissão, 34,7% eram enfermeiros e 37 residentes (75,5%) tinham se formado há até 3 anos antes da realização do estudo, o que pode sugerir que a maior parte dos profissionais que busca uma formação em Residência é graduada há pouco tempo. Nesse sentido, 39 (79,6%) informaram que não possuíam nenhuma ou no máximo um ano de experiência profissional anterior. Com relação à instituição de ensino superior, 19 (38,8%) são provenientes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a maior parte dos residentes (n=31; 63,3%) realizou sua formação superior em instituições públicas. Maiores detalhes sobre os dados sócio-demográficos encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1
Dados sócio-demográficos dos participantes

Características sócio-demográficas dos participantes	N (%)
Gênero	
Feminino	43 (87,8)
Masculino	5 (10,2)
Não respondeu	1 (2,0)
Idade (em anos)	
20<25	23 (46,9)
25<30	22 (44,9)
30<35	2 (4,1)
25<39	2 (4,1)
Origem geográfica	
Inerior do Estado	24 (49)
Porto Alegre	13 (26,5)
Outros Estados	4 (8,2)
Não respondeu	8 (16,3)
Formação	
Enfermagem	17 (34,7)
Serviço Social	7 (14,3)
Odontologia	5 (10,2)
Fisioterapia	4 (8,2)
Farmácia	4 (8,2)
Nutrição	4 (8,2)
Psicologia	4 (8,2)
Terapia Ocupacional	2 (4,1)
Fonoaudiologia	2 (4,1)
Ano de formação (tempo de formatura)	
Anterior a 2005 (≥ 5 anos)	1 (2)
De 2005 a 2007 (de 3 a 5 anos)	9 (18,4)
De 2007 a 2010 (de 0 a 3 anos)	37 (75,5)
Não respondeu	2 (4,1)

Tipo e nome da instituição formação no ensino superior	
Públicas	31 (63,3)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	19 (38,8)
Universidade Federal de Santa Maria	7 (14,3)
Universidade Federal de Pelotas	3 (6,1)
Universidade Federal do Rio Grande	1 (20)
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul	1 (20)
Privadas	18 (26,7)
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	5 (10,2)
Centro Universitário Metodista	5 (10,2)
Centro Universitário Franciscano	2 (4,1)
Universidade de Passo Fundo	2 (4,1)
Universidade Luterana do Brasil	2 (4,1)
Universidade do Vale dos Sinos	1 (2,0)
Universidade de Sorocaba	1 (2,0)
Total	49 (100)

Passa-se então aos dados sobre o Contrato Didático. Do total dos 49 residentes, apenas 5 (10,2%) afirmaram que já terem ouvido falar em Contrato Didático. Com relação à importância do mesmo, 39 (79,6%) não souberam responder. Passados cerca de 8 meses do início do programa de residência, 37(75,5%) responderam que conheciam apenas algumas das regras. Entretanto, 30 (61,2%) afirmaram que as mesmas foram apresentadas. E 26 (53,1%) disseram que participam do estabelecimento de regras. Com relação aos facilitadores terem apresentado as regras, houve divisão entre os participantes, sendo que 22 (44,9%) disseram que os mesmos o fizeram e 23 (46,9%) que não teriam feito. Chama a atenção que a maioria (31; 63,3%) respondeu que não há esclarecimento verbal e escrito sobre regras de funcionamento. Apesar de todos esses resultados, 46 consideram relevante sua participação e 44,9% acharam que há flexibilidade nas regras de ensino e aprendizagem. Os resultados acerca do contrato didático encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2

Respostas dos participantes com relação ao contrato didático

Questões	N (%)
Ouviu falar sobre contrato didático	
Sim	5 (10,2)
Não	33 (67,3)
Não me recordo	11 (22,4)
Importância do contrato didático	
Sim	9 (18,4)
Não	1 (2)
Conheço algumas	39 (79,6)
Conhece as regras	
Sim	7 (14,3)
Não	5 (10,2)
Conheço algumas	37(75,5)
Apresentação das regras	
Sim	30 (61,2)
Não	10 (20,4)
Não sei	5 (10,2)
Respostas não previstas	2 (4,1)
Respostas não previstas	2 (4,1)
Participa do estabelecimento das regras	
Sim	26 (53,1)
Não	10 (20,4)
Não sei	8 (16,3)
Não quero responder	3 (6,1)
Respostas não previstas	2 (4,1)
Facilitadores apresentam os critérios de avaliação	
Sim	22 (44,9)
Não	23 (46,9)
Não sei	3 (6,1)
Não quero responder	1 (2,1)

Trabalhos teóricos, práticos e pesquisa de campo	
Sim	43 (87,8)
Não	4 (8,2)
Não sei	2(4,1)
Esclarecimento verbal e escrito	
Sim	11 (22,4)
Não	31 (63,3)
Não sei	2 (4,1)
Não quero responder	5 (10,2)
Relevância da participação dos residentes	
Sim	46 (93,9)
Não	2 (4,1)
Não sei	1 (2,0)
Flexibilidade nas regras de ensino e aprendizagem	
Sim	22 (44,9)
Não	16 (34,7)
Não sei	6 (12,2)
Não quero responder	3 (6,1)
Respostas não previstas	2 (4)

Os principais resultados das entrevistas serão apresentados em três dimensões decorrentes da análise da revisão de literatura sobre o Contrato Didático e a RMS, bem como dos temas abordados nas próprias entrevistas. As mesmas são Regras de funcionamento da RIS/GHC; Participação na elaboração das regras da RIS/GHC; Relevância da participação na elaboração do Contrato Didático e respectivas categorias. A fim de preservar a identidade das participantes¹, as mesmas são identifi-

1 As entrevistadas serão tratadas, neste documento, no gênero feminino por serem, em sua maioria, mulheres.

cadas pela letra E (Entrevistada) e números arábicos (ex.: E1).

1ª Dimensão: regras de funcionamento da RIS/GHC

Nesta dimensão, são analisadas as respostas à questão norteadora da pesquisa quanto à apresentação de regras claras de funcionamento das atividades teóricas da RIS/GHC. As categorias nessa dimensão são: regras claramente apresentadas, cronograma, horário, frequência, diversidade de facilitadores e falta de esclarecimentos.

A maior parte das entrevistadas afirma que as regras de funcionamento das atividades de formação teórica foram estabelecidas desde o início do Programa².

Em várias falas, as entrevistadas destacam que as regras foram bem apresentadas, em relação a algumas das atividades desenvolvidas: “São pessoas diferentes que trabalham nesses espaços, e no primeiro momento eles apresentam regras. Principalmente quanto à organização da atividade” (E7).

No entanto, essa opinião não é unânime, uma vez que algumas entrevistadas colocam que no início do programa as regras não foram claramente apresentadas: “Não posso dizer que foram todos que apresentaram regras claras” (E1). Nesse sentido, algumas participantes foram bem enfáticas, destacando que as regras não foram apresentadas: “Em alguns seminários, não tínhamos o conhecimento da programação. Não. Não foi apresentado claramente” (E8).

Ao se referirem sobre cronogramas e horários, algumas entrevistadas afirmaram: “(...) explicaram tudo como seria: calendário e dia” (E3).

A participante E4 observa inclusive que houve uma decisão em conjunto, quanto aos atrasos, ando em acordo: “(...) muitos chegam atrasados na aula (...) aí foi aberto para o grupo discutir se iriam começar mais tarde e terminar mais tarde, e acabaram por decidir começar com

2 As entrevistas foram realizadas no mês de novembro de 2010, quando já haviam decorrido oito meses do início da Residência. É provável que se a mesma entrevista tivesse sido realizada em meados de março do corrente ano, quando havia transcorrido apenas um mês do início da RIS/GHC, teríamos respostas diferentes relativas a este quesito.

tempo de tolerância”.

No tocante aos temas desenvolvidos nas atividades teóricas, as entrevistadas também referem que estes foram antecipadamente apresentados: “Os temas foram bem esclarecidos (...)” (E3).

Em relação à frequência, apesar de terem sido dadas orientações, algumas falas das entrevistadas indicam a possibilidade de falta de esclarecimentos completos sobre a questão: “Quanto à frequência (...) dentro da ênfase foi bem esclarecido. (...) nos seminários integrados nos falaram que tínhamos que ter 75%. Ficamos em dúvida se teria que ser por módulo ou na unidade inteira (...)” (E3), embora tenha sido mencionado esclarecimento sobre o ponto: “Foi falado sobre frequência, data do término (...)” (E4).

Uma residente destaca que, apesar de alguns seminários terem apresentado as regras no primeiro dia, especificando cronograma, temas e combinações, talvez, por ser o primeiro dia, os residentes “(...) não estão muito para discutir essas regras, as quais já estavam estabelecidas” (E10). No entanto, assinala a possibilidade de revisar ou estabelecer acordos sobre as regras inicialmente estabelecidas: “Já no currículo integrado, vieram algumas regras das quais podíamos mexer” (E10).

Parece existir um consenso quanto ao fato de que a diversidade de facilitadores dificulta a clareza das regras. Isto se demonstra em algumas colocações: “Às vezes uns apresentam de uma forma e outros de outras (...)” (E2).

Um outro aspecto que emerge em algumas falas diz respeito à falta de esclarecimentos, que parece ser um fator que dificulta a percepção das regras: “Faltou esclarecimento total na organização de todos os facilitadores (...) até eles mesmos [facilitadores] dizem que acham que faltou esclarecimento sobre isso (...)” (E2).

2ª Dimensão: Participação na elaboração das regras da RIS/GHC

Nesta dimensão, apresentamos as respostas das entrevistadas quanto à segunda questão proposta na entrevista, que buscou conhecer os aspectos relacionados à participação dos residentes na elaboração das regras da RIS/GHC. Para essa dimensão, as categorias são interesse do

facilitador e/ou ênfase da RIS/GHC, interesse dos residentes, possibilidade de participação e construção do regimento.

Em relação à elaboração das regras, a maior parte das entrevistadas aponta a possibilidade de participação: “Estamos participando desses espaços (...). Então nos núcleos se consegue aproveitar os espaços para discutir” (E7).

No entanto, algumas falas indicam que a possibilidade de participar ou não na elaboração das regras depende da postura de cada facilitador, em cada ênfase e/ou núcleo: “Mas alguns facilitadores permitem e outros não permitem a participação” (E2). E ainda: “Quando surgem questões para modificar, tentam ver o que fica melhor para todos (...)” (E4).

Quanto ao interesse dos residentes em participar da construção das regras nos espaços de formação teórica, as falas apontam, de forma geral, um comprometimento dos mesmos: “A construção das aulas foram feitas com os residentes (...) e poder flexibilizar, deixa todos bem satisfeitos” (E6).

Porém, algumas falas evidenciam o contrário: “Acho que para não ter trabalho, para não ter que correr atrás de pessoal para dar os seminários, e por ser mais cômodo” (E9).

Em relação à construção do Regimento³, algumas entrevistadas consideraram importante a discussão do tema, onde tiveram espaço de expressão: “(...) foi lido e discutido. Considero isso regra didática” (E5).

Existe consenso por parte de algumas participantes, no sentido de serem atendidas algumas de suas reivindicações e demandas específicas: “Foram as reivindicações dos residentes para que os seminários tivessem outra cara. Isso mudou bastante ao longo do semestre (...) paramos e vimos o que não estava bem, e se reconfigurou tudo novamente” (E8).

No entanto, uma entrevistada informa que as opiniões sobre o atendimento das reivindicações podem divergir de pessoa para pessoa: “Percebo que se for perguntar para outro residente, ele vai ter uma concepção diferente” (E1).

Algumas entrevistadas indicam que não são convidadas a participar, ou que poderiam participar mais da elaboração das regras: “Não tinha-

3 À época da realização das entrevistas, o Regimento da RIS/GHC estava em fase de reformulação, devendo ser discutido com todo o grupo.

mos espaço algum para aquilo que nos interessava” (E8).

As entrevistadas, em sua maioria, ressaltam que no início não participavam, mas que depois foram se abrindo espaços para sua participação. Destacam ainda que: “(...) não éramos ouvidos e o que solicitávamos não era incluído no plano de curso. Tínhamos uma participação. Porém, não tínhamos direito a voz” (E9).

3ª Dimensão: Relevância da participação na elaboração do Contrato Didático

Nesta última dimensão, abordamos temas relacionados à última questão presente nas entrevistas, que teve como objetivo identificar qual a relevância da participação dos residentes na discussão e elaboração do Contrato Didático. Por fim, as categorias dessa dimensão foram: demandas dos residentes, melhoria do processo de ensino e aprendizagem e obstáculos para a participação.

As entrevistadas ressaltam a relevância do Contrato Didático: “É a quebra na unidirecionalidade, da responsabilidade da educação, que não fica só com o professor” (E7).

A melhoria do processo de ensino e aprendizagem pode decorrer de uma série de combinações e discussões que venham a ser oportunizadas pelos facilitadores, como se evidencia a seguir: “Acho que o Contrato facilita (...) porque explicita as coisas (...) não ditas” (E7).

Apesar de todas as entrevistadas referirem a relevância do Contrato Didático, algumas entendem que a participação dos residentes poderá estar limitada em função de condicionantes: “Sinto que os residentes querem impor as coisas, e o facilitador vem tentar amenizar, e aí o residente já está meio ouriçado e rebate de outra forma” (E1).

Algumas falas demonstram o quanto as entrevistadas ficaram tocadas em relação ao Contrato Didático. Quem conhecia o mesmo reforça sua importância: “(...) ele te coloca numa situação de responsabilidade. Isso pode facilitar a construção desse espaço teórico” (E8). A E2 entendeu que “(...) a contribuição dos residentes é imprescindível, essa evolução tem sido gradativa”.

O reconhecimento do espaço que é dado ao residente, no Contrato

Didático, figura na fala de uma residente: “É a legitimidade do processo educativo e o compromisso de quem está buscando algo (...) mas, é a legitimidade que o Contrato pode oferecer” (E7).

Há também um reconhecimento de que este tipo de espaço de interação entre os professores e alunos não é oportunizado em todas as instituições. E que isto deve ser aproveitado, uma vez que a RIS/GHC parece estar disposta a discutir o tema: “Eu me formei recentemente e nunca tive essa oportunidade tão democrática de estar participando desse processo de formação. É muito bom” (E8).

Até mesmo quem não conhecia o que era o Contrato Didático salienta sua importância: “(...) quando fiquei sabendo o que era, percebi que eu já sabia o que era, só não sabia o nome” (E8).

Por meio de dados coletados na fala de uma entrevistada (E7), percebe-se que o Contrato Didático é sentido, ao longo do processo, como um facilitador que permeia as relações: “O Contrato Didático é uma estratégia utilizada na educação básica. Mas se for pensar em educação de adultos, devemos pensar em comprometimento de quem quer construir um processo pedagógico baseado na autonomia, no desenvolvimento de habilidades várias, não só as técnicas da profissão. Ele te coloca numa situação de responsabilidade. Isso pode facilitar a construção desse espaço teórico” (E7).

Essa participante (E7) encerra sua participação na entrevista com a seguinte fala: “(...) se sabe o quanto o exercício dessa autonomia e a construção de autonomia do residente são importantes. É a legitimidade do processo educativo e o compromisso de quem está buscando algo para constituir o profissional ser humano. Mas é a legitimidade que o Contrato pode oferecer”.

Discussão

Apesar do seu caráter exploratório, os resultados desta pesquisa refletem o conhecimento dos residentes da RIS/GHC em relação ao Contrato Didático, bem como a importância que eles atribuem à participação deles na discussão do Contrato.

Os residentes que participaram da primeira fase da pesquisa, em sua

maioria, 89,7%, informaram que não tinham ouvido falar no Contrato Didático, ou que não se recordavam de ter ouvido falar. Estas informações ratificam as ideias de Roncaglio (2004), quando afirma que a relação entre professor e aluno é construída no cotidiano, e que nesta relação nem sempre os acordos que integram o Contrato Didático são evidentes. Evidentemente, se a maior parte dos residentes desconhecia o tema, este dado pode ser confirmado quando eles também não souberam responder se a elaboração de um Contrato Didático é importante.

Tanto a primeira quanto a segunda etapa da pesquisa, evidenciou-se que os residentes conhecem em parte as regras. Entre conhecer as regras e conhecer algumas regras, os entrevistados somam 45, dentre os 49 participantes. Ao mesmo tempo, apenas uma parte (61, 2%) afirmou que as regras da RIS/GHC foram claramente apresentadas pelos facilitadores.

Gálvez (1996) enfatiza a necessidade de incluir-se um olhar de pesquisa sobre as situações que possam refletir êxito ou fracasso nesse processo, a fim de que se tenham informações que possam nortear as ações didáticas, inclusive quanto às regras. Pais (2001) reforça a importância da clareza do professor para um melhor resultado do processo de aprendizagem.

Em diversos momentos, pareceu que a ênfase das entrevistadas se centrava na falta de esclarecimentos, ou no fato das informações não serem completas, o que demonstra o entendimento de alguns autores que afirmam que as regras do Contrato Didático nem sempre são explícitas (Astolfi e Develay, 1995; Franchi, 1999; Jonnaert apud Vieira et al., 2005).

Os resultados do presente estudo sugerem a existência de diferenças de opiniões dos residentes quanto à sua participação no estabelecimento de regras. Praticamente metade do grupo de residentes afirmou que se sente participante (53,1%). Por outro lado, 36,7% dos residentes consideram que não participam, ou que não sabem se participam deste processo. Sobre esta questão, o estudo de Pais (2001) apontou que se o professor se considerar detentor do monopólio sobre o conhecimento, poderá escolher os conteúdos que serão repassados, não permitindo que o aluno tenha participação nessa escolha. Poderá, também, impor

os métodos de organização e apresentação do conteúdo.

Neste ponto evidencia-se que para as entrevistadas a participação na elaboração das regras poderia estar relacionada ao interesse dos facilitadores e dos residentes da RIS/GHC, às possibilidades de participação apresentadas e à construção do Regimento. Estas evidências são importantes, pois permitem analisar os resultados da pesquisa não apenas a partir de um único fator.

Na opinião de algumas entrevistadas, nem sempre os facilitadores demonstram interesse em oportunizar aos residentes a participação no conjunto de regras que são estabelecidas. Porém, percebem que, em certos momentos, alguns facilitadores estimulam esta participação, mas a mesma não acontece por falta de interesse dos residentes. Neste contexto, verifica-se uma dificuldade em estabelecer exatamente onde há um problema e como ele poderia ser solucionado. Percebe-se que um grupo de residentes espera que os facilitadores ofereçam mais espaços de participação, ao mesmo tempo em que compreendem que o espaço é oferecido, mas nem todos demonstram interesse em participar. Chevallard e Feldman (1986), nesse sentido, chamam a atenção para a importância da negociação de um Contrato Didático, já que esta ocorre num clima onde os interesses do professor e do aluno estão em oposição.

Em algumas entrevistas, foi também referido pelas participantes que mesmo que haja participação dos residentes no estabelecimento de regras, esta deveria ser maior. Ou seja, o espaço dado pelos facilitadores deveria ser maior, pois percebem que as reivindicações que são feitas, ou as ideias apresentadas, muitas vezes não são levadas em consideração. O espaço oportunizado pelos facilitadores aos residentes deve passar pela definição de papéis de cada um, o que para Peyron-Bonjan (2002) é uma função do Contrato Didático, que define ações que são esperadas por parte do professor e por parte do aluno, mostrando o lugar que cada uma das partes deverá ocupar no cenário didático.

Na opinião das entrevistadas, a elaboração do Regimento da RIS/GHC propiciou espaços de maior participação aos residentes. A leitura e a discussão do Regimento fizeram com que muitos residentes se sentissem participantes no processo de elaboração de regras. Perceberam que este espaço levava em consideração os desejos do grupo, tirando-

-os da posição de meros expectadores. As atitudes apontadas em algumas entrevistas não são diferentes daquelas previstas do Projeto da RIS/GHC, onde se espera do profissional a busca constante de reflexão sobre sua atuação. Além disso, o profissional deve buscar continuamente o diálogo, a comunicação interpessoal e o exercício da negociação nas relações (Brasil, 2009).

Nos seus discursos, as entrevistadas também expressam que se sentiram atendidas em algumas reivindicações, pois conseguiram modificar a forma como alguns seminários eram realizados, a partir da reavaliação e da reconfiguração dos mesmos. Também, algumas aulas foram estruturadas em conjunto com os residentes, evidenciando uma situação didática em que se torna possível perceber as interações entre professor-saber-aluno (Almouloud, 2007).

A confiança e a possibilidade de maior participação que alguns facilitadores oferecem aos residentes são referidas como fatores positivos para a participação no estabelecimento das regras. Estes fatores têm sido apontados como fundamentais para o sucesso da relação didática. O professor que confia nas potencialidades do aluno pode exercer uma influência positiva para o grupo (Piletti, 1989), sem contar que o Contrato Didático será mais bem adequado se for construído de forma coletiva (Ricardo et al., 2003).

Uma entrevistada relatou a importância para o grupo de residentes de poder participar da discussão sobre os atrasos que vinham ocorrendo em alguns espaços de formação teórica. A necessidade de manter as regras bem definidas é defendida por Sandi (2004), justificando que a clareza e o discernimento sobre as regras permitem tornar mais fácil distinguir entre a submissão às regras e estar de acordo com as mesmas.

Em relação aos critérios de avaliação da RIS/GHC, 22 residentes responderam que os critérios foram apresentados de forma transparente. De acordo com o Plano Político Pedagógico da RIS/GHC (Brasil, 2009), os critérios de avaliação buscam apresentar aspectos qualitativos do desenvolvimento dos residentes, por meio de pareceres descritivos.

Fajardo et al. (2010) esclarecem que os residentes precisam realizar uma investigação, até o final do período de formação, e esta deverá levar em conta os eixos transversais da RIS/GHC, bem como estar adequada

às linhas de pesquisa definidas pelo GHC. No entanto, contradizendo as respostas anteriormente dadas, os residentes, quase que na totalidade (87.8%), afirmaram saber que as atividades de formação teórica da RIS/GHC previam trabalhos teóricos, trabalhos práticos e pesquisa de campo.

Um resultado interessante verificado no presente estudo foi o de que 93,9% dos participantes consideraram relevante a participação deles na discussão das regras de funcionamento da RIS/GHC. Na 2ª etapa das entrevistas, as falas de todas as entrevistadas apontaram que a participação dos residentes é importante, e que possibilita o atendimento às demandas dos residentes, bem como a melhoria do processo de ensino e aprendizagem.

Uma das entrevistadas, referindo-se à importância de partilhar responsabilidades no processo de ensino e aprendizagem, segue na mesma direção de Pais (2001), quando explica que o Contrato Didático faz referência a obrigações imediatas e recíprocas, de quem ensina e de quem aprende. Neste sentido, outra participante aponta que as combinações e discussões, que fazem parte da construção do Contrato Didático, proporcionam uma melhoria nas aulas. O êxito ou o fracasso no processo de ensino e aprendizagem podem estar relacionados com a postura adotada entre o professor e os alunos. Uma relação de afeto entre os envolvidos, por este motivo, é importante para a aprendizagem (Abreu e Masseto, 1987).

Em algumas falas das entrevistadas, percebe-se a importância dos espaços de discussão e diálogo sobre as regras e o quanto é relevante um engajamento positivo no espaço didático-pedagógico. Porém, alguns fatores podem intervir no processo como, por exemplo, a falta de tempo ou de interesse, evidenciando aquilo que Morales (1999) refere sobre o espaço didático ser um espaço de interação humana, antes de ser pedagógico.

Chevallard e Feldman (1986) afirmam que um clima de interesses pode emergir na relação didática, como notamos na fala de algumas participantes da pesquisa, que deixaram visíveis algumas tentativas, por parte dos residentes, de diminuir o nível de exigências do processo pedagógico, principalmente em relação às regras e ao cronograma de ati-

vidades.

Para Baldino (1998), o que firma o Contrato Didático não é o que está claro, mas sim o que não é dito. Essa percepção é relatada nas entrevistas, quando algumas participantes apontam que as quebras no acordo parecem ser importantes para se pensar mudanças no processo de ensino, podendo trazer melhorias ao cenário didático.

Conclusão

Ao concluir este estudo, inúmeras podem ser as considerações a fazer, tanto no tocante ao que foi escrito nos questionários, como nos relatos ouvidos através das entrevistas semi-estruturadas realizadas.

Na medida em que avançamos na pesquisa, surgem novos questionamentos e, a cada nova pergunta, a sensação de que ainda se tem muito a realizar, o que nos impossibilita de chegar ao desejado “fim”. Aliás, pode-se perceber que é impossível chegar ao fim quando se trata de pesquisar temas que permeiam as relações entre seres humanos num espaço de formação profissional. Humano é o ser que ensina. Humano é o ser que aprende. Humana é a relação que os envolve ao ponto de se fundirem os atores. E quem ensina poderá ser o que aprende e, aquele que aprende, poderá vir a ser o mestre.

Todavia, é preciso haver um espaço de respostas às questões feitas no estudo. Em sua maioria, os participantes não tinham conhecimento ou não se recordavam de ter ouvido falar em Contrato Didático, e conheciam em parte as regras estabelecidas para a RIS/GHC. Para alguns, essas foram expostas sem apresentar dúvidas, para o restante, no entanto, nem sempre essas eram explícitas. Os dados sugerem que os acordos, nem sempre explícitos, podem gerar lacunas que remetem à impossibilidade de criar espaços de diálogo aberto e preciso.

De acordo com as entrevistadas, é importante participar ativamente na construção da relação didática, e uma parte significativa do grupo dos residentes relatou que se sente participante neste processo. Contudo, é interessante notar que a participação muitas vezes está ligada a um jogo de interesses, ou dos facilitadores, ou dos residentes. Segundo as participantes, o fato dos facilitadores demonstrarem interesse em opor-

tunizar aos residentes uma participação efetiva na construção do Contrato Didático, é um indicador de que essa negociação pode resultar em sucesso na relação de ensino e aprendizagem. Porém, é necessário que o residente, como parte essencial no triângulo didático, possua também o interesse em participar, formando assim o tripé *residente-facilitador-saber*.

Assim, este estudo reforçou a necessidade de se unir interesses afins, no sentido de neutralizar os conflitos naturais da negociação, em prol de um bem maior: a conquista de um cenário propício ao saber, que permita desenvolver competências de resolução de problemas e tomadas de decisão, coerentes com o ambiente de formação em saúde.

O presente estudo enfoca, também, a percepção que os participantes têm de sua atuação na construção do Contrato Didático. Essa percepção, quando positiva, possibilita conduzir a intervenções embasadas no desejo real de construir um espaço de formação adequado, nos moldes do PPP da RIS/GHC (Brasil, 2009).

O reconhecimento e a compreensão dos fatores que implicam na aquisição do saber, por parte de quem o detém, e por parte de quem deseja se apropriar dele, poderão contribuir para a construção de espaços qualificados para os profissionais engajados em grupos de formação profissional integrada em saúde. Neste sentido, os dados obtidos indicam pontos de partida e sugerem que a estrada por onde se deve transitar é a do diálogo e da definição coerente de papéis. Não como monopolizadores de verdades, mas como agentes de um processo que busca, antes de tudo, uma atenção à integralidade do ser.

Desta forma, com base nos resultados, torna-se evidente a necessidade de se buscar uma negociação didático-pedagógica centrada nas demandas da população envolvida (ou seja, os residentes) e adaptada às suas especificidades. Isto talvez implique em uma abertura maior ao coletivo, permitindo o seu envolvimento no que diz respeito ao processo da RIS/GHC.

Pode-se afirmar que muitos questionamentos continuam em aberto, mas a partida está dada. A chegada talvez esteja distante, pois uma relação de aprendizagem pode ser muito longa, e não se fixar em um ponto único. Mas entre a partida e a chegada existe uma trajetória, uma

caminhada. Este caminho pode ser o próprio Contrato Didático, que ora parece de forma explícita em suas regras, ora se esconde.

O desejo e a busca é o fator primordial para o caminho da aprendizagem. O saber não se faz sozinho, ele emerge de um contexto onde os atores anseiam por possuí-lo, e é isto que faz sentido na relação de ensino e aprendizagem. Na relação facilitador-residente, não poderia ser diferente. É uma relação que embasa a Educação em Saúde, e que tenta se construir contemplando aspectos de formação integral, para um e para outro agente.

Com certeza, este estudo não disse tudo, não mostrou tudo o que poderia ter mostrado. Pode ser o início de uma trajetória, e pode servir de fonte para a construção de etapas mais frutíferas na caminhada de todos os atores envolvidos no processo e na busca constante pela qualificação de sua formação.

REFERÊNCIAS

ABREU, Maria Célia; MASETTO, Marcos Tarciso. **O professor universitário em aula**. São Paulo: ME Editores Associados, 1987.

ALMOULOUD, Saddo Ag. **Fundamentos da didática da matemática**. Curitiba: UFPR, 2007.

AMBROSETTI, Neusa Banhara. **Construindo o significado da relação ensinar-aprender**. In: GARCIA, Alexandra; CALDAS, Alessandra; GRAZINOLI, Daniele (Orgs). *Sociedade, democracia e educação: qual universidade?* Caxambu: 27^a. ANPED, GT-04 Didática, 2004.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos. **Ensinar, aprender, aprender e processos de ensinagem**. In: ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate (Orgs). *Processos de ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. Joinville: UNIVILLE; 2009.

ARRUDA, Joseane Pinto de; SOARES, Maricélia; MORETTI, Méricles Thadeu. **(Re)Afirmado, (Re)Negociando e (Re)Criando relações no**

ambiente escolar: a influência do contrato didático no ensino de matemática. Revista do Programa de Educação Corporativa (PEC), v.3, n.1, p.19-30; Curitiba, 2002.

ASTOSLFI, Jean-Pierre; DEVELAY, Michel. **A didática das ciências.** São Paulo: Papirus, 1995.

BALDINO, Roberto Ribeiro. **Assimilação solidária: escola, mais-valia e consciência cínica.** In: Educação em Foco: Juiz de Fora, 1998. n. 1, v. 3, p. 39-65.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 2004.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

_____. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem;** cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2005.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 698, de 19 julho de 2007. **Dispõe sobre a nomeação dos membros titulares e suplentes da CNRMS.** Diário Oficial da União. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residência Integrada em Saúde – Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC – Ano 2009.** Disponível em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsr/s/risprojeto.pdf>, acesso em 02 Set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residência Integrada em Saúde: Regimento Interno.** [mensagem pessoal]. Men-

sagem recebida por henrique@ghc.com.br em 17 Nov. 2010.

_____. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência Integrada em Saúde** e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2007.

_____. Portaria Interministerial nº 593, de 15 de maio de 2008. **Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS**. Diário Oficial da União, Brasília, 2008.

BROUSSEAU, Guy. **Fondements et méthodes de La didactique des mathématiques**. Recherches em Diactique des Mathématiques, v.7, n.2; 1986.

_____. **Fondements et méthodes de la Didactique des Mathématiques**. In: BRUN, J. et al. (Orgs.) Didactique des Mathématiques. Paris: Delachaux et Niestlé S.A, 1996.

CHAVES, Maria Isaura de Albuquerque. **Modelagem matemática e contrato didático: impressões de uma experiência**. In: IV Conferência Nacional sobre Modelagem e Educação Matemática. Feira de Santana: 2005.

CHEVALLARD, Yves.; FELDMANN, Serge. **Pour une analyse didactique de l'évaluation**. Marseille: IREM d'Aix-Marseille; 1986.

CHEVALLARD, Yves. **Aspects d'un travail de theorization de la didactique des mathématiques**. Marseille: IREM d'Aix-Marseille; 1989.

DEWEY, John. **Vida e educação**. In: Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

DIERCKS, Margarita Silva; PEKELMAN; Renata; MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de; SILVEIRA, Lúcia Rublescki; TORRES, Aline Arrussul; WILHELMS, Daniela Montano; MANO, Maria Amélia. **O Currículo Integrado como estratégia de formação teórica em Atenção Primária à Saúde para residentes de Programas de Saúde da Família**

e Comunidade. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Orgs.). *Residências em Saúde – fazeres e saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010.

FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS.** In: _____ (Orgs.). *Residências em Saúde – fazeres e saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010.

FRANCHI, Anna. **Resolução de problemas aritméticos verbais escolares: contrato didático e relação ao saber.** 22º. RA, GT Educação Matemática, 1999.

GÁLVEZ, Grecia. **A didática da matemática.** In: PARRA, Cecília, SAIZ, Irma (Orgs.). *Didática da matemática: reflexões psicológicas.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p.26-35.

JONNAERT, Phelippe. **Dévolution versu contre-dévolution! Un tandem incontournable pour le contrat didactique.** In: RAISKY, Claude; CALLIOT, Michel (Orgs.). *Au-delà des didactiques, le didactique. Débats autour de concepts fédérateurs.* Bruxelles: De Boeck Université, 1996.

JOSHUA, Samuel; DUPIN, Jean Jacques. **Introduction à la Didatique des Sciences et des Mathématiques.** Paris: PUF, 1993.

LOURO, Donizetti Fermino. **Erros e Obstáculos Epistemológicos na Aprendizagem. Reflexões Sobre o Futuro da Aprendizagem.** São Paulo: IMA, 2007.

MACHADO, Claudia Rejane. **Teorias de pesquisa em educação matemática: a influência dos franceses.** Trabalho desenvolvido na disciplina Pesquisa em Educação Matemática do curso de Licenciatura em Matemática da UFRGS, 2007. Disponível em http://mat.ufrgs.br/~vclo-tilde/disciplinas/pesquisa/CLAUDIA_FRANCESES.DOC.pdf, acesso em 02 Out. 2010.

MALLMANN, Elena Maria; CATAPAN, Araci Hack, BASTOS, Fábio da P. de. **Desafios da mediação pedagógica em cursos de formação de professores presenciais e à distância.** Revista do Centro de Educação, v.31, n. 2; 2006.

MANFROI, Waldomiro Carlos; MACHADO, Carmen Lucia Bezerra. **Plano de trabalho da disciplina Prática Educativa em Medicina – 2008/2. Programa de Pós-Graduação em Medicina – FAMED/UFRGS.** Disponível em http://www.ufrgs.br/tramse/med/2008_08_01_med.html, acesso em 26 Dez. 2008.

MARTINS, Anisia Reginatti; ROSA, Karen Romero Kanaan Kracik; BASSO, Kárin Ferro; OROFINO, Maria Marta Borba; ROCHA, Cristianne Maria Famer. **Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está pronto.** In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Orgs.). *Residências em Saúde – fazeres e saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010.

MORALES, Pedro. **Relação professor-aluno: o que é, como se faz.** São Paulo: Loyola; 1999.

OLIVEIRA, Izabella Fátima; CÂMARA DOS SANTOS, Marcelo. **O ensino fundamental e a resolução de problemas de proporção simples: uma análise das estratégias.** In: XXIII Reunião Anual da ANPED. Caxambu: XXIII Reunião Anual da ANPED [Anais]; 2000.

PAIS, Luiz Carlos. **Didática da matemática: uma análise da influência francesa.** Belo Horizonte: Autêntica; 2001.

PEYRON-BONJAN, Christine. **A cultura geral: baluarte indissociável da educação e da formação.** In: Seminário Internacional Educação e Cultura. São Paulo: SESC, 2002. Disponível em <http://sescsp.net/sesc/conferencias/subindex.cfm?referencia=2947¶mend=4>, acesso em 23 Set. 2010.

PILETTI, Claudino. **Didática geral.** São Paulo: Editora Ática, 1989.

PINTO, Neuza Bertoni. **Contrato didático ou contrato pedagógico?** Revista Diálogo Educacional, v. 4, n. 10, p. 93-106; 2003.

RICARDO, Elio Carlos; SLONGO, Ione; PIETROCOLA, Maurício. **A perturbação do contrato didático e o gerenciamento dos paradoxos.** Revista Investigação em Ensino de Ciências, v. 8, n. 2, 153-163; 2003a.

_____. **Implementação dos PCN em sala de aula: dificuldades e possibilidades.** Física na Escola, v.4, n.1, 8-11; 2003b.

RONCAGLIO, Sonia Maria. **A relação professor-aluno na educação superior: a influência da gestão educacional.** Psicologia Ciência e Profissão, v.24, n.2, p.100-111; 2004.

SANDI, Acedriana. **Contrato pedagógico: um pacto entre professor e aluno.** ver. Atividades e Experiências, v.5, n.1; 2004.

UNINILTON LINS – Centro Universitário Nilton Lins. **A Vida na Universidade. Informativo Pedagógico**, v. 1, n.6-8; 2008. Disponível em www.niltonlins.br/graduacao/informativosPedagogico/informativo06.doc, acesso em 04 Out. 2008.

VIEIRA, Kátia Regina Cunha Flor; NAPPI, Janice Westphal Roman; HANSEN, Michele Facin. **O contrato didático no ensino de ciências nas séries iniciais: análise de seus elementos e regras.** In: IV Encontro Ibero-Americano de Coletivos Escolares e Redes de Professores que Fazem Investigação na sua Escola [ANAIS]. Lajeado: UNIVATES, 2005.

Contribuição do Discurso Psicanalítico para a Formação Médica: um Estudo de Caso na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

*Sandra Gehling Bertoldi
Waldomiro Carlos Manfroi
Maria Nestrovsky Folberg*

Este trabalho situa-se na intersecção entre a Psicanálise e a Educação Médica e estuda a contribuição do método psicanalítico na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, onde o Projeto Abuchaim / Zimmermann (Abuchaim 1980) instituiu a Psicologia Médica alicerçada na Psicanálise (Freud, Psicanálise 1926) e vem participando da formação continuada de cerca de quatro mil médicos desde sua implantação.

A Medicina foi apontada pelo professor Amilcar Gigante (Gigante 1983) como ciência de incertezas no saber, poder e ter, e como tal soma é grande demais para ser suportada pelos seres humanos sugeriu colocá-la como numerador de uma fração, cujo denominador seja a certeza de ser. Para o autor, é preciso estar ancorado na consciência destas incertezas, no amor e na ética. (Gigante 1983)

Kehl (kehl, Sobre ética e psicanálise 2002) salienta uma crise ética contemporânea, ligada à dificuldade atual de reconhecimento da lei e à desmoralização dos códigos. A condição humana de seres da cultura funda-se pela lei universal de interdição ao incesto, mítica, com uma renúncia ao excesso de gozo, e impõe-se, sem estar escrita em lugar algum, delimitando os agrupamentos sociais humanos. A origem e a

transmissão desta lei se dão pela linguagem, pela inscrição no inconsciente de formações da cultura. A condição humana sustenta uma dívida simbólica com os antepassados e com a coletividade a que pertencemos, seja ela representada pela cultura, pelo país ou pela classe social.

Levantam-se questões: Como se constitui o médico no mundo contemporâneo? Como fica o sujeito que faz Medicina diante das demandas atuais do corpo social, da excelência exigida pela Ciência Médica e no enfrentamento do mercado e das pressões exercidas pela indústria?

Freud implantou propósitos para uma educação médica preocupada com o atendimento das subjetividades humanas, tanto no paciente como no médico, quando ensinou a importância de conhecer e manejar a transferência para atender pacientes (Freud, *Psicanálise* 1926).

Como manter vivo o sujeito, tanto no paciente como no médico? Estudantes de Medicina correm riscos. A evolução da Ciência Médica responde a demandas crescentes, acarretando altos custos para quem se encontra na linha de frente. Jovens chegam às faculdades de Medicina com extensa bagagem, pressionados por ideais sociais, enlaçados a suas singularidades, mas com um importante caminho a ser trilhado junto a seus professores. Os médicos são convocados para atender sofrimento e morte e, nesse sentido, há uma busca contínua pela excelência promovendo avanços constantes, ainda que envolva riscos. Qual é então o lugar reservado ao médico na sociedade atual? Como ser médico?

2. Psicanálise e Educação Médica

Freud (Freud, *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades* 1919 [1918]) discutiu o valor da Psicanálise para a formação de médicos e cientistas, destacando que as faculdades dirigiam o estudante para áreas específicas e falhavam no esclarecimento do significado dos sintomas mentais e no tratamento das doenças. Os cursos de Psicologia Médica surgiram como tentativas de resposta a deficiências no currículo universitário. Em suas considerações o autor ponderou que o estudante de Medicina jamais aprenderia a Psicanálise propriamente dita, mas salientou que, para os objetivos pretendidos, seria suficiente que o aluno aprendesse algo a *partir* da Psicanálise.

A Psicanálise foi colocada, por Freud (Freud, *Análise terminável e interminável*. (1937) 1980, 282) junto da Educação e do ofício de governar como profissões ‘impossíveis’: “[...] quanto às quais de antemão se pode estar seguro de chegar a resultados insatisfatórios”.

Quase meio século mais tarde, Lacan (Lacan, *Meu Ensino* 2006) considerava que o psicanalista está envolvido em sua função, mesmo que não se mexa e se cale a maior parte do tempo. Segundo ele, isto ocorre na medida em que o psicanalista é capaz de ser função do desejo do Outro. “Só que é preciso saber o que se faz. Menos aí, aliás, que em todos os outros lugares, não se pode ignorar que o verdadeiro móbil de uma estrutura científica é sua lógica, não sua face empírica”. (Lacan, *Meu Ensino* 2006, 58)

Assumindo o inconsciente freudiano, não apenas como o que escapa à consciência, mas como o lugar onde se faz reconhecer o desejo ignorado pelo locutor, mostra-se sua relação com a verdade. O inconsciente fala de acordo com sua própria gramática e lógica. Para Lacan, é disto que Freud fala quando diz: “*Wo Es War, soll Ich werden*” (“Onde isso estava, eu devo advir”), ou seja, “Eu deveria ousar me aproximar do lugar de minha verdade”. Zizek lembra-nos: “[...] o que espera ali, não é uma Verdade profunda com a qual devo me identificar, mas uma verdade insuportável com a qual devo aprender a viver”. (Zizek 2010, 9) Assim, nesse sentido, o sujeito só deseja na medida em que experimenta o Outro como desejante. É como Outro que ele deseja, confrontando-se com o enigma, com a impossibilidade de decifração final.

Freud (Freud, *Uma introdução sobre o narcisismo* (1914) 1980) introduziu os referenciais ego ideal (Ideallich), ideal do ego (Ich-Ideal) e superego (Uber-Ich), para os quais Lacan marcou a distinção, através de seu princípio estruturante imaginário-simbólico-real. A autoimagem idealizada, a maneira como eu gostaria de ser visto, é designado de ego ideal, é da ordem do imaginário, uma imagem especular do eu. Já o ideal do ego corresponde ao que tento impressionar com minha imagem do eu, o grande Outro ideal, para o qual invisto todos os esforços no sentido de dar o melhor de mim, identificando-me, é simbólico. O superego corresponderia a essa mesma instância; porém em seu aspecto sádico, punitivo; é real, insaciável, com exigências impossíveis.

O superego, constituído por interiorização das exigências e das interdições parentais, é definido como herdeiro do Complexo de Édipo. Ocorre identificação com a instância parental, ou seja, o superego da criança forma-se à imagem do superego dos pais, tornando-se o representante da tradição, de juízos de valor que subsistem por gerações. (Laplanche 2001)

Lacan (Miller 2009) coloca a ênfase na tecedura do aprendiz, enfatizando a aprendizagem com aqueles que nos ensinaram a língua, e que nos veicularam a um contexto cultural, às exigências do superego, ideais e contingências da vida.

Muniz e Chazan (Muniz, JR., Chazan, LF. 1992), Zaidhaft (Zaidhaft 1992), Nogueira-Martins (Nogueira-Martins 2003) e outros autores têm estudado o ensino da Psicologia Médica no sentido de ampliar as habilidades e competências médicas em comunicação e relação com os pacientes. Gauer et al. (Gauer 2006) descrevem dificuldades encontradas por profissionais de saúde para cuidarem de si e estratégias para proporcionar apoio.

Os grupos Balint (Balint 1988) foram criados pelo psicanalista húngaro de mesmo nome baseando-se no vínculo estabelecido entre profissional e paciente e são amplas suas aplicações para o aprendizado, a partir de casos-problemas. Eksterman (Eksterman 1986) escreve sobre a Medicina Psicossomática no Brasil, veiculando à Psicanálise a tradução do mundo simbólico como essência do existir humano. Para Balint, o melhor remédio para o paciente seria a própria pessoa do médico, apontando para a importância da prática médica e as implicações transferenciais daí decorrentes.

Souza (Souza 1998) associa pesquisa no campo da Psicanálise à experiência pedagógica na formação médica. A pesquisadora defrontou-se com incertezas, enigmas e limites do conhecimento médico, legitimando a pertinência da dúvida e do questionamento no espaço da prática médica e Cohen (Cohen 2004) investiga a problemática do fracasso escolar, na intersecção Psicanálise e Educação em um espaço interdisciplinar, e salienta o singular do fracasso em uma lógica contingente, incluindo o real, isto é, o impossível, o ineducável.

Os professores, por outro lado, não transmitem atitudes magicamen-

te aos estudantes: é preciso que haja intenção nessas atitudes, e que se instaurem cenários de ensino-aprendizagem como dispositivos adequados ao desenvolvimento de competências.

A extensão universitária configura-se em um papel importante na formação médica, não apenas por concretizar uma interação com a sociedade, mas por permitir a construção do conhecimento advindo do contato direto com ela. (Ponte CI 2009) Através de atividades de extensão, pode-se favorecer a conscientização crítica, criando condições para que a formação não fique restrita a aspectos técnicos, integrando-se à rede assistencial e ao papel socialmente demandado de humanização, sensibilização, percepção de necessidades sociais, trabalho em equipes multidisciplinares e desenvolvimento de competências.

Demandas sociais à humanização, nos grupos científicos encontraram respostas através da definição de parâmetros pela Política Nacional de Humanização - PNH (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva 2004), com a responsabilização e participação de todos os envolvidos no processo saúde-doença, reconhecendo diversidades e vulnerabilidades dos sujeitos envolvidos.

A CAPES (Brasil 2008), por sua vez, criou uma nova área de pesquisa, chamada Área Multidisciplinar, voltada à adoção de atitudes interdisciplinares e humanistas, colocadas como possibilidades enriquecedoras e ampliadoras da ciência. Essa área representa o reconhecimento do desafio imposto na formação de alunos, docentes e pesquisadores, diante das várias formas de produção de conhecimento, propostas no mundo contemporâneo, e do enfrentamento das novas perspectivas teórico-metodológicas de pesquisa. Neste aspecto, Deslandes e Mitre (Deslandes 2009) chamam atenção para o fato de que o conceito de humanização enfrenta certo processo de banalização dos desafios que anuncia e conseqüentemente, algum esvaziamento.

A contemporaneidade confronta-se com mudanças paradigmáticas nos conceitos da ciência, com avanços tecnológicos extremamente rápidos, ou ainda com a desesperança e os novos sintomas criando formas de enfrentar o vazio.

Lacan (Lacan, O saber do psicanalista. Seminário 1971-1972 1997) afirma a verdade como causa, destacando, em especial, o valor de ver-

dade do sintoma. Para tal, um saber é suposto ao analista, fundando os fenômenos da transferência. Como “sujeito suposto saber”, o psicanalista é colocado, pelo paciente envolvido no tratamento, como aquele que conhece suas respostas, seus segredos: ou seja, há o reconhecimento de outro sentido, inconsciente, para os seus atos.

Da mesma forma, o professor será colocado no lugar do saber, estabelecendo condições para a transferência professor-aluno, possibilitando uma relação que sustente o surgimento do desejo de aprender.

Folberg (Folberg 2009) sustenta que a educação pode apoiar-se e construir-se como uma projeção do que se pretenda ser o resgate do saber não sabido e, talvez, a possibilidade de sacudir o interior de cada um, ao provocar deslocamentos. Propõe a reverberação da palavra, no sentido de provocar deslocamentos, constituindo, quem sabe, um mito: a escrita brotando de uma fenda entre escritor e leitor, para que as palavras sejam lançadas como palavras dirigidas, intencionadas, endereçadas e depositadas propositalmente. Segundo ela, isso é feito, pretensamente, com propósito de fazer algum efeito, provocar deslocamentos no oco de cada um, por onde escorrem e circulam os significantes, criando a pluralidade de sentidos.

O mito confere uma fórmula discursiva a alguma coisa que não consegue ser transmitida em sua definição de verdade. O mito é palavra de verdade nos contos homéricos, e para conhecer o homem tem que se ir à verdade do mito, pois lá se manifestam as concepções humanas. (Schuller, Mito, uma espécie de sonho coletivo. In: 2009)

É na narrativa grega de uma trindade ferida que o mito médico se desenvolve. Asclépio é filho de Apolo, o deus da saúde, da música e da beleza, e de uma mortal, Corônis. Temendo que o deus a abandonasse na velhice, Corônis, embora grávida de Apolo, une-se a outro. O deus manda matá-la, mas retira o filho do ventre materno e o entrega ao centauro Quíron, para ser educado. Quíron, centauro imortal, tutor de heróis famosos, entendia a dor e o sofrimento dos enfermos, por ser portador de uma ferida incurável, e ensina Medicina a Asclépio, que, com seu formidável empenho, chega a ressuscitar defuntos. Provoca, assim, a fúria de Hades, o soberano do reino dos mortos, que se queixa a Zeus, pela insolência de Asclépio de ousar tornar-se senhor da vida e

da morte. Asclépio é fulminado por um raio. Apolo extravasa sua dor, matando os fabricantes dos raios que mataram seu filho e pedindo a Zeus sua imortalidade. (Tuoto 2010) (Felix 2011).

O discurso mítico "[...] levanta o véu sobre as possibilidades com as quais o inconsciente se estrutura: verdades não sabidas de um saber sabido" (Folberg 2009, 8).

3. Psicologia Médica na Leiga

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (FAMED/UFPEL) foi fundada como uma instituição particular e como não pertencia a nenhuma universidade - federal ou católica - e ganhou o apelido que é sua marca, e pelo qual alunos, professores, ex-alunos, pacientes e comunidade a reconhecem até hoje, Leiga. Vale lembrar que a palavra "Leiga" tem como definição aquele que é laico, não clérigo; ou ainda, o que é estranho ou alheio a um assunto; desconhecedor. O sentido conotativo de "Leiga", considerado como um atributo, puro e simples da prática da Ciência Médica, poderia sugerir uma indicação contrária aos ímpetus de um Médico? Pode-se questionar, então: como a instituição se manteve, por tantos anos, orgulhosa e repetidamente citada por seus "filhos", em sites, fotos, festas, cartazes, formaturas, reuniões acadêmicas e de conselhos diretivos, através do carinhoso apelido da faculdade: Leiga.

Levanto a hipótese que esta peculiaridade da faculdade situe-se entre suas especificidades, em uma estrutura de ensino com características especiais. Pode-se afirmar "Leiga", como um nome que ocupa um lugar simbólico, ligado aos princípios ético-humanistas que fundamentaram a fundação da faculdade.

Para Lacan, o inconsciente se estrutura como uma linguagem. O significante denominado por Lacan O "Nome-do-Pai" é a imposição simbólica de um Nome que articula uma linhagem, uma narrativa, uma história – trata-se do Nome que antecipa, ordena e perpetua a existência de alguém (Lacan, Escritos 1998).

Este estudo foi produzido pelo enfoque do inconsciente, estruturando narrativas em busca de sentidos, sem perder de vista que a Psicologia

Médica está inserida no compromisso curricular de uma escola médica, visando a atender às necessidades básicas de saúde (NBS) da população: “na graduação de conferir formação geral e competências básicas ao médico para inserir-se no mercado de trabalho tão logo receba o diploma”. (Lampert 2002)

Os Professores, Psicanalistas Darcy Abuchaim e David Zimmermann idealizaram um modelo de ensino baseado no acompanhamento longitudinal do aluno ao longo do curso médico, através de quatro disciplinas de Psicologia Médica e uma de Psiquiatria. Foi promovida a inserção precoce do aluno em atividades práticas, através de observações semanais de pessoas da comunidade - mulheres grávidas, crianças, adolescentes, velhos, pessoas enlutadas, pessoas morrendo. A metodologia de ensino escolhida foi a problematização (Berbel 1999) (Freire, Extensão ou comunicação? 1977), a partir das questões vivenciadas pelos alunos em suas práticas com pacientes, familiares e equipes de saúde às quais estejam integrados, nos diversos cenários por onde passam durante sua formação.

A idealização do programa teve como objetivo preparar médicos para o atendimento integral do paciente. “O aluno tem de adquirir experiência e habilidade de falar com pessoas, de ouvir histórias e de acelerar, através de vivências diversas, seu desenvolvimento emocional” (Abuchaim 1980). A proposta fundamentou-se “[...] em características eminentemente práticas ou vivenciais, de apreensão ou compreensão dos fenômenos psíquicos e sociais, com poucas ou mínimas concepções teóricas” com a intenção que o aluno: “adquirisse experiência e habilidade de falar com pessoas, ouvindo histórias e acelerando, através de vivências diversas, seu desenvolvimento emocional” (Abuchaim 1980, 13).

Ainda assim, muitas dificuldades costumam ser enfrentadas. Eizirik (Eizirik 1994) compara a tarefa de professores e alunos de Psicologia Médica com a de Sísifo, no que diz respeito à resistência e ao desafio, aspectos que se reiniciam a cada semestre. Ele diz: “Não queremos ensinar e eles não querem aprender” (Eizirik 1994, 134).

O desenvolvimento acentuado da psicofarmacologia, a expansão científica da Psiquiatria, as modificações no quadro de professores colocam-se como preocupações e ameaças à continuidade do Programa, na

medida em que trabalham com paradigmas que excluem a subjetividade e privilegiam a objetividade.

4. Extensão e Pesquisa em Relação Médico-Paciente

O momento em que o aluno de Medicina começa a se colocar diante do paciente, executando um ato onde pode ser percebido como médico, torna-se marcante na sua formação, capaz de estabelecer crises e marcar seu futuro profissional. Assumir esta posição, que é caracterizada pela transferência, apresenta-se a ele como uma tarefa carregada de dificuldades, riscos e desafios. Trata-se de um momento especialmente difícil do curso.

A partir de 1997 foi criado o “Projeto de Extensão em Relação Médico-Paciente” visando ampliar a possibilidade de comunicação e desenvolvimento de competências e habilidades dos alunos com os pacientes, neste período. Seguindo o desafio de incorporar a Subjetividade e os questionamentos da Psicanálise à prática de jovens graduandos em Medicina, este projeto desenvolve uma monitoria semanal com alunos que iniciam a prática semiológica. O aluno, como monitor, tem a oportunidade de desempenhar dois papéis: é aluno, é ensinante. Os fenômenos surgidos desta forma permitem diversas abordagens da transferência e do desejo de saber e estes papéis devem ser trabalhados nos grupos realizados semanalmente.

A monitoria, também chamada aprendizagem entre iguais ou tutoria entre iguais (Duran 2007), instaura-se como uma metodologia facilitadora, promovendo uma prática compartilhada ao jovem aluno, para que ele possa se posicionar, além de propiciar ao grupo a oportunidade de falar a respeito das angústias surgidas durante o atendimento. Os grupos pequenos facilitam a intimidade e ajudam a quebrar exigências idealizadas do grande saber exigido ao médico. A turma da Psicologia Médica correspondente é, então, dividida em pequenos grupos de três alunos, para que sejam acompanhados semanalmente por um ou dois monitores. Cada grupo reúne-se no mesmo dia e hora, escolhe um paciente, e um dos alunos faz a anamnese e o exame físico. Depois, em outra sala, conversa sobre o atendimento, sobre as dificuldades enfren-

tadas, ou sobre questões que julga importante a respeito do paciente, do atendimento, ou sobre os sentimentos vivenciados. É criado um espaço para a fala das situações vividas, dificuldades, conquistas e sentimentos vivenciados. O monitor escreve um relatório, a partir do qual é feito debate em reunião semanal com os coordenadores do projeto, utilizando o método psicanalítico como referencial. Os pacientes, ao agirem ou reagirem aos tropeços da doença ou da inexperiência de seus iniciantes terapeutas, também ensinam, possibilitando reflexões e angústias. A partir disso, criam-se possibilidades de novas escritas, em busca de sentidos e competências.

A cada semestre são enfrentados constantes desafios na execução da tarefa. Reconhecer e enfrentar as resistências, quando a demanda é outra, torna-se parte da construção invisível da Psicanálise, na medida em que o inconsciente permeia e constitui o Sujeito.

Não se cria a ilusão de que os problemas são/estão resolvidos. As resistências são comuns - “A Psico” é uma viagem! “Nós temos aula de Psico demais”. “Não entendo o porquê dessas aulas!”. Nesse sentido, é preciso manter claramente a posição do psicanalista, como não detentor do saber, suportar o desconforto de estar em “outra cena”, para não atender às demandas de colocar ordem, buscando referências na ética do desejo e mantendo constantes as indagações, tensões e inquietações. (S. B. Bertoldi 2007)

5. Psicanálise como Método de Pesquisa

Freud (Freud, Dois verbetes de enciclopédia (1923 [1922]) 1980), formulou um dos conceitos mais aceitos de Psicanálise, afirmando tratar-se de: 1) procedimento para investigação de processos mentais que, de outra forma, são praticamente inacessíveis. 2) De um método, baseado nessa investigação, para o tratamento de distúrbios neuróticos. 3) De uma série de concepções psicológicas adquiridas por esse meio e que se somam umas às outras, para formarem progressivamente uma nova disciplina científica.

Freud (Freud, Dois verbetes de enciclopédia (1923 [1922]) 1980) relaciona a essência de seu método à regra técnica fundamental da as-

sociação livre. Segundo ele, isso deve ser feito junto de uma atitude de atenção imparcialmente suspensa, de entregar-se à sua própria atividade mental inconsciente, ou seja, pautando a exploração do inconsciente com seu próprio inconsciente.

Lowenkron (Lowenkron 2004), após ampla discussão, conclui que toda linha de investigação cuja direção da pesquisa estiver fundamentada nos conceitos fundamentais da Psicanálise - o inconsciente dinâmico, a resistência e a transferência, tem o direito de chamar-se psicanalítica.

Freud definiu a transferência (Freud, *Psicanálise* 1926, 306) como uma peculiaridade das relações emocionais com o médico, que não se baseia na situação real, deriva-se de suas relações com os pais e pode ser tanto de caráter afetuoso como hostil.

Para Caon (Caon 1994), uma leitura dirigida pela escuta é a base para que o pesquisador identifique significantes nos dados trazidos por sua investigação, abrindo novos sentidos. A essência da pesquisa psicanalítica ocorre na abertura de sentidos para os dados com os quais o pesquisador está vinculado.

Para o autor, o pesquisador psicanalítico deverá passar por três momentos. O primeiro acontece quando realiza a pesquisa do Inconsciente, em sua própria análise, imerso no amor transferencial, ao viver a situação psicanalítica de tratamento. Autorizado a ocupar o lugar de analista, instala-se o segundo momento de pesquisa, baseado na atenção livremente flutuante e na associação livre. A recomendação de Freud (Freud, *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise* (1912) 1980, 150) de “[...] prestar igual reparo a tudo, constitui a contrapartida de que o paciente comunique tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção”.

A análise, através da transferência, permite uma identificação com o trabalho de investigação do analista, propiciando ao analisando o desenvolvimento de uma atitude investigativa. Esta deve ser a ética da Psicanálise, uma “[...] ética de investigação, segundo a qual a dúvida deve sempre poder abrir uma brecha na fortaleza das certezas imaginárias com as quais o narcisismo do eu se defende.” (kehl, *Sobre ética e psicanálise* 2002, 145)

A situação psicanalítica de pesquisa surge como o terceiro momento de investigação, devendo ser examinada à luz da situação psicanalítica

de tratamento, pois daí retira seu modelo. O que as distingue, fundamentalmente, será o destino dado à transferência em cada uma, buscando a dissolução na primeira ou sendo instrumentalizada, para a produção do texto, na pesquisa psicanalítica.

O pesquisador psicanalítico é o primeiro sujeito de sua pesquisa, na medida em que está implicado no processo transferencial. O campo de ação é o inconsciente, sendo que os objetivos e métodos utilizados serão as vias ou perspectivas de acesso. (Caon 1994)

Sauret (Sauret 2003) chama a atenção dos pesquisadores da área para que, se não se desconsiderar a Psicanálise, a estrutura do sujeito é, em todos os lugares, a mesma; por outro lado, o autor mantém em aberto os questionamentos sobre a validade dos conceitos da Psicanálise e sobre a própria pesquisa psicanalítica, transportados fora do dispositivo da análise, indicando contudo, pistas que permitem alguns passos seguros. Os fatos de observação são referidos à própria estrutura, ou seja, à relação do sujeito com o significante, de acordo com o esclarecimento fornecido pela teoria psicanalítica. Salienta-se assim a necessidade de haver encontro que mobilize a palavra, suscetível de avaliação com os elementos da estrutura. Distingue-se Psicanálise de Método Psicanalítico.

A partir de Lacan, tem-se que:

A psicanálise só se aplica, em sentido próprio, como tratamento, e, portanto, a um sujeito que fala e que ouve. Fora desse caso, só pode tratar-se de método psicanalítico, aquele que procede à decifração dos significantes, sem considerar nenhuma forma de existência pressuposta do significado. (Lacan, Escritos 1998, 758)

Para Sauret, o método *psicanalítico* “dá a palavra ao sujeito, leva em conta o efeito de falta introduzido pela linguagem e permite que essa falta, fundamentalmente inconsciente, seja mantida” (Sauret 2003, 98). Este autor concebe o método psicanalítico, baseando-se nos quatro conceitos fundamentais da Psicanálise, propostos por Lacan - inconsciente, transferência, repetição e pulsão – sendo passível de transposição fora da análise, apenas sem romper o laço com o discurso analítico. O real se manifesta como um enigma, como um limite do saber, e também como único, o estilo próprio.

6. Metodologia da Pesquisa

Toda a hipótese deve suportar ser interrogada seguindo os preceitos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Assim, foi desenvolvida uma pesquisa cujo caminho metodológico apontou para uma abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa através do Of. Nº 100/09, CAAE 12652413.5.0000.5317, inscrito na Plataforma Brasil sob número 002924/2013. O processo buscou compreender este espaço ocupado pelo método psicanalítico na formação de médicos na UFPEL, sua configuração como saber e seu papel no desejo dos alunos em aprender.

Adotou-se a modalidade de estudo de caso, por esta técnica de pesquisa admitir uma análise mais profunda e abrangente das situações estudadas e pela necessidade de se buscar uma ampla abordagem da realidade vivenciada, inserida em um contexto. (Ludke M 1986) (RK. 2005)

Para a coleta dos dados foram realizados grupos focais durante o segundo semestre letivo de 2009. Como amostra, foram selecionados os alunos do projeto de extensão Relação Médico-Paciente em Estudantes de Medicina, em três grupos, considerados representativos para o aprofundamento das múltiplas dimensões do objeto de estudo e por serem heterogêneos quanto à etapa do curso. Foram feitas reuniões no início, no meio e no final do semestre com cada grupo. Todas as reuniões foram gravadas, com o devido consentimento dos sujeitos envolvidos, e o registro contou com anotações escritas das gravações de voz a respeito das falas e das atitudes dos sujeitos, isto é, dando atenção aos significantes, sinalizando interrupções, suspensões, hesitações, gestos, entonações, com o intuito de capturar sinais sutis fundamentais da produção do Sujeito para as conclusões do estudo. (M. Minayo 2006)

A análise dos dados seguiu pressupostos psicanalíticos, de acordo com as concepções da enunciação. Nesta concepção ocorre a projeção de conflitos por meio de palavras, silêncios e lacunas indicando processos geralmente inconscientes. (M. Minayo 2006)

7. Resultados e Discussão

Partindo de uma leitura psicanalítica, referenciada nos paradigmas que orientam a formação médica na Leiga, e da transferência que mobilizou a pesquisa, foi construída a rede significativa de um discurso que pretende configurar sentidos e aprendizados. Semelhanças, diferenças e contrapontos foram sendo identificados. À medida que foi evoluindo a análise, foi sendo possível configurar um discurso, capaz de dar sentido a um texto que, se espera, seja capaz de abrir novas reverberações.

O discurso que se foi configurando é apresentado juntamente com referenciais teóricos, pois são as redes simbólicas que dão sustentação. Algumas falas são transcritas como recortes significantes das questões analisadas.

No discurso do grupo encontra-se a busca por um saber ilimitado, idealizado e exigente, que ultrapassa os conhecimentos possíveis e corresponde a uma figura mítica do Médico.

Ainda no sentido de um grande saber idealizado foram reveladas pelo grupo estudado exigências e expectativas grandiosas, advindas de figuras representativas como mãe, pai, namorado (a), colegas e sociedade em geral. Estas representações, trazidas pelos jovens alunos, parecem traçar um perfil do “médico ideal”, diante do qual muitas vezes se colocam frustrados, ansiosos e inquietos em vista da impossibilidade em alcançá-lo. Esse perfil correspondente a uma figura idealizada, advinda das palavras marcantes que constituíram um Outro formador da alteridade daquele sujeito. Este é o lugar do inconsciente, estruturado por todos aqueles que ocuparam um lugar importante em sua infância.

BA- Quero ser médica, mas também quero ter qualidade de vida, quero ficar com minha família.

GF_ É que somos muito cobrados. Na sociedade também, né? Ah, é médico. Médico tem que saber tudo. Se não sabe...

VD_ A pessoa te pergunta o que você estuda. Tu falas: Medicina. Nossa! Medicina, você é inteligente! Que orgulho, hein!

HA_ Minha mãe ligou, falando que meu avô estava com caxumba. Eu tinha que saber tudo de caxumba.

NB_ É. Na família do meu namorado, cada semana uma pessoa tá doente, né? E daí me pergunta: ah, o médico falou isso.

Deu tal remédio, o que tu achas? E vou saber..!?! (risos).

As exigências do estudante de Medicina, quanto à aquisição de competências e saberes, são percebidas como advindas de um Outro, lugar simbólico onde a consciência não tem acesso. Através de uma demanda a este Outro, articula-se, na Psicanálise, o sujeito na linguagem, dividido em sua verdade e saber.

O ideal de ego pode ser mantido como ponto de identificação simbólica e representar um suporte ético para o desejo de aprender. Pode sustentar os grandes esforços, dedicação e empenho, reclamados, durante a formação e mesmo depois, pela excelência que é exigida por qualquer pessoa que busca atendimento médico. A inconstância do saber científico, no entanto, exige estudos permanentes, sendo a arrogância a única possibilidade de sentir-se completo e em dia com o conhecimento.

Lacan (Lacan, Meu Ensino 2006) situa a origem de seu ensino nos primeiros livros de Freud. Chama atenção para os chistes, tropeços da fala, furos no discurso, trocadilhos, jogos de palavras e equívocos abordados, servindo de apoio às descobertas sobre o que se trata na experiência psicanalítica. Ele convida, também, para a análise das palavras, não pelo que significam e sim para seu cruzamento em uma rede associativa, a partir da qual surgirá o ponto-núcleo, o centro de gravidade do desejo.

Ao mesmo tempo em que o grupo apresenta suas expectativas e idealizações de um saber impossível (míticas e advindas do Outro), introduz, através do humor, da ironia, a capacidade de um reconhecimento ético de suas limitações e da manifestação de seu desejo de “ter sua família e qualidade de vida”.

Lacan (Lacan, O saber do psicanalista. Seminário 1971-1972 1997) sublinha a correlação da ignorância com o saber, referindo-se à “douta ignorância”¹, como um saber elevado, um requisito aos médicos que tentam fazer dela um saber estabelecido.

1 A douta ignorância foi o conceito estabelecido por Nicolau de Cusa, no século XV, como a ignorância resultante das limitações do entendimento humano, uma consciência do não saber, ou seja, quanto mais o homem sabe do seu não saber, mais se avizinha da verdade; a consciência do não saber é saber.

Na pesquisa sobre a acumulação do saber, Lacan fala da subversão da descoberta freudiana, dizendo:

[...] há um eu penso que é saber sem o saber; que a ligação está disjunta, mas ao mesmo tempo báscula, nesta relação do eu penso ao eu sou; [...] Ali onde eu penso, eu não sei o que sei, e não é ali onde eu discurso, ali onde eu articulo, que se produz esse anúncio que é aquele de meu ser de ser, do eu sou do ser, é nos tropeços, nos intervalos desse discurso que eu encontro meu estatuto de sujeito. Ali me é anunciada a verdade onde eu não mais vigio àquilo que vem em minha palavra. (Lacan, Problemas Cruciais para a psicanálise. Seminário 1964-1965 2006a, 411)

O grupo, em sua fala, introduz o erro, a bobagem, a angústia e as falhas comuns, fazendo com que possam obter algum alívio de exigências superegóicas. Dando a palavra aos sujeitos, há possibilidade de uma circulação metonímica de significantes, possibilitando “rachaduras” e articulação de novos sentidos, para lidar com o inexorável, o imponderável, a morte, o impossível real.

F: A gente faz anamnese ruim, né? E então, eu acho que acolher o aluno dizer para ele que ele vai ou que ele pode fazer errado, acho que ajuda um monte.

S: Tu achavas que tinha que ser maravilhoso?

F: Todos acham, não? Tu passas esperando um tempão, acaba idealizando uma situação, com tanta expectativa em volta disso, né?! Já entras sendo visto como médico, mas não tens nem ideia de como se atende alguém, né? De repente, te vêes como protagonista e acabas idealizando a coisa toda. Somos alunos. Até, outro dia: eu e a minha monitorada no corredor, e a gente, assim, sem vontade de conversar com o paciente. Aí eu disse: Bah! Esqueci de perguntar um monte de coisas. E... Assim: ela se rachou rindo, porque se deu conta que todo mundo pode falhar, né? E a gente notou aquele sorriso, tipo: Que alívio!

Anamnese é uma palavra que vem do grego, significa trazer *mne-mósyne* - a memória - à tona. Nos templos de Apolo, ela seria inspirada pelos deuses, nos sonhos, seu sentido sempre foi o de procurar, no histórico pessoal e dos antepassados, as doenças físicas e angústias psíquicas.

Pesquisadores chamam atenção para a necessidade de controlar as observações, viabilizando-as à comunidade científica. Entretanto,

muitas situações específicas de pesquisa só podem ser realmente consideradas no momento seguinte e não durante a observação, em um processo destacado por Freud como *Nachträglichkeit* (à posteriore, après-coup), pelo qual os acontecimentos traumáticos adquirem significação para o sujeito apenas num contexto histórico e subjetivo posterior, que lhes confere uma nova significação. (Roudinesco 1998, 32)

A lógica que sustenta o método psicanalítico, confiando em uma escuta flutuante e na associação livre, descobre um sujeito dividido em verdade e saber. Diante da falta, da fenda do sujeito, na tentativa de suturá-lo, desfilam significantes que o representam por metáforas, em uma cadeia metonímica. A verdade da alienação aparece nas partes perdidas: no ‘eu não sou’. O dito espirituoso é uma das formações do inconsciente, reveladoras não do pensar, mas do ser, manifestando-se, por exemplo, pelo riso espontâneo.

M: A gente, na Leiga, até sabe que deveria fazer, mas não consegue. É pior do que não saber! Sabe que deveria dar mais atenção, sabe que deveria conversar mais, perguntar mais, mas não tem como!

V F: O que eu acho é que a gente tem uma boa fundamentação sobre atender o ser humano. Só que acontece que a gente chega pra atender, no final da faculdade, é uma loucura de atender demanda, ficam te apressando, e tu não consegues colher a história que tu queres.

P: Querem transformar isso em uma assistência. Que tu atendas à demanda! É isso. Nosso objetivo, na... universidade, é aprender como atender paciente, aprender como ver tudo daquele paciente, não ficar atendendo dez, e, depois, não saber nada de nenhum.

São frequentes, nas faculdades de Medicina, exigências exageradas entre colegas, dos professores ou de familiares. O médico precisa “ser ferido”? Aprendiz de médico, para aprender, precisa apanhar?

Médicos sempre são feridos? O que fazer com os ideais, quando seus pacientes morrem, sofrem, reclamam, pioram?

Percebe-se um saber curativo, poderoso, idealizado, um saber que se diria mítico, aparecer como uma exigência do Outro (A), de um Ideal do Ego, permeando o discurso dos alunos, desde seu ingresso na faculdade, pela voz da família, de amigos, da cultura em geral. Pode-se questionar, então: qual o destino que estes jovens adolescentes dão aos

seus ideais, no transcorrer do curso médico? A exigência pautada na idealização será reforçada, no decorrer do curso?

Atitudes que aterrorizam alunos, de um corpo social perverso, podem, ao invés de transmitir e estimular a busca de conhecimentos, fazer com que jovens se endureçam, perdendo a capacidade de perceber o sujeito humano diante de si, e de si mesmos como sujeitos? Ou seja, o desenvolvimento do superego, como instância sádica, poderá ser estimulado na faculdade? As angústias, despertadas pela frequente ameaça de emergência do real, podem se relacionar com estas questões?

Mas o que fazer com ideais quando pacientes sofrem, reclamam, pioram, morrem? A exigência pautada na idealização pode ser reforçada e estimulada, no decorrer do curso. Algumas atitudes e situações aterrorizam os alunos e podem, ao invés de transmitir e estimular a busca de conhecimentos, fazer com que os jovens, precocemente afastados de suas famílias, endureçam, perdendo a capacidade de perceber o sujeito humano diante de si, e de si mesmos como sujeitos. O desenvolvimento do superego (E. Roudinesco 1998) como instância sádica pode ser estimulado pela intensidade de vivências, pela falta de suportes adequados como também em consequência da perversidade com que os alunos são eventualmente tratados por um corpo social perverso.

A aspiração maior da Medicina é curar dores e sofrimentos do homem. Trata-se de um Ideal de ciência, que encontra obstáculos na prática clínica, bem como nas complexidades e subjetividades com que cada um enfrenta as vivências de adoecimento e as contingências de atendimento médico. Se o Médico atém-se ao Ideal de ciência, buscando atender às demandas, também ideais e exigentes, de um Outro (A) da cultura, limita não só o atendimento que oferece aos seus pacientes, mas também restringe a si próprio, como sujeito.

VF_ Um senhor de quarenta e cinco anos tem afasia de expressão porque teve um AVC e está muito deprimido por causa disso, pois entende tudo. Qualquer pergunta, ele “a..a...a” e chora que nem criança. Uma angústia, porque tu queres ajudar, e não consegues. Ele está com problemas respiratórios, mas só o angustia não poder falar.
SM_ Ai, professora, se eu não conseguisse falar, ia chorar muito, porque eu falo demais.

VD_ O pior é entender tudo e não conseguir se expressar.

VF_ Foi uma angústia fazer a anamnese. Eu disse: “eu tô aqui pra lhe ajudar”. Os acompanhantes não sabiam nada. Eu disse: “No revezamento, tem que dizer tudo o que aconteceu ao outro.” E eles passaram a fazer...

VD_ Exatamente.

SB_ Sempre tentando te comunicar com ele?

M_ Sim, pra não ignorar o paciente.

VF_ Sim, chegou uma hora que eu não sabia se eu estava fazendo bem, porque ele chorava, chorava, chorava, mas continuei falando porque pensei, se parar, aí mesmo que ele vai se sentir inútil. Falei: “não, vou achar um jeito, vou lhe entender”.

SB_ “Eu nem sabia se estava fazendo bem, porque ele chorava”.

M_ Acho que fez um monte, porque ele conseguiu pôr pra fora uma emoção, o que mais estava incomodando ele.

VF_ Na verdade, é a única coisa que incomoda, pra ele. Ele fala assim: óó. Eu cheguei pra falar com ele e disse: “bom dia, seu P, como é que tá? Como é que passou a noite?”. Ele fez assim ó [faz um gesto negativo com as mãos]. E eu disse: “eu sei que o senhor tem dificuldade pra falar, mas eu quero conversar com o senhor”.

M_ Você foi alguém que mostrou interesse, que tá ali pra ajudar, está com ele, por mais que ele não melhore.

VF_ Eu tentei, perguntando: “ah, o senhor consegue ler?”. Ele disse que não. “E rádio, o senhor gosta de jogo?”. E ele: sim [gesto]. E eu: “bá, pra quem que tu torce, pro grêmio?”. E ele [gesto].. Eu: “ah, que bom que o senhor torce pro grêmio..., Então, por que não pede pra lhe trazerem um radinho ver o jogo e não sei que...”. “O senhor tem netos?”, e ele: “sim”. E tudo ele sacudia a cabeça, né?. Aí o acompanhante: “ih, ele tem um monte de neto”. Eu disse: “então o senhor tem que aproveitar esses netos pra fazer aquelas caretas que a fisioterapeuta lhe ensina. Quinze minutos com cada neto, o senhor fica bem... Não é pra desanimar”.

M_ Acho que... mostrar que ele não tá sozinho e que, por mais que ele tenha dificuldade, ele ainda pode se comunicar de alguma forma e que não virou um vegetal, que ele ainda está presente.

SM_ Que alguém se importa com ele.

M_ Que ele vai ter o mesmo tratamento que outro...

No relato acima, a aluna “conversa” com um paciente com afasia, limitado em seu objeto parcial do desejo - a voz. Na situação descrita, atender significa conviver com graves limitações físicas do paciente, suportar a ferida narcísica de não curar e conviver com o real da dor e do

sofrimento de alguém impedido ao gozo da fala.

Esta conjugação de fatores, embora com variações quanto ao objeto de perda ou a configuração simbólica estabelecida, são frequentes na Medicina e podem ser razões de susto e fuga, impedindo um atendimento integral das pessoas. Situações assim podem fazer com que o médico se refugie, unicamente, em sinais e sintomas físicos, excluindo o sujeito e deixando o ser que sofre enclausurado.

Muitas vezes o obsceno do toque nos corpos nus inibe os primeiros exames físicos dos alunos, mas os jovens iniciantes encontram variadas justificativas, explicações e racionalizações para não realizarem sua tarefa.

Quando a aluna admite: “Eu não sabia se estava fazendo bem”, torna possível outra escuta, que procura, além da Pneumonia - que o paciente apresentava e precisava certamente tratar -, o sofrimento de um sujeito sem fala. Em seu desejo de saber, verdadeiramente, a dor de seu paciente, viabiliza outra comunicação, fazendo laço com o óó do paciente, dando sentido ao choro, à tristeza. Para tanto, aluno ou médico, além das habilidades específicas da Ciência Médica, precisa suportar a angústia gerada pelas limitações, seja nas questões do saber, da sexualidade como da morte. Freud (Freud, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (1905) 1980) utilizou a expressão pulsão, para designar a representação psíquica de fontes endossomáticas, que fluem continuamente. Em 1920, introduziu o conceito de pulsão de morte, a partir da observação da compulsão à repetição, em seu caráter inconsciente, incontrolável. As pulsões parciais articulam-se em torno do objeto do desejo, mantido como alvo. “Os ouvidos são, no campo do inconsciente, o único orifício que não se pode fechar”. (Lacan, Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise 1964. Texto estabelecido por Miller, J-A. 2008, 190)

M: Foi angustiante não deixá-la morrer, investir demais! Ela olhando, “por favor,”! Nossa, foi horrível. Gemendo, com falta de ar. Segurando minha mão, olhando.

V: Nada ia resolver!

P: Médico não é só para melhorar, pode ajudar na morte também.

S: Muitas vezes o médico acaba pensando: ah, eu vou tentar, porque,

senão, o que vão achar que eu fiz? Fui examinar o senhor X, ele parou de respirar, não tinha pulso! Me apavorei: vai morrer na minha frente!

A: Acompanhei uma cena, fiquei chocada: - O residente atendia uma paciente fazendo tratamento para câncer de mama, ela chegou falando: “Ah, doutor, eu não consigo largar o cigarro e tenho consciência que não vou conseguir. De vez em quando, ainda estou bebendo.” Ele: “Ai, a senhora sabe que tem que parar, né?” Ela: “ah, eu sei, mas não adianta. Eu já tomei remédios, fiz tudo e não consigo.” Ele: “Então é mais fácil se jogar de um penhasco do que continuar assim. A senhora só volte aqui quando tiver parado de fumar e de beber.” Estava claro que ele estava frustrado, que estava querendo fazer alguma coisa, mas a paciente não estava dando retorno. Elevou o tom da voz, sabe? A mulher ficou assustada e foi embora!

Os avanços tecnológicos movimentam grandes custos financeiros, tornando a demanda da saúde como direito universal, a grande preocupação das políticas públicas. Como definir quais os limites da ação do médico e a que ele deve responder?

Chemama e Vandermersch (Chemama 2007) fazem uma leitura do desejo como uma falta inscrita na fala, efeito da marca do significante sobre o ser falante. Ao relacionar o desconhecimento do desejo, pelo sujeito, como causa do sintoma, Freud (Freud, A sexualidade na etiologia das neuroses. (1898) 1980) descobre, em suas históricas, a conotação sexual proibida e sua articulação com a linguagem. Para Lacan (Lacan, Escritos 1998), o desejo desliza em uma cadeia significante que interdita o acesso ao objeto que o sujeito supõe perdido. Para constituir-se como sujeito desejante, é preciso simbolizar a falta primordial, angustiante vazio da condição humana. É na condição de sujeitos desejantes que se abrem possibilidades de dar nomes e construir objetos causa do desejo.

A demanda de um doente nem sempre é a cura de seu sintoma, sendo o corpo o substrato de um gozo. Ao mesmo tempo em que desafia e solicita que o tire da miserável situação de doente, o paradoxo humano conserva, tantas vezes, nos meandros inconscientes, o desejo de manter seu estado.

Os pacientes procuram os médicos com sintomas e demandas. A transferência está articulada ao desejo como fenômeno nodal do ser humano. Um médico que suporte a sua posição, compreenda e saiba

como lidar com a transferência, consegue atender de modo mais efetivo e competente.

GP_ Na psico se aprende a não ignorar o que se percebe no paciente. Ver o paciente bravo, mal humorado, ou triste. Aos poucos, a gente vai vendo que é bom falar sobre isso, não tirar conclusões precipitadas das coisas, sabe? Perguntar, tentar entender e não ficar imaginando coisas e agindo sobre as nossas suposições.

BA_ Um paciente suspirava muito. Ah, ah. Eu não sabia se era dor, não sabia por que era e ele não falava nada! E eu insisti: “seu José, o senhor respira assim por quê? O senhor tá com falta de ar? Por que o senhor tá suspirando? O que há?” Ele: “eu faço assim pra puxar uma energia. [risos] Pra puxar uma coisa boa na minha vida: eu tô nessa cama e faço isso pra puxar um arco íris, o pôr-do-sol no horizonte, um rosto bonito”. Pensei: nunca ia ouvir isso... Hoje eu tenho coragem. “E esse olho cheio d’água é o quê?” Eu tenho essa liberdade, a gente tem que querer ouvir.

8. Considerações Finais

A escuta psicanalítica do material e sua análise colocou em cena a angústia de cortar, tomando significantes por associações, numa espécie de tecido, deixando fora um resto, pela impossível apreensão de tudo.

Os temas destacados durante a análise ligaram-se principalmente à aquisição de conhecimentos tomada como símbolo de competência profissional e ao enfrentamento das questões ligadas com a morte. Revelaram-se as intensas angústias e temores gerados pela percepção que os alunos têm de suas faltas, das falhas humanas ou da incompletude de saberes em geral, culminando no temor sentido ao imaginar responsabilidades a serem enfrentadas após a formatura, quando já não haverá o apoio dos mestres para tomar decisões, particularmente em questões que ameaçam vidas. Foram intensas as referências do grupo a expectativas advindas do meio social, no sentido de ideais e exigências a serem atendidas.

Para atender, assim como para ensinar, é preciso suportar que não se sabe tudo, pois é suportando ser ferido em seu narcisismo que médico ou o professor podem buscar alguns dos mais verdadeiros saberes. Quando servem como suporte ou como referência a questões éticas, os

Ideais do ego podem basear o relacionamento entre médicos e pacientes, bem como entre alunos e professores, propiciando a sustentação necessária para lidar com as frustrações inerentes ao seu trabalho, inevitavelmente convivendo com a morte. No entanto, exigências extremadas que tentam atender a demandas sádicas, estimulam a criação de couraças defensivas, dirigindo à impessoalização e à desumanização.

Alunos/monitores, bem como professores, ocupam uma posição onde o saber é procurado. Mas nunca se pode saber completamente a respeito de tudo. Todos os alunos do grupo pesquisado falaram de seus medos e inseguranças e salientaram a importância dos espaços criados pela Psicologia Médica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas para que cada um possa se expressar.

Reconhecer os próprios limites e admitir que existam outros saberes abre espaço para o enfrentamento das dificuldades encontradas e, assim, a criação de novas possibilidades de enfrentar questões difíceis em um estilo próprio e único pode ser facilitada. Desta forma é possível tornar-se desejante de saber, assumindo as responsabilidades que acompanham o processo. Esta posição promove o desenvolvimento da transferência e suas repercussões no desenvolvimento de habilidades para a prática médica. Para que tal processo ocorra, verificou-se, neste estudo, a importância da prática desenvolvida em pequenos grupos, possibilitando maior capacidade de comunicação, intimidade e abordagem da subjetividade.

A pessoa devia deixar-se inundar pela alegria aos poucos – pois era vida nascendo. E quem não tivesse força de ter prazer, que antes cobrisse cada nervo com uma película protetora, com uma película de morte para poder tolerar o grande da vida. (Lispector 2005, 33)

Reporto-me à palavra poética para refletir sobre morte como os aspectos imutáveis, reais e inacessíveis trazendo a repetição inconsciente, nunca igual e buscando simbolização através da palavra.

Defrontar-se com a complexidade das questões provocadas pelo sofrimento e pela morte vividas pelos estudantes de Medicina ultrapassam limites toleráveis para a condição humana em sua subjetividade, exigindo medidas para o extravasamento, criação de metáforas e espaços de

criação.

A capacidade de sustentar a estranheza, fazer o corte na ilusão de um saber absoluto permite que surja a diferença de cada um. Cada paciente, cada aluno, cada situação a ser enfrentada comporta algo radicalmente único a ser enfrentado, convocando-nos a aprender sempre.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, D. **“Uma experiência de ensino de psicologia médica e psiquiatria.”** Rev. Bras. Educ. Med. 4(1) (1980): 11-19.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BERBEL, N.A.N. **“Metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da praxis.”** Semina; 17:7-17. (1999).

BERTOLDI, SG. **“Relação Médico-Paciente em Estudantes de Medicina.”** Atividade de Extensão, Universidade Federal de Pelotas. Pró-Reitoria de Extensão e Cultura, Pelotas, 2009.

BERTOLDI, SG., BRAGA, FB. **“Psicanalistas na Universidade. O que se pode fazer?”** Anais do II Congresso LusoBrasileiro de Psicanálise. Salvador, 15-16 de nov. de 2007.

BRASIL, Ministério da Educação. Capes. Avaliação. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2004.

CAON, JL. **“O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa.”** Psicologia: reflexão e crítica, 7 (2) 1994: 145-74.

CHEMAMA, R, Vandermersch, B. Dicionário de Psicanálise. Tradução: Mario Fleig Francisco Settineri. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007.

COHEN, RHP. **“Uma questão entre psicanálise e educação. Sobre a etiologia de fracasso escolar.”** tese. Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia, 2004.

DESLANDES, SF, MITRE, RMA. **“Processo comunicativo e humanização em saúde.”** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2009, 13 suppl1 ed.: S641-9.

DURAN, D., VIDAL V. **Tutoria: Aprendizagem entre iguais: da teoria à prática.** Tradução: Ernani Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2007.

EIZIRIK, CL. **“Ensinando uma profissão impossível.”** Revista ABP-APAL(Associação Brasileira de PsiquiatriaAsociación Psiquiatrica de la America Latica) 16(4) (1994): 133-5.

EKSTERMAN, A. **“Ensino de Psicologia Médica.”** Psicossomática, 1986, 1 ed.

ÉTICA, Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de. **“Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996.”** Institui diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

FELIX, L. **Filosofia: Apolo, Quíron, Asclépio e Hipócrates - O Mito Grego da Medicina.** 15 de 01 de 2011. <http://www.lucienefelix.blogspot.com/>.

FOLBERG, MN., PAIM, RMO. (orgs). **Educação (des)encantada.** Porto Alegre: Est. Edições, 2009.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** . Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

FREUD, S. **Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise (1912).** Vol. XII, em Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira, por S. Freud, tradução: Jayme Salomão, 149-59. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. **“A sexualidade na etiologia das neuroses. (1898).”** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira, por S. Freud, tradução: Jayme Salomão, p. 285-312. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. **Análise terminável e interminável. (1937)** . Vol. XXIII, em Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira, por S. Freud, tradução: Jayme Salomão, 282. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. **Dois verbetes de enciclopédia (1923 [1922]).** Vol. XVIII, em Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira, por S. Freud, tradução: Jayme Salomão, p. 287-291. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. **Psicanálise.** Vol. XX, em in **Obras Psicológicas Completas, por S. Freud**, tradução: Jayme Salomão, 306. Rio de Janeiro: Imago, 1926.

FREUD, S. **Sobre o ensino da psicanálise nas universidades.** Vol. XVII, em Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, por S. in Freud, tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1919 [1918].

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (1905).** Vol. VII, em Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira, por S. Freud, tradução: Jayme Salomão, 171. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. **Uma introdução sobre o narcisismo.** Vol. XIV, em Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira, por S. Freud, tradução: Jayme Salomão, 111. Rio de Janeiro: Imago, (1914) 1980.

GAUER, G, FRANCO, R, ZOGBI, H, MAUNI, P, DIEFENTHABLER, E, CATALDO NETO, A. Bioética, 2006, Brasília, 14. **“Estratégias dos profissionais de saúde para cuidar dos que cuidam.”** Bioética, 2006: 171-180.

GIGANTE, A.G. **Um momento doutorandos!** Porto Alegre: Artgraf, 1983.

HERRMANN, F. “**Introdução.**” In: *Andaimos do real: o método da psicanálise*, por F. Herrmann, 13-36. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

KEHL, MR. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LACAN, J. **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

— . **Meu Ensino**. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

— . **O saber do psicanalista**. Seminário 1971-1972. Tradução: Letícia Fonsêca. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 1997.

— . **Problemas Cruciais para a psicanálise**. Seminário 1964-1965. Tradução: Letícia Fonsêca. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2006a.

— . **Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise 1964**. Texto estabelecido por Miller, J-A. Tradução: MD. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LAMPERT, JL. “**Tendências de mudanças da formação médica no Brasil.**” tese. Doutorado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LAPLANCHE, J., PONTALIS. **Vocabulário da psicanálise**. 4ª ed. Tradução: Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LISPECTOR, C. **Aprendendo a viver**. Rio de Janeiro: Rocco, 2005.

LOWENKRON, TS. “**O Objeto da investigação psicanalítica.**” In: *Pesquisando com o método Psicanalítico*, por F.(Org.), Lowenkron, TS. e col. Herrmann, 21-31. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LUDKE, M, MEDA A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MILLER, J-A. **Perspectivas do Seminário 23 de Lacan: o sintoma.** Tradução: Terezinha Prado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, MCS. (org.), ASSIS, SG, SOUZA, ER. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de problemas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MUNIZ, JR., CHAZAN, LF. “**Ensino de Psicologia Médica.**” In: *Psicosomática Hoje*, por F. Mello, 37-44. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

NOGUEIRA-MARTINS, LA. “**Saúde Mental dos Profissionais de Saúde.**” *Rev Bras Med Trab* julho-set.; 1(1):56-68., julho-set. de 2003, 1 ed.: 56-68.

PONTE CI, TORRES, MA, MACHADO, CL, MANFROI, WC. “**A extensão universitária na Famed/UFRGS: cenário de formação profissional.**” *Rev Bras Educ Med* [on line]. 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid (acesso em 05 de dez de 2012).

RK., YIN. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** . 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ROUDINESCO, EPM. **Dicionário de Psicanálise.** Tradução: Ribeiro V Magalhães L. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ROUDINESCO, EPM. **Dicionário de psicanálise.** *Verbete: nachträglichkeit, après-coup.* . Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

SAURET, M-J. “**A pesquisa clínica em psicanálise.**” *Revista Psicologia USP*, 14(3) 2003: 89-104.

SCHULLER, D. “**Eros na Mitologia Grega.**” In: *Educação (des)encantada*, por MN, Paim, RMO (Orgs.) Folberg, 34. Porto Alegre: Est. Edições, 2009.

SCHULLER, D. **“Mito, uma espécie de sonho coletivo. In:”** In: Educação des(encantada), por Paim RMO Folberg MN, 13-38. Porto Alegre: Est. Edições, 2009.

SOUZA, ARND. **“Formação Médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica.”** tese. Doutorado em Ciências da Saúde/Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria., Rio de Janeiro, 1998.

TUOTO, EA. **Asclépio, o Deus da medicina. 2010.** <http://historyofmedicine.blogspot.com/2010/09/asclepio-o-deus-da-medicina.html> (aceso em 15 de 01 de 2011).

ZAIDHAFT, SB, REGO, GA, BINES, J, RUBINSTEIN I, DRUMOND L.E. **“O Estudante de medicina e a morte.”** In: Psicossomática Hoje, por SB. Zaidhaft, 57-63. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ZIZEK, S. **Como ler Lacan.** Tradução: Maria Luiza Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas - Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas

José Ricardo Pinto de Abreu

Waldomiro Carlos Manfroi

Carmen Lucia Bezerra Machado

O Brasil tem um projeto de políticas públicas orientado no sentido da integralidade em saúde, materializado a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), com repercussões importantes para a educação médica. Tal projeto foi reforçado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, do Ministério da Educação – MEC, de 2001 e pelo Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares – PROMED de 2002 e mais recentemente pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, de 2006.

A formação do médico, conforme o modelo de ensino tradicional, não corresponde aos resultados esperados (LAMPERT, 2002; PINHEIRO, 2004), quando se trata de estender os benefícios da saúde às populações, compromisso estabelecido na Conferência de Alma Ata de 1978 (OPAS, 2007). Além disso, é insustentável o alto custo da medicina exercida conforme o modelo de formação tradicional do médico. Neste esquema, a saúde é considerada ausência de doença e não resultado de bem estar físico e social com qualidade de vida. O que é valorizado é o modelo biomédico, o qual oferece uma visão reducionista e fragmentada da pessoa como um conjunto de órgãos e sistemas sem história nem subjetividade (PUSTAI, 2006), quase desconsiderando os aspectos

psicológicos, sociais e culturais de cada um. O hospital ainda é o centro irradiador da saúde e é em torno dele que tudo acontece em termos de cuidados ao paciente. A escola de medicina é organizada de acordo com o paradigma flexneriano (FLEXNER, *Online*), de orientação positivista, que perdura desde 1910, tendo proporcionado o desenvolvimento científico das especialidades médicas, porém, afastando o médico do paciente, dos seus aspectos mais humanos. A escola (como instituição) e os professores necessitam capacitar-se para formar médicos competentes, com uma visão integral, considerando o eixo biopsicossocial, o nível ético, e que sejam capazes de compreender as necessidades do contexto histórico no seu tempo (MACHADO, 2005).

Esta dissertação é parte da produção fruto do Projeto de Pesquisa “Métodos ativos do ensino nos aspectos emocionais da relação médico-paciente com alunos da graduação em medicina” (aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer Consubstanciado de Projeto número 07732, de 08.08.2007). O objeto da pesquisa foi a descrição da experiência de professores de três cursos de medicina: da Universidade Estadual de Londrina (UEL/PR), da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA/SP), e da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL/RS), que trabalham com diferentes metodologias de ensino na graduação. A questão de pesquisa trata das peculiaridades das metodologias de ensino utilizadas nos cursos de medicina. O objetivo da pesquisa é identificar as necessidades pedagógicas, dos professores e da instituição de ensino médico, no uso destas metodologias: as tradicionais e, sobretudo, as ativas.

O Ensino tradicional

No início do século passado, Flexner produziu um estudo das condições do ensino médico nos Estados Unidos da América (EUA), de grande repercussão. Suas conclusões serviram de base para estruturação do ensino e elaboração dos currículos das faculdades de medicina americanas e posteriormente para todo o mundo, inclusive para o Brasil. Proporcionou o desenvolvimento do ensino tradicional centrado no professor, com base na sua experiência clínica e acadêmica. Entretanto, este modelo não priorizou as necessidades epidemiológicas, nem favo-

receu o encontro com os aspectos psicológicos, sociais e culturais do paciente, embora não os desconsiderasse. A excelência procurada foi - e é - fundamentalmente técnica e científica.

Como conseqüência, a relação médico-paciente também foi afetada pela prática com exagerada inclinação tecnicista. O médico busca o diagnóstico tendendo a encaixar o caso em algum protocolo. Exagerando, parece nem precisar do paciente, o que é um completo absurdo.

Sem dúvida seria um retrocesso pensar a medicina sem os avanços proporcionados pela alta tecnologia. Porém, seu uso excessivo e apriorístico pode revelar uma utilização defensiva, evitando o contato direto e emocional com o paciente, mesmo que não intencionalmente. O médico pode gradativamente afastar-se dele, tornando-se cada vez mais especialista, num sentido equivocado, menos crítico, reflexivo e solidário, quanto ao seu trabalho com a aquela individualidade, uma nítida inversão de valores. Além disso, o ensino tradicional praticado nos limites do hospital dificultou sua prática em outros cenários, trazendo entraves à promoção da saúde e prevenção da doença.

Entretanto, no terreno do relacionamento com o paciente, a medicina está reconsiderando alguns aspectos; a dificuldade em proporcionar a ele um cuidado integral não depende somente da formação oferecida pelo curso de medicina: os valores prevalentes em nossa sociedade pouco contribuem para o fazer reflexivo e para soluções integrais.

O modelo da integralidade

Mattos refere que “integralidade” é uma palavra utilizada com muitos significados tendo três sentidos: da prática dos profissionais, da organização dos serviços e práticas, e das políticas especiais. Refere ainda que na direção da integralidade o médico deva ir além das demandas explícitas, buscando o encontro com o paciente, tentando discernir sobre suas necessidades, que não se reduzem ao diagnóstico precoce e à prevenção e controle de doenças.

O trabalho neste modelo inclui outros profissionais e desenvolve-se em equipes inter e multidisciplinares. Os serviços articulam assistência e saúde pública, dirigem-se por critérios epidemiológicos, considerando

a demanda espontânea e a demanda programada de uma área geográfica delimitada. Com isso aumenta a possibilidade de diálogo e conhecimento dos usuários e de um atendimento mais individualizado.

Na prática da integralidade a atenção primária é bastante valorizada. Os profissionais de saúde, a partir de uma visão mais abrangente, ampla e profunda, desenvolvem uma melhor compreensão dos problemas. Por outro lado, os especialistas constituem o apoio de retaguarda, funcionando como consultores. Nesta forma de abordagem, a equipe de atendimento se encarrega de um grupo populacional e utiliza técnicas ativas para intervir nos problemas antes que se configurem como doença.

O Papel da Educação Médica

Desde a Conferência de Alma Ata (e conforme a Constituição da República Federativa do Brasil/88) vem sendo buscado o objetivo de estender os benefícios da saúde a toda população, com diversas experiências sendo realizadas.

No Rio Grande do Sul ocorreram esforços pioneiros na Famed/UFRGS (2007), que se iniciaram com as discussões ainda na década de 1970 sobre o perfil do profissional a ser formado. À tendência prevalente para a especialização, opuseram-se movimentos que defendiam a volta do médico prático geral ou generalista. Isto influenciou decisivamente na reforma curricular de 1980, que teve como objetivo a implantação de um currículo que visasse à formação do médico geral. Além da ênfase no ensino das quatro grandes áreas (clínica médica, cirurgia, pediatria e gineco-obstetrícia), o estudo dos aspectos sociais foi contemplado com a introdução da Disciplina Sócio-Antropologia da Saúde.

A abordagem integral dos aspectos biológicos, psicológicos² e sociais e o estímulo ao atendimento ambulatorial, comunitário³ (BUSNELLO,

2 David Zimmermann (Porto Alegre) e Darci Abuchaim (Pelotas) realizaram experiências no ensino da psicologia médica introduzindo mudanças até hoje presentes.

3 No Centro Médico Social São José do Murialdo, surgiu a Medicina Comunitária com significativas contribuições de Ellis Busnello, Isak Levin, Carlos Grossman e Nelson Rezende.

1975) e da família, através do ensino integrado multidepartamental com as disciplinas de acompanhamento de família, visavam propiciar a inserção precoce do aluno na realidade da saúde, dando ênfase ao ensino no nível primário e secundário, além do comprometimento com as necessidades de saúde da comunidade. Essas experiências começaram com grande entusiasmo, mas não prosperaram por falta de apoio e de políticas públicas consistentes. Em decorrência disso, várias das disciplinas de acompanhamento de família tiveram dificuldades em se consolidar, vindo a ser substituídas pelas disciplinas de promoção e proteção à saúde. Embora a situação tenha se alterado com a explicitação de propósitos na CF/88, ainda existem muitas dificuldades para alcançar os objetivos apontados, estando a educação médica sujeita aos conflitos e às contradições deste tempo.

Não obstante e paradoxalmente à tendência individualista, verifica-se um esforço - apoiado pelas instituições oficiais - no sentido de formar médicos com o perfil “crítico, reflexivo e humano, capazes de atender todas as etapas do ciclo vital” (Diretrizes Curriculares Nacionais).

Essas dificuldades podem ser enfrentadas buscando diminuir a distância emocional e cultural do médico em relação ao paciente. Para tanto, devem ser trabalhadas as dificuldades de identificação do médico/estudante com aquelas pessoas, pois quanto mais distante e isolado mais tende a manter-se defendido. Resulta disso maior empecilho ao contato emocional e, portanto, menos possibilidade de escuta, respeito e acolhimento empático.

Do tradicional aos métodos ativos

Existem inúmeros métodos ativos, mas dois deles têm sido utilizados no ensino médico: a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP ou, do inglês PBL, *Problem Based Learning*) e a Problematização. Para o ensino dos aspectos subjetivos (emocionais), outro método se mostra útil: o de Balint (mais adiante).

No Século XX, através da Psicologia e de pensadores eminentes como Dewey (1859-1952, EUA), Piaget (1896-1980) entre outros, surgiram contribuições importantes para configurar os métodos ativos (GAL,

1960).

Dewey, estudado por Penaforte (2001) dava grande importância ao papel da experiência na atividade de aprender. Afirma que primariamente a experiência não é um ato cognitivo, adquirindo tal qualidade quando é cumulativa e se torna carregada de significado. A aquisição de significado é essencial para uma experiência educativa, devendo para tanto ocorrer um ato de reflexão. O problema derivado da experiência é o ponto de partida da aprendizagem, base da ABP.

As contribuições de Paulo Freire, explica Zitkoski (2006), constituem o que se convencionou chamar “educação libertadora”, de ação transformadora. Desenvolveu seu pensamento na busca de que a educação contribua para emancipação em sociedades com fortes traços de exclusão (FREIRE, 1997). Este educador inspirou o enfoque da problematização. Foi, entretanto, Bordenave e Pereira (1977) que deram divulgação a esta metodologia, através do uso do Arco de Maguerez. Berbel (*Online*), por sua vez, aplicou esse método e o introduziu em diversos cursos entre 1992 e 1994, em Londrina.

As bases cognitivas e afetivas do ensino e aprendizagem

Os estudos de Piaget oferecem base científica para a compreensão dos fenômenos relacionados à aprendizagem cognitiva. Referia que o conhecimento é decorrente de uma relação entre um agente humano inquiridor e uma situação problemática. No modelo cognitivista, Vanzolini (2006), dialogando com Piaget, preconiza que, diante de um problema, a estrutura cognitiva fica sujeita a um desequilíbrio, e assimila a nova informação mediante uma adaptação a estrutura já existente, resultando disso uma nova acomodação. Deste modo, os esquemas cognitivos originais incorporam novos elementos, ficando sujeitos a modificações para ajustá-los às novas experiências. A aprendizagem ocorre através da interação dos estímulos do meio ambiente com os esquemas cognitivos de quem aprende. No modelo cognitivista, os objetivos educacionais consistem em aprender a aprender, enfatizando os processos mentais e não o conteúdo a ser aprendido. Através da aquisição de destrezas na solução de problemas, pode-se aplicá-las a novas situações,

ênfatisando uma aprendizagem significativa e não mecanicista.

Schmidt (2001) caracteriza a ABP como uma forma de aprendizagem colaborativa, construtivista e contextual. Apresenta Howards Barrows, neurologista, como o principal protagonista deste método em McMaster, Canadá. Os achados da pesquisa empírica que dão sustentação a aprendizagem cognitiva proporcionada pela ABP são: a ativação do conhecimento prévio por pistas de contexto, a acessibilidade do conhecimento relaciona-se com sua estruturação na memória, a recuperação do conhecimento pode ser significativamente aprimorada com a elaboração do material durante o aprendizado, a motivação para aprender ao aumentar a quantidade de estudo melhorando o alcance dos objetivos.

Os alunos na ABP são estimulados pelo tutor/facilitador a chegarem próximo às fronteiras do seu conhecimento e esse desafio desequilibra sua estrutura, contribuindo para que os estudantes se motivem a aprofundar ainda mais os estudos.

Entretanto, em alguns casos, essa experiência de desestruturação do conhecimento (das certezas) poderá causar ansiedade importante, pois implica no reconhecimento das limitações e falhas pessoais dos estudantes. Problemas emocionais poderão ser ativados dificultando, inibindo, impedindo ou até eliminando conhecimentos, quando defesas psicológicas agem contra a aprendizagem e o sujeito não suporta o contato com sua ignorância. Com efeito, ao lado da aprendizagem de aspectos cognitivos ocorre uma experiência emocional concomitante. Esta experiência afetiva passa por transformações e é integrada, mas pode ser evadida por fuga, arrogância ou estupidez (que resultam da onisciência e da onipotência destrutivas), ou ainda por ataques aos vínculos (que podem ser uma nova ideia ou um novo conhecimento) (BION, 1988).

Quando um aluno aprende, de algum modo ele se modifica em sua personalidade para além dos aspectos cognitivos. Deste modo, as mudanças são mediadas por uma compreensão profunda que transcende os aspectos intelectuais e racionais. Essas mudanças necessitam de condições apropriadas para ocorrer, tais como: o *insight*, o luto (pelas antigas crenças), o clima emocional interativo (relação transferencial positiva).

Fazendo um paralelo com o que ocorre na psicanálise, através da relação vivenciada entre o paciente e o psicanalista, o paciente revive e

atualiza pautas antigas da sua experiência pessoal de infância e as ressignifica. Ou seja, revivendo antigos equívocos em conjunto com o médico, poderá ter uma visão mais realista do que acontece consigo. O passado presentificado dentro de uma relação emocional importante – transferência - oferece uma melhor compreensão do que está acontecendo.

A transferência é ubíqua e universal, e desta forma está presente na relação professor-aluno. E é justamente através dela que o professor é integrado à vivência do estudante e passa a ter um significado emocional para ele, tornando-se parte integrante da sua vida, constituindo-se como modelo.

Método da Problematização

Berbel (1998) descreve o método da Problematização, explicando que ele é constituído de cinco etapas. A primeira consiste na observação pelos alunos da realidade social, concreta, a partir de um tema ou unidade de estudo; os alunos são orientados pelo professor a olhar atentamente e a registrar o que perceberem. Na segunda etapa são identificados os pontos-chaves, os alunos são levados a refletir sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo. A terceira etapa é a da teorização, da investigação propriamente dita; os alunos se organizam para buscar as informações que necessitam sobre o problema (pesquisa bibliográfica, *internet* etc.), dentro de cada ponto-chave previamente definido; as informações obtidas são analisadas quanto a suas contribuições para tratar o caso. A quarta etapa é a das hipóteses de solução: todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para os alunos crítica e criativamente elaborarem as possíveis soluções resultantes da compreensão profunda que se obteve sobre o problema. A quinta e última etapa é a da aplicação à realidade, que ultrapassa o exercício intelectual; os alunos levarão para o meio alguma resposta baseada em seus estudos, transformando-o.

Completa-se assim o conhecido Arco de Maguerez, com o sentido especial de levar os alunos a exercitarem a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, ou dito de outra maneira, a relação prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e

aprendizagem, a realidade social.

Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)

Foi desenvolvida inicialmente na Universidade de MacMaster (Canadá) e encontra-se aplicada em Universidades como Maastricht (Holanda), Harvard (EUA) e no Brasil, inicialmente, na FAMEMA/SP e na Famed/UEL/PR, e posteriormente em outras escolas médicas brasileiras.

Komatsu (2003), ao descrever sua experiência na FAMEMA, afirma que para sua aprendizagem os alunos devem sentir-se motivados. Um problema prático a partir do contexto na realidade vivida pode ser o estímulo inicial. Os “problemas de papel”, que são criados pelos professores e oferecidos aos alunos desde a primeira semana do curso, antecedem àqueles cotidianos encontrados na prática profissional.

Os problemas são explorados nas sessões de tutoria com cerca de oito estudantes e um ou dois docentes (tutor e co-tutor). O principal papel do tutor é facilitar a discussão em torno de um problema considerando o contexto, integrando as dimensões biológica, psicológica e social. Os Sete Passos (ALMEIDA, 2007) do ABP são: 1) Esclarecer termos e expressões no texto do problema; 2) Defini-lo: identificar questões propostas no enunciado; 3) Analisá-lo: oferecer explicações para questões com base no conhecimento prévio que o grupo tenha sobre o assunto; 4) Resumir: sistematizar a análise e as hipóteses de explicação ou solução; 5) Formular objetivos de aprendizagem; 6) Identificar fontes de informação e adquirir novos conhecimentos individualmente; 7) Sintetizar conhecimentos e revisar hipóteses, discutindo no grupo o avanço de conhecimento obtido. O currículo acadêmico da faculdade deve oportunizar espaços e tempos apropriados para a aprendizagem autodirigida. Habitualmente em um programa ABP mais da metade da carga horária curricular semanal é destinada a esta forma de aprendizagem. O estudante tem que assumir a função de condutor do seu próprio processo de produção de conhecimento e, para tanto, deve desenvolver uma habilidade fundamental: aprender a aprender.

Quanto à avaliação, deve ser esclarecido desde o início a finalidade, os critérios, as modalidades e sua aplicação. Utiliza-se a avaliação for-

mativa, que tem por fim guiar o aluno, procurando situar suas dificuldades, auxiliando-o a descobrir modos de progredir na aprendizagem.

O método de Balint

Na década de 1960, Michael Balint, psicanalista húngaro trabalhando na Inglaterra, apresentou um método de estudo para médicos que queriam compreender os problemas emocionais de seus pacientes. Seu trabalho desenvolveu-se através de grupos de discussão, compostos por oito a dez médicos clínicos e mais um ou dois psiquiatras, que se reuniram semanalmente por uma hora durante dois ou três anos. Os participantes faziam relatos espontaneamente, sem uso de material escrito, desejando conseguir assim maior fidedignidade nos relatos, evitando qualquer elaboração secundária que a escrita poderia induzir.

Sobre o método de treinamento, Balint (1975) acreditava que deveria ser eminentemente prático e que a aquisição de habilidades psicoterapêuticas implicava, em certa medida, em alguma modificação da personalidade do médico, limitada, mas considerável. Examinava nos grupos a interação transferencial do paciente com o médico (pelos relatos) e os padrões habituais de reação dos médicos; e, a partir disso, as dificuldades pessoais e problemas não percebidos conscientemente. Desta forma, os médicos adquiriam a capacidade de tornar conscientes seus padrões automáticos e suas ansiedades causadoras.

O material mais importante utilizado no treinamento era a contra-transferência do médico, quer dizer, o modo como ele usava sua personalidade, suas convicções científicas, seus padrões de reação automática, entre outros aspectos. Evitavam-se as supervisões individuais e o “aprender sendo ensinado”.

Os fatos que interessavam a Balint eram os de natureza pessoal e subjetiva, por vezes difíceis de serem verbalizados pelos médicos. O acesso a esse material podia colidir com a objetividade utilizada na coleta de dados da anamnese médica habitual. Esse material, entretanto, influi profundamente na atitude frente à vida, no ficar doente, na maneira de aceitar a ajuda médica, entre outros, tendo suas raízes nas experiências infantis que influenciam permanentemente o funcionamento consciente. O exame das raízes infantis, embora reconhecido, não era explorado

nos encontros.

Mello Filho (2000), tratando da aplicação do método de Balint no Brasil, relata ter sido utilizado com êxito no trabalho privado de médicos clínicos. Dentro dos hospitais universitários, tomou a forma de grupos de reflexão e, em junto com a interconsulta, serviu ao exame de situações focais, inusitadas e mesmo traumáticas, visando uma abordagem breve. Nos ambulatórios dos serviços públicos foi pouco utilizado, já que os médicos não dispunham de mais de dez minutos para cada paciente - o que não é o que se espera no modelo da integralidade. Reflete este autor que o método está vivo aguardando oportunidades para ressurgir. De fato, o método de Balint é utilizado em muitos países e conta com associações científicas que promovem encontros para estudo e pesquisa, como o 15º Congresso Internacional Balint, realizado em Lisboa/Portugal em 2007, cuja temática foi “Medicina, Evidência e Emoções, cinquenta anos depois”.

Principais semelhanças e diferenças: ABP, Problematização e Balint

A seguir, apresentaremos uma sistematização dos dados já discutidos anteriormente, objetivando enfatizar semelhanças e diferenças entre cada método, com o intuito de proporcionar uma visão ampla, conjunta e comparativa de cada um deles.

Tabela 1: Principais semelhanças e diferenças dos métodos ativos

	Aprendizagem Baseada em Problemas	Problematização	Balint
Base Teórica	Democratização Escola Nova/Ativa Cognitivismo	Concepção histórico-crítica da educação Pedagogia da liberdade	Psicanálise
Autores	John Dewey Howards Barrows	Paulo Freire Neusi Berbel	Sigmund Freud Michael Balint

Envolvimento da Instituição	Pleno: toda a instituição	Parcial: professores/ alunos	Parcial: professores/ alunos
Recursos Materiais	Exige mudanças institucionais no coletivo	Não exige mudanças institucionais no coletivo	Não exige mudanças institucionais no coletivo
Estruturação	Muito estruturado; Sistematizado; Papéis dos participantes bem definidos; Rígido no uso do tempo; Trabalho em grupo e individual	Menos estruturado; Sistematizado; Papéis dos participantes pouco definidos; Surpreende; Trabalho em grupo	Pouco estruturado; Pouco sistematizado; Papéis dos participantes livres; Surpreende; Trabalho em grupo

<p>Momentos do Processo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do problema; 2. Definições e esclarecimentos sobre o problema; 3. Análise do problema; 4. Hipóteses explicativas ou de solução; 5. Formulação dos objetivos de aprendizagem; 6. Identificação das fontes de informação e busca de novos conhecimentos; 7. Síntese dos conhecimentos/ Revisão das hipóteses iniciais; 8. Opcional: avaliação. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observação; 2. Identificação de pontos chave; 3. Teorização; 4. Hipóteses de solução; 5. Aplicação à realidade. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abertura e apresentação espontânea do problema clínico; 2. Esclarecimentos: participantes apontam questões e perguntam; 3. Observação e retirada do apresentador, que então ouve: debates, sentimentos, frustrações, angústias, sucessos e experiências revividas dos participantes; 4. Síntese das opiniões discutidas (focalização nos aspectos subjetivos, automáticos, involuntários, não conscientes, expressos no discurso e na conduta); 5. Sumário e pontos a reter.
<p>Problemas</p>	<p>Elaborado por professores conforme sequência do currículo</p>	<p>Elaborado pelos estudantes explorando a realidade social</p>	<p>Elaborado pelos estudantes, explorando o intercâmbio subjetivo com o paciente, com foco no que sente e que contribui para comportamentos inibidos ou não esperados</p>

Definição e análise do problema/ observação	Realizado em discussão em grupo, conforme combinações, funções e regras	Corresponde à observação realizada mais livremente	Realizado em grupo de modo livre e tão espontâneo quanto possível
Formulação dos Objetivos de Aprendizagem/Pontos-chave	Bem definidos, especificado e fechados	Bem definidos e abertos	Definidos conforme necessidade do estudante apresentador
Hipóteses Iniciais Busca de Novo Conhecimento/ Teorização	Orientação definida de busca; Alunos comprometidos com professor e grupo	Orientação definida de busca; Alunos comprometidos com professor e grupo	Orientação de busca não definida, a critério do interesse individual; Alunos sem compromissos formais com grupo e professor
Hipóteses Revisadas/ Hipóteses de Solução	Revisão do conhecimento inicial com base no conhecimento científico novo obtido	Revisão não só do conhecimento científico específico, mas também do social, político e econômico	Revisão espontânea no sentir e perceber aspectos emocionais inicialmente experimentados
Aplicação à Realidade	Opcional: visa exercício intelectual e desenvolvimento de habilidades	Ocorre: busca transformações na realidade	Ocorre: mudanças de atitudes, revelando mais compreensão emocional
Tamanhos dos Grupos	Até 12 estudantes	Até 30 estudantes	Até 10 estudantes

Papéis no Grupo	Tutor/Facilitador – Professor: estimular, facilitar e mediar; Coordenador: distribuir palavra; Relator: sintetizar; Secretário: administrar o tempo	Não há distribuição de papéis fixos, alternância entre os participantes	Não há distribuição de papéis, exceto a do coordenador e do apresentador de material clínico
Capacitação do professor	Exige estudo e aperfeiçoamento permanente/em serviço	Exige estudo e aperfeiçoamento permanente	Exige estudo e aperfeiçoamento permanente de si próprio
Possibilidades	Desenvolvimento intelectual; aumento dos conhecimentos, desenvolvimento de habilidades cognitivas e de trabalho em grupo; constrói conhe- cimentos a partir de conhecimentos estabelecidos	Desenvolvimento da sensibilidade social e de atitudes solidárias; constrói conhecimen- tos a partir da aproximação da realidade	Desenvolvimento emocional e melhor compreensão das atitudes; Constrói conhecimentos a partir das vivências emocionais sentidas individualmente dentro do grupo
Limites	Exige mudanças institucionais e recursos Materiais	Exige realidade social a ser observada	Exige alunos motivados e mais amadurecidos
Avaliação	Ao fim de cada módulo conforme objetivos e conhecimentos científicos estabelecidos	Além dos conhecimentos científicos considera as percepções e representações do contexto social	Apreciação do apresentador daquilo que foi discutido; Síntese e sumário das conclusões com ênfase nos pontos a serem retidos.

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

A Instituição de Ensino Médico

Ao longo dos anos surgiram inquietações com o modelo vigente (tradicional), advindas dos desafios e necessidades de saúde das populações. Modificações no panorama epidemiológico, com o crescimento das doenças crônicas e não transmissíveis, levaram a uma compreensão ampliada de saúde e ao diagnóstico abrangente da doença, que passa a ser percebida como um processo no qual, além de biológicos intervêm fatores sociais e psíquicos. A saúde passou a ser considerada não só ausência de doença, mas qualidade de vida. Como consequência, entra em consideração o estilo de vida do indivíduo e o meio em que ele vive.

A constatação das necessidades sociais passa a exigir dos serviços de saúde novas abordagens e o enfoque curativo evolui para promoção da saúde. Nesse sentido a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu as bases conceituais e políticas da promoção da saúde, propondo cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Essa conferência, bem como as que seguiram, apontou para a mudança de modelo de formação profissional, considerando que as doenças do indivíduo relacionam-se ao contexto sócio-histórico, valorizando o papel da subjetividade na construção de saúde pessoal. Isso contrasta com o modelo tradicional que valoriza a excelência dos conhecimentos biomédicos e privilegia as especialidades.

No Brasil, também em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde propôs uma mudança na legislação com repercussão na elaboração da CF/88. Logo em seguida, as Conferências Mundiais de Educação Médica, ocorridas em Edimburgo em 1988 e 1993, delinearam o perfil esperado do médico para o Século XXI. A preocupação com a formação médica, levou o Conselho Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM, 1997), entre 1991 e 1997 a estudar e diagnosticar a situação do ensino médico.

O ProjetoUNI (Fundação Kellogg), ainda na década de 1990, ofereceu apoio a projetos inovadores de instituições universitárias com cursos na área de saúde, baseados em estudos epidemiológicos da população para a qual ofereciam seus serviços, trabalho interdisciplinar, com equipes multidisciplinares, articulando ensino e aprendizagem no serviço. Recomendou superar a separação dos ciclos básico e profissional dos cursos de medicina e incorporar ações clínicas de natureza preventiva e de promoção da saúde na atividade habitual dos profissionais. Sugeriu ainda, a diversificação dos cenários de prática, o ensino baseado na resolução de problemas e em projetos de investigação. As pesquisas deveriam apontar não só para problemas biomédicos, mas abordar as questões sociais pertinentes, dar preferência às situações de saúde prioritárias e à organização dos serviços de saúde. A avaliação deveria estar voltada para a verificação de competências e de desempenho, incluindo desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes e valores a serem incorporados ao longo da formação. Algumas escolas médicas brasileiras foram contempladas, entre elas estavam a de Londrina (UEL) e de Marília (FAMEMA), as quais já tinham implantado desde alguns anos um projeto inovador, quando da edição das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, do MEC.

O Ministério da Saúde, para estender os benefícios de saúde à população, universalizando-a, elegeu estratégias de ação como o Programa de Saúde da Família (PSF), devendo os médicos estar capacitados para este Programa na ótica da integralidade. Para tanto, visando estimular a formação de pessoal, apresentou o PROMED e depois o Pró-Saúde, com o intuito de acelerar a implementação das DCN. Desde então, verificam-se estudos que pretendem avaliar a adequação das escolas de medicina a esta realidade.

O trabalho já referido de Lampert (2002) objetivava o estudo das tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Nele a autora apresenta um instrumento por ela elaborado, que permitiu verificar a tipologia das escolas de medicina antes mesmo da publicação das DCN. Com este instrumento foi possível tipificar as escolas (conforme seus modelos) como: tradicional, inovadora tradicional, inovadora avançada e avançada. Observou que existe um movimento nas escolas médicas

brasileiras no sentido da inovação e que todas aquelas estudadas vêm fazendo mudanças em seus currículos.

Naquele momento, concluiu a autora que as escolas médicas continuavam voltadas para as causas biológicas da doença, não faziam análise crítica do uso da tecnologia complexa e de alto custo, poucas desenvolviam pesquisas na área da atenção básica, prestação de serviços e gestão do sistema de saúde e, na pós-graduação os cursos não tinham articulação com a graduação. Poucas possuíam currículo integrado, predominando aulas teórico-expositivas e avaliação somativa. O cenário de prática predominante era o hospital e quanto aos professores não havia exigência de capacitação específica para a docência, embora pudesse ocorrer durante o mestrado acadêmico, mas geralmente com ênfase na atualização técnico-científica.

Em 2004 foi instituído pelo MEC, a partir da Lei 10.861, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), apontando critérios e princípios para construção da avaliação das escolas médicas como um processo participativo, formativo, construtivo e democrático, visando uma atualização do modelo de ensino conforme as DCN (LAMPERT, 2007). Buscou-se avaliar os processos administrativos e de gestão, assim como os de ensino e aprendizagem, e também os processos de acolhimento e resultados no cuidar da saúde e na prestação dos serviços à população. Esta avaliação está focada no modelo dirigido para a integralidade, no sentido de que valorize as necessidades (de saúde dos indivíduos e das populações), referidas pelos usuários e pelo setor de saúde; utilize metodologias que privilegiem a participação ativa do estudante na construção do conhecimento; possibilite a integração dos conteúdos, a interação entre serviços de ensino, pesquisa, extensão e assistência na perspectiva de vários cenários de prática. O SINAES é formado por três eixos de avaliação: institucional, dos cursos de graduação e do desempenho do estudante (neste caso, trata-se do Exame Nacional de Desempenho do Estudante - ENADE).

O estudo realizado por Lampert em 2002, por sua grande repercussão, foi ampliado em 2006, com o apoio do Conselho de Avaliação das Escolas Médicas - CAEM e da Associação Brasileira de Escolas Médicas - ABEM. Avaliou vinte e oito escolas de medicina e verificou que apesar

de contradições e forças que se contrapõem, existe um movimento no sentido de transformações, do que foi possível identificar a seguinte tipologia: 13 (46,4%) - Avançadas, 8 (28,6%) – Inovadoras Avançadas, 4 (14,03%) - Inovadoras Tradicionais, e 3 (10,7%) – Tradicionais.

A autora aponta os indicadores de mudanças na construção das reformas curriculares, a fim de atender às DCN: a coerência com o projeto pedagógico das DCN; a construção coletiva do projeto pedagógico (academia, instituições parceiras e comunidade); a capacidade das escolas em aliar ensino, pesquisa, extensão e assistência, incentivando ao mesmo tempo o ensino e aprendizagem em metodologias ativas; a produção do conhecimento aplicável à gestão de serviços de saúde; a interdisciplinaridade em coerência com o eixo curricular nas dimensões biológica, psicológica e social, em diferentes cenários de ensino e aprendizagem; a inserção dos estudantes em tais cenários; o incentivo à capacitação dos docentes; e por fim, a reflexão e análise dos processos e resultados do projeto pedagógico.

Material e Métodos

Para a realização da pesquisa foi utilizado o método qualitativo. Trata-se de um estudo dirigido a professores envolvidos com processos de mudanças didáticas e pedagógicas nas faculdades de medicina em que lecionam. Foi construída uma amostra não aleatória, com dez docentes: quatro da FAMEMA, quatro da UEL e dois da UCPEL, todos com experiência consolidada no magistério.

Entre eles, sete são formados em medicina, dois em enfermagem e um em ciências biológicas; quanto à titulação, cinco têm doutorado, três são mestres e dois são especialistas. No que diz respeito à experiência acadêmica por tempo de atividade docente, se distribuíam do seguinte modo: 2 entre 10 e 20 anos, 6 entre 21 e 25 anos e outros 2 com 26 anos ou mais.

Além das atividades docentes, a maioria dos professores desempenhava funções de gerenciamento e/ou coordenação didático-pedagógica dos cursos, com intenso envolvimento institucional. Nas entrevistas observou-se que se sentiam representantes de suas escolas.

É importante lembrar que em pesquisa qualitativa o número de participantes da amostra não visa garantir a representatividade do universo e tampouco os resultados servem para generalizações estatísticas, mas serão úteis em caso de situações similares e, assim, prestam-se para generalizações analíticas (VICTORIA, 2000).

A escolha das escolas prendeu-se ao fato de que as Faculdades de Medicina de Marília (FAMEMA) e de Londrina (UEL) foram pioneiras na utilização dos métodos ativos de ensino no Brasil. Os métodos ativos de ensino utilizados por elas são: a Aprendizagem Baseada em Problemas e/ou a Problematização. A escolha da Faculdade Católica de Medicina de Pelotas (UCPEL) foi por estar fazendo mudanças pedagógicas nos últimos anos. Esta escola, entretanto, se caracteriza por usar a metodologia tradicional.

Instrumentos, coleta de dados e procedimentos éticos

Realizou-se entrevistas de tipo semi-estruturada, que permitem o contato com informações não passíveis de observação direta, possibilitando conhecer a perspectiva do outro sobre diversos temas, na certeza de que sua experiência é significativa e possível de se tornar conhecida (NUNES, 2005). Quando os dados são do tipo subjetivo, referindo-se à experiência do indivíduo como uma reflexão dele sobre a realidade – como nesta pesquisa -, as entrevistas abertas, semi-estruturadas são instrumentos adequados (MINAYO, 2006).

Foi apresentado aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Informado, aceito e assinado, sem recusas, diante da garantia de anonimato dos participantes. Às questões da entrevista, com base no roteiro elaborado pelo pesquisador, foram agregadas outras sobre temas afins, na medida em que se tornassem necessárias. As entrevistas iniciais (UCPEL) constituíram um piloto e contribuíram à adequação do instrumento para as demais, verificando se as questões propostas eram inteligíveis aos informantes e adequadas para o intuito da pesquisa.

Organização dos dados e técnica de análise

Foram utilizadas a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979), tendo como suporte o *Software Qualitative Solutions Research Nvivo 2.0* (Q.S.R Nvivo 2.0). A seguir são apresentados os passos metodológicos que foram observados sobre a análise de conteúdo utilizada. Todas as entrevistas foram transformadas em documentos com extensão *rtf* (*rich text format*). Este software auxilia no desenvolvimento de uma estrutura hierárquica de codificações (do tipo árvore), possibilitando organizar e explorar informações e categorias de modo a flexibilizar a análise dos dados.

No que tange a técnica de análise dos dados, a análise de conteúdo distingui-se em três momentos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados; em detalhes a seguir.

Na pré-análise, procedeu-se a leitura flutuante através da qual se tomou contato com o material a ser analisado, deixando-se invadir pelas primeiras impressões. Procurou-se homogeneizar as técnicas utilizadas na leitura, verificando a pertinência e a representatividade dos conteúdos das entrevistas na relação com os objetivos da pesquisa.

A exploração do material, por sua vez, consistiu essencialmente de operações de categorização e de codificação. A categorização consiste na formação de categorias que ocorrem a partir da leitura flutuante e da preparação dos dados brutos em blocos temáticos (instituição, metodologia ativa, metodologia tradicional), conforme corpo teórico que compõe este estudo. A codificação seguiu de acordo com estes mesmos blocos. Esta etapa corresponde a uma transformação dos dados brutos, por recorte e agregação, o que permitiu atingir uma representação do conteúdo em unidades de significado (FIGUEIREDO, 2005). Então, a partir das grandes categorias, foram elaboradas subcategorias que admitem uma classificação mais precisa do material. Ao codificar realizou-se a análise temática do discurso dos entrevistados, pois a noção de tema está relacionada a um assunto específico, uma vez que está expressa pelas palavras, frases ou resumo inter-relacionados. O *Nvivo* foi de grande valor nesse momento. Nele as categorias são denominadas *nodes* (ou “nós”, em português). Assim, cada *node* é uma categoria e *subnode* uma subcategoria, sendo possível criar um conceito para cada categoria e subcategoria.

Por fim, antes de proceder à discussão dos resultados, todas as entrevistas codificadas foram lidas e examinadas, visualizando cada entrevista e cada segmento desta com sua respectiva categoria, dentro da árvore hierárquica das categorias e subcategorias. Após esta primeira codificação e agrupamento, cada uma foi impressa resultando em um documento em que estão registradas as verbalizações dos participantes, relacionadas àquela categoria ou subcategoria. Em seguida, realizaram-se novos agrupamentos entre as subcategorias de modo que na discussão fosse possível cotejar semelhanças e diferenças entre as metodologias ativas e as tradicionais, em cada subcategoria, buscando-se com isso obter maior visibilidade e proporcionar condições para interpretações.

Resultados e Discussões

Os dados obtidos nas entrevistas com os professores possibilitaram distinguir as três categorias citadas: instituição, metodologia ativa e metodologia tradicional. Estas proporcionaram o reconhecimento de subcategorias, as quais, por sua vez, permitiram caracterizar: as peculiaridades da instituição, os recursos necessários para implantação das mudanças e do currículo, bem como cada método de ensino, sua construção e características. Além disso, permitiram identificar os papéis do aluno e do professor e os limites e possibilidades de cada metodologia.

Instituição: mudanças, recursos e currículo

Com base nos dados coletados, observou-se que as mudanças institucionais ocorridas iniciaram especialmente na década de 1990, a partir do ProjetoUni, da Fundação *Kellogg*, tanto na UEL quanto na FAMEMA. As mudanças nestas escolas foram precedidas de um criterioso e aprofundado estudo sobre metodologias ativas, tendo vários de seus docentes realizado capacitações em MacMaster (Canadá), Maastricht (Holanda), centros de destaque no desenvolvimento de tais metodologias.

Segundo os docentes, a construção do currículo integrado deve estar voltada para capacitar os alunos a atender às demandas das comunida-

des que assistem. Deste modo, o Projeto Político Pedagógico (PPP) destas faculdades está sendo direcionado ao atendimento destas necessidades específicas, objetivo das políticas de saúde, consoante à legislação e às organizações inspiradas pela Carta de Alma Ata de 1978.

O processo de mudança curricular é constituído por uma determinação legal, conforme as DCN. No entanto, não é algo pacífico, tende a desencadear angústias e temores quanto aos seus efeitos. Em relação ao tema e nas escolas de medicina pesquisadas, estas dificuldades foram enfrentadas com a mobilização ampla da comunidade acadêmica e com negociações em muitas de suas instâncias, incluindo professores, alunos, organismos dirigentes e lideranças. Conforme referido nas falas, prevalece nas escolas uma tendência no sentido de que os professores e a instituição aceitem as transformações curriculares, o que de início foi bastante difícil.

Entre os inúmeros fatores relacionados no presente estudo a justificar a resistência às mudanças (renovada periodicamente), destaca-se a tensão quanto à mudança do papel dos alunos e do professor, já que nas metodologias ativas este deixa de ser o centro do ensino, tomando os estudantes para si o compromisso com sua aprendizagem. Isso contrasta com o ensino tradicional, ao qual estão acostumados desde o início da sua vida estudantil.

Os cursos de medicina sempre valorizaram os critérios de avaliação interna: se os alunos atingiam os objetivos curriculares e se obtinham boa classificação nos concursos, nada mais necessitaria ser feito do ponto de vista do projeto didático-pedagógico.

A implementação destas transformações, para um ensino voltado ao atendimento das demandas de saúde da população, necessita de uma liderança acadêmica a ser exercida por um gestor. Este deve articular junto aos departamentos e docentes da universidade, formar parcerias com os seus diversos setores, com as unidades de saúde e com outros setores do serviço público, principalmente municipal, uma vez que a saúde encontra-se municipalizada.

O setor privado, por seu turno, também deve ser incluído nas parcerias. A comunidade tem um papel essencial neste processo, pois participa ativamente na eleição das prioridades de saúde que constituem

importante referencial à organização dos programas de saúde e de ensino. O gestor, portanto, tem um papel de grande complexidade e deve exercê-lo com muita habilidade política e institucional.

Na UEL, na medida em que se construía o novo modelo, com a participação de toda a comunidade acadêmica, inúmeras comissões discutiam e aprofundavam o PPP, aprovando os instrumentos regimentais (UEL, 2006) que configurariam o curso conforme o novo modelo que se implementava. Na FAMEMA, entre as diversas instâncias de ampla participação já referidas, destaca-se a atuação dos estudantes, interessados em estimular tais mudanças, conforme dito pelos professores. Já na escola de medicina da UCPEL, que mantém o ensino de modelo tradicional, está em andamento uma reestruturação do seu curso, onde estão sendo feitos ajustes para aperfeiçoamento do currículo na direção da integralidade.

No que diz respeito aos recursos, as instituições necessitam disponibilizar uma gama deles, indispensáveis ao desenvolvimento das metodologias ativas de ensino. Na medida em que os alunos são incentivados a buscar ativamente o conhecimento, para que isso ocorra, a instituição deve favorecer o acesso aos recursos didáticos e pessoais, incluindo bibliotecas e laboratórios bem equipados e toda a logística relacionada a este fim.

Os laboratórios de prática profissional e habilidades, por exemplo, introduzem os estudantes desde o início do curso nas atividades práticas, inicialmente com pacientes simulados, preparando-os então para o contato com casos reais. Isso não exclui a possibilidade de que os alunos desenvolvam atividades com pacientes na comunidade desde cedo.

Os primeiros contatos com pacientes na comunidade visam ainda colocar o aluno frente a pessoas não doentes e, deste modo, poderão desenvolver ações de promoção da saúde. Neste sentido, a aproximação da escola junto aos serviços de saúde do município, além do hospital e ambulatórios, proporciona um cenário de prática diversificado.

Já os recursos pessoais utilizados para o ensino e aprendizagem neste modelo, são constituídos pelos professores e profissionais da rede de saúde do município (chamados colaboradores), que formam uma equipe multidisciplinar. Entre eles, os agentes de saúde têm uma importante

participação, acompanhando alunos e professores nas visitas domiciliares. Os docentes, dependendo da sua função didático-pedagógica na metodologia ativa, recebem a denominação de tutor, facilitador, orientador ou consultor. Os estudantes também estão incluídos dentre os recursos pessoais, na medida em que são sujeitos e objeto do ensino.

Quanto ao currículo, FAMEMA e UEL adotaram o integrado, que é organizado por módulos, diferenciando-se do tradicional, por disciplinas. Após vários debates entre a comunidade acadêmica, levantou-se a questão de se os módulos de ensino deveriam ser organizados por sistemas ou por ciclo vital. Ambas optaram pela organização dos módulos através do ciclo vital. Desta forma, o segundo módulo de seus cursos trata da concepção e formação do ser humano. Isso fez com que os professores de diversas especialidades e de disciplinas, anteriormente ministradas em diferentes momentos do curso, se reunissem em torno deste objetivo.

Como o currículo integrado está voltado para inserção do aluno na comunidade, buscando aproximá-lo do contexto social, alguns docentes ressaltaram sua importância por valorizar as habilidades de comunicação dos alunos, visando à relação médico-paciente e para isso oportunizando experiências nos laboratórios de prática já nos primeiros anos do curso. Não que isso não ocorresse antes; no entanto, tratava-se de uma inserção transversal no curso, através da Disciplina de Psicologia Médica.

Uma outra característica do currículo integrado, destacada nas falas, é a interação que existe entre os professores e deles com a instituição, o “sentar e trabalhar juntos”. O currículo integrado une interdisciplinarmente teoria com a prática. Para alcançá-lo e chegar a esta integração, são utilizadas as metodologias ativas como a ABP e a Problematização. Os aspectos teóricos são apresentados através dos módulos temáticos, correndo em paralelo à prática.

Na FAMEMA a parte prática, no início do curso, encontra seu amplo desenvolvimento na Unidade de Prática Profissional (UPP). Nesta faculdade, a primeira e a segunda série são realizadas nas Unidades de Saúde da Família (na Unidade Básica de Saúde, UBS); a terceira está voltada para o hospital. Assim, os alunos têm experiência de assistência em

nível primário, secundário e terciário. Na UEL, a parte prática se realiza nos denominados módulos PIN (Práticas Interdisciplinares de Interação, Serviços e Comunidade). Nas UBS, os estudantes fazem relatórios a partir de sua observação junto às famílias nas visitas domiciliares.

O currículo tradicional, em contraste com o integrado, caracteriza-se por um conjunto de disciplinas, apresentadas ao longo do curso de uma maneira um tanto isolada uma das outras, havendo pouca integração entre elas e delas com a própria instituição. O trabalho isolado pode criar distorções tais como, repetições de conteúdo, ênfase em alguns temas da preferência do professor, sem considerar a relevância do contexto de saúde.

Neste currículo (disciplinar), o professor é o centro do ensino e se esforça para reter a atenção dos alunos. No entanto, seu preparo pode não ser suficiente para mantê-los interessados na aula. Os estudantes podem ainda não se interessar pela disciplina, já que costumam direcionar seu foco para outras de acordo com a especialidade por eles pretendida. Resulta disso que os alunos, mesmo presentes em aula, estejam ali mais por uma exigência curricular do que por uma motivação de aprendizado.

Métodos de Ensino Ativo e Tradicional: Caracterização, Construção e Avaliação

O ensino tradicional caracteriza-se pela reprodução do conhecimento científico estabelecido e é praticado de forma muito semelhante na maioria das escolas de medicina. O currículo tradicional caracteriza-se por apresentar primeiramente a teoria e posteriormente a prática. Os primeiros anos do curso são voltados para o ensino básico, enquanto os últimos estão direcionados ao ensino profissionalizante. Os estudantes são ouvintes e os professores expõem seus conhecimentos em aulas magistrais para grandes grupos. Já as aulas práticas são oferecidas para grupos menores de alunos, com um instrutor que faz demonstrações através de exames e de procedimentos clínicos.

No processo de ensino e aprendizagem no método tradicional, o docente informa e o aluno registra, havendo pouco estímulo à discussão, limitando os comentários a esclarecimentos quanto ao apresentado.

Não há um problema novo a ser resolvido, criado em decorrência do próprio estudo.

Assim, o currículo organizado sob forma de disciplinas (tradicional) estimula a compartimentação do conhecimento. Os entrevistados ressaltaram que isso dificulta a integração dos conteúdos para os alunos, que buscam alcançá-la nos estágios profissionalizantes (a parte prática). Possivelmente em decorrência da possibilidade da integração dos conhecimentos, os estudantes frequentemente manifestam a preferência pela parte clínica, mais próxima da prática profissional.

Os métodos ativos, por outro lado, constituem instrumentos adequados para alcançar o currículo integrado. Em um currículo deste tipo, vêm em primeiro lugar a observação e a prática, para que então seja introduzida a teoria. Este aspecto apareceu nas falas dos professores como constituindo uma mudança de paradigma do ensino, o que é possibilitado tanto pela ABP, quanto pela Problematização.

Constatou-se que essas metodologias apresentam a mesma lógica de construção do próprio método científico: observando, experimentando e testando hipóteses, elaboram-se soluções para aplicá-las, tal como ocorre também na medicina baseada em evidências. Estabelecendo um paralelo, poder-se-ia dizer que a medicina baseada em evidências - lastreada na comprovação científica e não apenas na experiência do profissional - é um meio palatável de tratar do método científico, como referiu um dos docentes entrevistados. Da mesma forma, os métodos ativos de ensino constituem uma lógica similar para o ensino da medicina.

Em relação à utilização desses métodos, tanto a FAMEMA como a UEL aplicam o ABP e a Problematização no ensino. Em ambas, ora o professor trabalha mais próximo ao ABP, dentro da Unidade Sistematizada, ora ele se aproxima mais da Problematização, dentro da Unidade de Prática Profissional. Um dos professores (no caso, da FAMEMA) referiu que se percebe que são duas formas muito parecidas; o que as diferencia, na realidade, é que a Problematização se presta mais à prática profissional, porque necessariamente tem-se que voltar à comunidade para dar uma resposta àquela realidade, em um ciclo ação-reflexão-ação. Já na tutoria - em que se utiliza o ABP na Unidade Sistematizada - fica-se mais no que chamou de “vertente teórica”, sem o compromisso

de interagir com a realidade, por ser mais um exercício de sala de aula, um exercício cognitivo.

Referindo-se à construção do ABP, os professores explicaram que a dinâmica é a seguinte: os alunos recebem um problema e discutem-no seguindo os sete passos da metodologia. Na discussão com o grupo, o professor questiona, orienta, tensiona até as fronteiras do conhecido, para a elaboração de hipóteses iniciais. Então, os estudantes fazem suas pesquisas, ampliando a base inicial de conhecimento.

Com relação à metodologia da Problematização, a FAMEMA utiliza problemas vivenciados no mundo real. O estudante é inserido na prática desde a primeira série, entrando em contato com a realidade, com as pessoas, indo até suas casas, coletando dados a partir de uma breve história daquela família ou indivíduo (se for o caso). Retornam então à UBS, onde discutem com o grupo e os facilitadores, levantando questões de aprendizagem. Segue-se um momento de pesquisa dos alunos, que retornam para a discussão e compreensão do caso, propondo intervenções.

Em relação às questões emocionais, que fazem parte do cotidiano dos estudantes no contato deles com os pacientes e seus familiares, cabe uma observação importante: embora os métodos ativos possam oferecer algum suporte para lidar com esta problemática, não se mostram suficientes, dada a complexidade da subjetividade nela envolvida. Neste sentido, o método de Balint oportuniza uma abordagem bastante útil, inclusive pelo referido por alguns professores entrevistados, ao relatarem que não estão instrumentalizados para tanto. Com efeito, a abordagem dos aspectos subjetivos na educação é difícil e por vezes negligenciada. Ainda que seja reconhecida a influência dos aspectos afetivos, tanto no ensino como na assistência ao paciente, professores e alunos acabam se orientando pelo senso comum e por conhecimentos pessoais obtidos, via de regra, por experiência própria. Os cursos médicos que utilizaram este método (originalmente aplicado a médicos formados e com certa experiência clínica), o adaptaram às condições dos alunos, levando em consideração que os acadêmicos são jovens ainda em formação, com pouca experiência e sujeitos a obrigações didático-pedagógicas e institucionais.

Na FAMEMA e na UEL, embora este método seja conhecido por alguns professores, dos três métodos ativos apresentados, o de Balint é o mais desconhecido e o menos utilizado. Kerr (2001) comprovou sua utilidade e eficácia em estudo realizado no Brasil. Em publicação recente este método foi recuperado para aplicação na atenção básica em saúde (CAMPOS, 2008).

No Laboratório de Prática Profissional (FAMEMA) e nos Módulos PIN (UEL), ao ocorrer o contato dos estudantes com os pacientes e familiares, as questões emocionais e os aspectos do relacionamento interpessoal encontram oportunidade de serem trabalhados. Porém, permanecem focalizados nos aspectos conscientes da comunicação, vinculados à conduta, aos costumes, com o enfoque nas questões sócio-culturais, por serem mais nítidas para os estudantes.

A resistência ao abordar as questões emocionais parece estar presente tanto em professores quanto nos próprios alunos, que frequentemente consideram os temas subjetivos de natureza emocional como algo fantasioso. Por isso tendem a querer uma instrução objetiva, esquematizada e protocolada. Observam-se dificuldades com o enfrentamento da ambiguidade que acompanha as emoções. Esta falta de entendimento pode levar compensatoriamente ao oferecimento de regras, normas de conduta, orientações, visando uma simplificação, criando o risco de banalizar o estudo do conteúdo emocional que é complexo por sua própria natureza.

Tratando da avaliação nos métodos, esta varia conforme a concepção do projeto pedagógico. No método tradicional, costuma ser do tipo cognitiva, somativa, realizada ao término da disciplina através de prova escrita, que neste modo de ensinar constitui-se como instrumento de pressão utilizado para estimular o aluno a estudar. Assim, o interesse não está focado no gosto pelo estudo nem na motivação para adquirir conhecimentos, mas na demonstração do quanto foi acumulado em termos de conteúdo.

Já a avaliação nos cursos com metodologia ativa assume um sentido formativo, podendo ser mesclada até mesmo com as do tipo diagnóstica e somativa. Neste modelo, diversas técnicas podem ser utilizadas: auto-avaliação, entre pares, do professor, prática, do desempenho clí-

nico, portfólio etc. Como o objetivo é estimular o aluno a “aprender a aprender”, as avaliações não devem se voltar tanto para o conteúdo, mas centrarem-se nos processos de aprendizagem, visam oportunizar ao aluno uma percepção ampla do seu desenvolvimento cognitivo. O professor acompanha o aluno, instruindo-o sobre suas dificuldades, dando-lhe *feedbacks*, para então avaliá-lo levando em conta todo um montante de informações. Ou seja, nos grupos tutoriais a avaliação está incorporada ao processo de trabalho.

Os papéis do aluno e do professor

A compor o papel do aluno na aprendizagem está a importância da sua identificação com o professor, que leva à construção de modelos. Isso é muito diferente de uma mera imitação. O aluno pode introjetar (imagens, experiências, conteúdos etc.), até chegar a construir um modelo próprio. Caso o professor, no exercício da sua função seja capaz de ir além da demonstração, verbalizando o que pretende ensinar e de trazer para esse exercício toda sua personalidade, poderá ter mais condições de se aproximar do aluno e, então, favorecer os mecanismos identificatórios entre ele e os estudantes.

No que diz respeito às metodologias ativas, alguns docentes ressaltaram que a relação professor-aluno muda consideravelmente. Em especial porque os professores nas tutorias têm um contato mais frequente com os estudantes, em pequenos grupos e por isso mais individualizado, acompanhando-os por seis meses podendo chegar a dois anos, o que intensifica o contato entre ambos. Já no ensino tradicional, o aluno diante da autoridade do professor em seu papel central pode se sentir submetido e infantilizado, diminuindo sua capacidade crítica. Isso, em princípio, poderá ocorrer também em metodologias ativas. No entanto, o risco tende a ser menor pelo fato do professor assumir o papel de mediador no processo de ensino e aprendizagem dos alunos que, por sua vez, tornam-se mais ativos na construção do seu conhecimento.

Em relação ao papel do professor, o modelo tradicional o expõe menos, por lidar basicamente com aquilo que apresenta aos alunos, que o assistem passivamente. É comum também que os docentes envolvam-

-se menos detidamente com a instituição de ensino. Assim, segundo os professores entrevistados, a mudança rumo à metodologia ativa implica necessariamente em capacitá-los, tendo em vista a exposição maior que terão diante dos alunos. O encontro com o desconhecido e o embaraço que isso causaria ao professor na frente dos alunos, pode constituir-se em um problema importante para alguns deles.

Alguns entrevistados referiram que é possível que a maioria dos professores universitários não tenham capacitação formal para a docência, tendo se tornado professores acreditando que para tanto bastaria a formação médica. Nas metodologias ativas o professor tem que estar especialmente capacitado, sobretudo a ouvir. Ouvir não significa mero silêncio, ao contrário é uma atitude reflexiva, crítica, que ocorre enquanto observa inteligentemente, pensando sobre a melhor intervenção, selecionando a quem será dirigida e qual situação (quando) proporcionará uma melhor aprendizagem.

A formação do docente - portanto de um educador - é um processo que necessita de elaboração e que ocorre em um determinado tempo. A identidade de professor vai se formando aos poucos, através de um suceder de introjeções e projeções de conceitos, vivências e experiências, que vão sendo assimiladas e integradas a sua personalidade. Entretanto, alguns professores chegam a crer que seja desnecessária uma formação específica em educação (e/ou educação médica), p. ex. via cursos de pós-graduação, considerando sobrecarga de trabalho.

A crença de que o gosto pelo aluno, pela atividade clínica e pelo ensino seriam suficientes, pode levar ao equívoco de supor que o conhecimento de métodos pedagógicos poderia limitar a criatividade do professor.

Nos métodos ativos, além da capacitação básica, avançada, continuada, os professores devem fazer educação permanente (FARIA, 2008). É reconhecida esta importância e necessidade, pois existe certa tendência de afastamento do modelo inovador para um retorno ao tradicional. É necessário enfatizar que no ensino de currículo integrado, com o uso de metodologias ativas, o exercício pedagógico dos docentes depende desta renovação e aprimoramento contínuos. Tal como ressaltou um dos professores, a educação permanente trabalha com o conteúdo que

vem da prática, sendo feita no momento em que os professores estão em atividade.

Limites e possibilidades das metodologias

O ensino tradicional, organizado através de disciplinas e com pouca integração entre elas, traz problemas para que o aluno integre o conhecimento em seu processo de aprendizagem, o que lhes gera insatisfação e insegurança. No ensino com o método ativo, a integração dos conhecimentos é facilitada pelo processo desencadeado através da discussão a partir dos problemas oferecidos. É significativo ainda, que no ensino de currículo integrado os professores trabalham em conjunto, tendo necessariamente um maior envolvimento com a instituição.

No entanto, alunos com conhecimento mais integrado e docentes identificados com a instituição não têm assegurada a compreensão biopsicossocial integrada do paciente, a qual é essencial quando se prepara profissionais para o modelo da integralidade. A fim de obter essa visão integral do paciente - além da referida capacitação formal do docente - o aluno deve gostar do contato, ter capacidade para encarar as situações e ser preparado para tanto.

Em relação à capacitação do estudante para trabalhar com a comunidade, os alunos do curso de método ativo encontram mais facilidade para desenvolver suas atividades, por estarem inseridos em um projeto pedagógico, contextualizado e voltado para as necessidades de saúde da população. Todavia, relataram os professores que no modelo tradicional os alunos não são bem preparados para atender à comunidade, pelo fato do ensino ser voltado para cura e reabilitação.

A metodologia ativa, tanto na ABP quanto na Problematização, é um processo que se refere fundamentalmente a uma mudança de papel entre o estudante e o professor. Como dito em outros momentos, esta metodologia foi escolhida para instrumentalizar o projeto pedagógico dos currículos integrados.

Quanto ao relacionamento médico/estudante-paciente, um importante aspecto foi trazido por um dos professores, a partir de sua experiência em aula: mesmo utilizando-se métodos ativos, não ocorreu a

interação esperada, pois os alunos pareciam indiferentes em relação a estas subjetividades, embora tecnicamente preparados, mostrando ser preciso trabalhá-las. O entendimento dos aspectos subjetivos, sobretudo os relacionados com manifestações emocionais mais profundas, de fato é quase inexistente. Neste sentido, o método de Balint oportuniza a abordagem destas questões, uma vez que auxilia na elaboração de vivências e sentimentos do médico/estudante com o paciente.

Por fim, a literatura (SCHMIDT, 1987) salienta que nos cursos tradicionais os alunos adquirem conhecimentos - quando considerados os escores nos testes acadêmicos -, em contraponto aos currículos ABP (ativos), em que os estudantes adquirem melhores habilidades clínicas e de resolução de problemas, sem prejuízo da apreensão de conteúdos.

Conclusões

A análise dos dados possibilitou acompanhar as peculiaridades dos processos de ensino e aprendizagem nas três faculdades de medicina abordadas por este trabalho: UCPEL, que mantém o modelo tradicional; FAMEMA e UEL, que adotaram o modelo integrado. Quando da edição das DCN, estas duas já estavam com o currículo integrado em pleno andamento.

Atualmente FAMEMA e UEL já formaram algumas turmas, servindo de referência para outras escolas de medicina. Realizaram profundas mudanças, objetivando a formação dos profissionais, para estender ainda mais os benefícios de saúde à população cujo instrumento principal é o PSF, já em funcionamento em várias cidades. Assim, os esforços devem se dirigir à promoção da saúde e qualidade de vida, sem desconsiderar a prevenção secundária e a reabilitação. Isso coincide com o modelo da integralidade que pressupõe a utilização de recursos em ação conjunta dos setores da saúde (MS) e da educação (MEC), pelas DCN.

Operacionalizar o que está disposto nas DCN não é um caminho de mão única. Inúmeras faculdades estão fazendo adaptações. Na FAMEMA e na UEL houve um estudo profundo acompanhado da mobilização acadêmica, parcerias públicas e privadas, com participação da comunidade e dos estudantes. Estas escolas médicas proporciona-

ram ampla discussão das mudanças, visando à capacitação docente em metodologias ativas para a formação de médicos aptos à prática profissional no modelo da integralidade. Os médicos com formação mais ampla, generalista, com capacidade crítica e reflexiva, sensíveis aos problemas sociais e psicológicos e com forte base nas ciências biológicas, desempenharão seu novo papel, que difere em relação com o modelo tradicional.

De modo geral, o professor deverá revisar o seu modo de trabalhar com o ensino, buscando o indispensável preparo pedagógico para a docência em medicina e, mesmo aqueles já com alguma habilitação para a docência, deverão buscar um implemento de capacitação. O envolvimento com o ensino aumenta e a relação com os alunos modifica-se, ocorrendo mais parceria e colaboração. O reconhecimento e a competência do professor deixarão de basear-se em critérios como o de uma autoridade detentora do conhecimento. Quanto aos estudantes, deverão desenvolver a capacidade crítica e reflexiva, além daquela de busca e de seleção de conhecimento, bem como de uma postura ética apropriada.

A avaliação dos estudantes também deve ser reconsiderada, tornando-se de base formativa e fazendo parte do próprio processo de ensino e aprendizagem, devendo ser estendida para todos os personagens: alunos, professores, curso e instituição.

O modelo de ensino integrado exige um trabalho continuado para seu desenvolvimento e manutenção, pois há sempre o risco do restabelecimento do tradicional. As modificações na instituição de ensino médico encontram resistências que necessitarão ser compreendidas e enfrentadas pela formação médica, atualmente ainda pautada pelo modelo Flexner.

Três metodologias ativas foram descritas, quais sejam o ABP, a Problematização e o método de Balint. Ficou evidente a utilização do ABP e da Problematização para o ensino dos aspectos cognitivos e sociais. A discussão a partir de um problema no grupo de pares contribui para o desenvolvimento da capacidade de raciocínio e da integração disciplinar na busca de sua solução. Entretanto, os aspectos emocionais, embora ventilados, poderiam ter maior aprofundamento. Neste sentido, o método de Balint, adaptado aos estudantes, pode oferecer um importante

subsídio, embora quase não seja utilizado pelas escolas de medicina, o que merece indagações futuras.

A aprendizagem implica em uma modificação não só da estrutura cognitiva, dos aspectos racionais e intelectuais, mas da personalidade do aluno e do professor como um todo, na qual os aspectos emocionais têm um papel decisivo, já que a compreensão dos dinamismos psíquicos é fundamental, podendo servir para relações individuais, em grupo ou institucionais. O relacionamento do professor com o aluno proporciona um clima emocional apropriado (ou não) para aprendizagem, o que também se refletirá na relação destes com os pacientes e a comunidade. Neste sentido, as metodologias ativas demonstram-se apropriadas para o modelo integrado, visando às modificações do ensino médico consoante às Diretrizes Curriculares Nacionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.J, Leite, P.H.P. **Manual Geral do Professor Tutor**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2007.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1975.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 1979.

BERBEL, N.A.N. **Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: Diferentes termos ou diferentes caminhos**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 1, n. 2, 1998.

_____. **A teoria e a prática da metodologia da problematização em outras realidades, a partir dos trabalhos produzidos na UEL: uma investigação através do site de pesquisa Google**. Disponível em: http://www.2.uel.br/pessoal/berbel/metodologia_da_problematizacao. Acesso em: 01.08.2008.

BION, W.R. **Estudos Psicanalíticos Revisados Rio de Janeiro: Imago**, 1988.

BORDENAVE, J.D, Pereira, AM. **Estratégias de ensino aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1977.

BUSNELLO, ED. **A Psiquiatria Comunitária do Centro Social S. J. Murialdo**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 24, p. 443-478, 1975.

CAMPOS, G.W.S.C. Guerreiro, AVP. (Orgs.) **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CINAEM. **Comissão Interinstitucional. Nacional de Avaliação do Ensino Médico**. Relatório final da II fase do projeto de avaliação da educação médica no Brasil. RJ: CINAEM, 1997.

FARIA, M.J.S.S, NUNES, E.F.P.A, ANASTASIOU, L, SAKAI, M.H, SILVA, V L. M. **Os desafios da educação permanente: A experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (2) 248-253, Abr-Jun, 2008.

FIGUEIREDO, N. C. M. **Interfaces do trabalho voluntário na aposentadoria**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós graduação em Psicologia Institucional. Porto Alegre, 2005.

FLEXNER A. **A medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancements of Teaching**. Bull 4. New York: The Carnegie Foundation. Disponível em: http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf. Acesso em: 28.08.2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GAL, R. **História da Educação**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960.

KERR, F.R.M. **A relação médico paciente e a qualidade do atendimento médico**. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública: Epidemiologia. São Paulo, 2001.

KOMATSU, R.S. **Aprendizagem Baseada em Problemas: sensibilizando o olhar para o idoso.** São Paulo: Fundo editorial FAMEMA, 2003, p. 32-34.

LAMPERT, J.B. **Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil – Tipologia das escolas.** São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002.

_____. **Avaliação Institucional e Mudanças na formação profissional de saúde: Diretrizes, Sinaes e Projeto da CAEM/ABEM.** Cadernos ABEM, Rio de Janeiro, v. 3, Out., 2007.

MACHADO, C.L.B, MANFROI, W.C. **Prática Educativa em Medicina.** 1. ed. V. 1000. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.

MATTOS, R. **Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

MELLO FILHO, J. **Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos.** 1. ed. V. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NUNES, M.L.T. **Entrevista como instrumento de pesquisa.** In: Macedo, M.K, Carrasco, L. (Con)textos de entrevistas: olhares diversos sobre a interação humana. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 207-222, 2005.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma – Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, 1978.** Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/iploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em: 26.02.2007.

PENAFORTE, J.C. J. **Dewey e as raízes Filosóficas da Aprendizagem Baseada em Problemas.** In: Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional. Mamede, S, Penaforte, J, Schmidt (et.al.) Fortaleza: Hucitec, 2001, p. 49-78, p.60.

PINHEIRO, R.F, SILVA Jr., A.A, GOMES, A. **A integralidade da atenção à saúde da população.** In: MARTINS, J.J.N, REGO, S, LAMPERT, J.B, ARAÚJO, J.G.C.; (Org.). Educação Médica em Transformação. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004.

PUSTAI, O. **A “ordem” de-vida para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina.** 230f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2006.

SCHMIDT, H. **As bases cognitivas da Aprendizagem Baseada em Problemas.** In: Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional. Mamede, S, Penaforte, J, Schmidt (et.al.) Fortaleza: Hucitec, 2001, p. 80-108.

SCHMIDT, H.G, DAUPHINEE, W.D, Patel, V.L. **Comparing the effects of Problem-Based and Conventional Curricula in an international sample.** Journal of Medical Education, 62: 305-315, 1987.

UEL. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina.** Atos Legais de Consolidação do Currículo Integrado de Medicina. 2006.

UFRGS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Pedagógico da Faculdade de Medicina.** Porto Alegre: 2007.

VANZOLINI, M.E. **Curso: Desenvolvimento docente para novos espaços de ensino aprendizagem.** [Curso] In: 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica, Gramado/RS: 2006.

VICTORIA, C.G, Knauth, D.R, Hassen, M.N.A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde Uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZITKOSKI, J.J, Freire, P. **Educação.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006.

Identificação e Discussão do Processo de Produção/Construção do Conhecimento a Partir das Ações de Extensão Realizadas pelos Professores da FAMED/UFRGS no Período 2000-2004

Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte

Marco Antonio Rodrigues Torres

Carmen Lucia Bezerra Machado

A Extensão Universitária

“ Ao se afirmar que a extensão é parte indispensável do pensar e fazer universitários, assume-se uma luta pela institucionalização dessas atividades, tanto do ponto de vista administrativo como acadêmico, o que implica a adoção de medidas e procedimentos que redirecionem a própria política das Universidades”.
(Plano Nacional de Extensão,1999)

A extensão universitária surge na Inglaterra na segunda metade do século XIX vinculada a uma nova ideia de educação continuada, mais tarde as universidades americanas registram atividades de extensão, caracterizada pela prestação de serviços na área rural e também na área urbana. No Brasil tem influência os dois modelos, ou seja a educação continuada e a prestação de serviços.

Construindo uma linha de tempo sobre a extensão no Brasil , iniciamos em 1911, na antiga Universidade de São Paulo, onde registram-se cursos e conferência gratuitas abertos à população em geral. Na década-

da de 20, em Minas Gerais tem atividades de extensão voltadas para a prestação de serviços na área rural levando assistência técnica aos agricultores. Estes modelos de extensão estão presentes nas universidades até hoje. A referência legal a Extensão Universitária é encontrada no Estatuto das Universidades Brasileiras, em 1931.

A extensão hoje no Brasil, é princípio constitucional pois está presente no artigo 207 da Constituição Federal de 1988, onde consta a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Consta também, na LDB, lei nº 9.394 de 20.12.96 onde é colocada sete finalidades para a educação superior, entre elas, a formação de recursos humanos qualificados, o incentivo à pesquisa e a promoção da extensão universitária .

Em 1998 no Plano Nacional de Extensão, o Fórum Nacional dos Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas do Brasil conceitua a extensão universitária de forma indissociável do ensino e da pesquisa. Desde 1999 o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), estabelecido pela lei nº 10.861 de 14.04.2004-considera, na segunda dimensão do sistema de avaliação, as políticas para o ensino, a pesquisa, a pós-graduação e a extensão. O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) – vinculado ao MEC – trabalha com dados estatísticos acerca da extensão desenvolvida na Universidade.

Na proposta de reforma universitária, o anteprojeto de Lei encaminhado ao Congresso Nacional em julho de 2005 pelo Ministério da Educação, estabelece Normas Gerais para a educação superior no país e regula o sistema federal de ensino superior, definindo que “A educação superior cumpre função social quanto às atividades de ensino, pesquisa e extensão” e apresenta no seu texto vários artigos sobre a extensão.

No contexto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul(UFRGS), devemos citar também , a Resolução 31/2003 do CEPE, que regulamenta atividades complementares na graduação que propiciam a integração do ensino, da pesquisa e da extensão, a partir da computação de créditos realizados por atividades acadêmicas. A resolução diz que

os créditos a que se refere o caput deste artigo devem corresponder à nova modalidade de atividade curricular prevista para os cursos de graduação. Elenca que atividades de extensão universitária poderão

ser consideradas atividades complementares e o total de créditos atribuídos a essas atividades Complementares não poderá exceder a 10% do total de créditos do curso.

Analisaremos a extensão na UFRGS, a partir de documentos que regem esta atividade que é Resolução 26/2003, do Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão (CEPE) que são as Normas Gerais para atividades de extensão Universitária. Essa resolução nos traz a definição, os níveis de extensão, áreas temáticas, modalidades que nos interessam no momento. No seu artigo primeiro é apresentada a definição de extensão:

“A extensão, como atividade fim da Universidade, é o processo educativo, cultural e científico que articula, amplia, desenvolve e realimenta o ensino e a pesquisa e viabiliza a relação transformadora entre a Universidade e sociedade. Este contato com a sociedade, que visa o desenvolvimento mútuo, estabelece a troca de saberes e tem como consequência a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade nacional e regional, a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade. Além de instrumentalizadora deste processo dialético de teoria e prática, a extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social.”

A partir do conhecimento da política e dos fins da universidade apresentadas pelo seu regimento e estatuto, ressaltamos como uma das atividades fins da universidade a extensão. A extensão como trabalho acadêmico é efetivada na prática docente, o trabalho e no trabalho de extensão dos professores que se explicita o processo educativo, cultural e científico que objetiva a extensão.

Cenário: A Faculdade de Medicina

O cenário escolhido para a discussão é a Faculdade de Medicina da UFRGS. A Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul (FAMED /UFRGS) foi fundada em 1898. Abriga dois cursos de graduação, Medicina e Nutrição que formam respectivamente por ano 130 e 25 profissionais. A Faculdade mantém em funcionamento nove Pro-

gramas de Pós-Graduação, oferece também cursos de especialização nas áreas de Saúde Pública, Medicina do Trabalho, Saúde e Trabalho, Tratamento da dor, Comunicação e Saúde, Psiquiatria. A FAMED /UFRGS tem oito departamentos acadêmicos: Medicina Interna, Pediatria e Puericultura, Cirurgia, Patologia, Medicina Social, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Ginecologia e Obstetrícia, e Psiquiatria e Medicina Legal. Na sua estrutura administrativa conta ainda com Comissão de Graduação em Medicina e Nutrição, Comissão de Pesquisa, Comissão de Pós Graduação, Comissão de Extensão, além do Programa de Educação Médica Continuada. Quanto ao seu quadro docente dados de outubro de 2004 mostram que apresenta no seu corpo docente 15 professores titulares, 195 adjuntos, 35 assistentes, 18 auxiliares, contando no seu quadro permanente 263 professores, sendo que 128 apresentam como titulação o doutorado, perfazendo o total de 44,1%, 49 professores apresentam título de mestre perfazendo o total de 16,9%, 91 são especialistas representando 31,4%, 13 professores apresentam a titulação de graduação representando 4,5% e 9 professores são livre-docentes, representando 3,1%. Além das atividades de ensino de graduação, a faculdade desenvolve atividades de pesquisa, extensão e pós graduação.

Atualmente, o curso de Medicina está em processo de mudanças O Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior instituíram as novas Diretrizes curriculares nacionais do Curso de graduação em Medicina. Através da Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Esta normatização dá nova direção a formação do médico e indica mudanças substanciais na forma de ensinar. As Diretrizes curriculares do curso de Medicina propõe um novo rumo à formação do médico, mudanças na forma de ensinar, e uma prática envolvendo aprender a aprender, levando a uma formação geral, científica, ética, humanista, reflexiva e crítica, preparando o profissional para analisar o processo saúde-doença em todas as suas dimensões e manifestações, considerando o cidadão, a família e a comunidade, integrados à realidade epidemiológica e social. Para atender o perfil que a formação proposta pelas Diretrizes preceituam, é necessário que o curso médico discuta e implemente se necessário novos processos de ensino-aprendizagem, especialmente no que diz respeito a uma maior integração do currículo

com a área de atenção primária e a uma maior qualificação de cenários do ensino. Além das modificações de perfil do profissional, de mudanças curriculares, envolvendo métodos de ensino, as diretrizes propõem que sejam também consideradas as atividades complementares para a formação do futuro médico. Neste contexto, o trabalho do professor que envolve o ensino, pesquisa e a extensão, contribui para a formação de profissionais comprometidos com a realidade social questionamos o que representa as atividades de extensão que são desenvolvidas na faculdade, estas atividades são produtoras de conhecimento, como e onde isto ocorre?

Objetivos

Neste novo contexto de formação procuramos responder “*Qual a contribuição, das ações de extensão realizadas pelos professores da FAMED/UFRGS no período 2000-2004, no processo de produção/construção do conhecimento?*”. A pesquisa tem como objetivo geral: Discutir o processo de produção/construção do conhecimento a partir das ações de extensão realizadas pelos docentes no período 2000-2004, na FAMED / UFRGS, e objetivos específicos: Identificar as ações de extensão realizadas na FAMED/UFRGS 2000-2004; Identificar as ações de extensão realizadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre(HCPA) 2000-2004; Identificar os cenários de realização das ações de extensão; Discutir as metodologias utilizadas no desenvolvimento das ações de extensão.

Materiais e Métodos

A pesquisa e o Termo de consentimento informado foram aprovados pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e ética em saúde do HCPA, bem como, pela Comissão de extensão FAMED e pelo Setor de eventos do HCPA. Para a problemática em questão escolheu-se o estudo de caso. Chama-se Estudo de Caso, na pesquisa qualitativa, o exame detalhado e exaustivo de um ou de alguns objetos, de modo a atingir um conhecimento profundo e amplo da realidade focalizada. É um dos tipos mais relevantes e utilizados na abordagem qualitativa da pesqui-

sa, mas também tem sido empregado pela abordagem quantitativa. A abordagem qualitativa do caso escolhido só poderá ser feita incluindo as relações que se estabelecem com o contexto em que este caso está situado. Segundo Triviños & Molina(2004), “No âmbito educativo, o estudo de caso pode ser definido “como sendo aquele que se ocupa da compreensão de uma ação educativa em uma dimensão específica. Poderá ter seu eixo de interesse centrado na própria ação examinada ou no impacto produzido por ela, sempre definindo o âmbito e o contexto focalizados”. Assim, podemos teorizar a partir da prática, teorizar sobre a prática ou teorizar quanto a transformação desta. O estudo de caso pode contribuir também à teoria ao permitir explicar como as abstrações teóricas se relacionam com as percepções comuns da vida cotidiana, o estudo de caso foi escolhido pois busca analisar a realidade de maneira ampla e profunda, propiciando a compreensão qualificada da totalidade pesquisada. Propõe a interpretação dentro de um contexto e para que isso ocorra é preciso adentrar nas suas inter-relações, diferenças, semelhanças e contradições internas e externas. Um Estudo de Caso não pode ficar na análise superficial, no mero relato das ocorrências ou mesmo na organização ordenada de fatos. Este tipo de estudo serve para responder as questões “como” e “por que” são questões explicativas e que se interessam por acontecimentos contemporâneos dos quais dispomos de poucas informações sistematizadas.

O nosso trabalho é um estudo de caso tendo como fonte a coleta e análise de dados a partir de documentos oficiais da extensão da UFRGS, FAMED e HCPA, pois concordamos com Leonardos, quando coloca que o estudo de caso proporciona “*um retrato vivo da realidade, com a diversidade de interesse e interpretações. O estudo de caso vem a ser um dos elementos para a construção de pontes entre os órgãos decisórios e a academia*”. Assim, o trabalho propicia oportunidade para discutir concepções e práticas curriculares favorecendo a reformulação do conceito sala de aula-conteúdo para uma estrutura dinâmica e ativa de interação professor, aluno e sociedade que ocorre intra e extra muros a partir das ações de extensão realizadas. Os Sujeitos da pesquisa foram docentes que realizaram atividades de extensão no período 2000-2004 na FAMED. O Desenho da pesquisa envolveu documentos e entrevistas, as di-

mensões pesquisadas tiveram como base itens da Avaliação Nacional da Extensão-2001, incluindo : O plano acadêmico- que analisa as possibilidades de incorporação da extensão na vida acadêmica, valorizando as experiências desenvolvidas pelo conjunto de participantes na ação extensionista (professores, funcionários e alunos); A relação universidade-sociedade- que revela de que modo as atividades de extensão estão presentes na sociedade, quais seus pressupostos e finalidades e como a universidade interage com a sociedade no sentido de transformações recíprocas; A produção acadêmica-que trata da captação dos produtos resultantes da ação da extensão, que elabora e dissemina conhecimentos e que, no âmbito universitário, tem seu valor reconhecido.

Resultados e Discussão

Os dados pesquisados mostram que neste período foi realizado um total de 234 ações de extensão envolvendo 57 docentes. Estando distribuídas nos seguintes departamentos: Ginecologia e Obstetrícia – 17 ações; Pediatria e Puericultura – 47 ações; Medicina Social – 51 ações; Oftalmologia e Otorrinolaringologia – 11 ações; Psiquiatria e Medicina Legal – 21 ações; Cirurgia – 18 ações e Medicina Interna – 69 ações. Quanto ao departamento de Patologia e no Serviço de Patologia no HCPA foram computados neste período 30 ações totalizando neste período 120 horas, atividades de extensão que não estavam registradas no Sistema de extensão da Universidade, pois quando analisado os documentos do sistema este departamento não registrou nenhuma atividade de extensão. Em relação a tipologia de atividade de extensão cursos é a modalidade prevalente seguida de prestação de serviço. Em relação à extensão realizada no HCPA, cenário importante de desenvolvimento de ações de extensão, pois cerca de setenta por cento da carga horária identifica-se como atividade de extensão, - atividades que envolvem a comunidade interna e externa - pacientes, familiares, profissionais, alunos, professor. Atividades de várias modalidades como cursos, simpósios, encontros, palestras, jornadas.

Analisando as entrevistas com os docentes, em relação ao Plano acadêmico, encontramos os seguintes depoimentos:

“A nossa ação de extensão propiciou que no novo currículo... está funcionando uma disciplina na graduação que não tinha antes. “A extensão, ela está procurando diversificar e oferecer para o ensino uma sala de aula mais ampliada, uma sala de aula que saia do intramuros, ela procure transformar, dar um novo contexto à sala de aula, no qual todo o espaço, de fora da Universidade seja aproveitado. Essa é a grande sala de aula. Então, esse é um conceito em relação ao ensino que é importante.”

Mostrando aproximação com o que diz Martins (2001), que educar é instrumentalizar para que o indivíduo possa questionar, investigar, compreender, idealizar, transformar e construir... passando da mera transferência de conteúdos para uma forma integral propiciando espaço para a atuação ativa do aluno, passando a ser o docente educador-mediador. Não sendo educação bancária, mas sim problematizadora conforme Freire (1983).

Nas entrevistas encontramos também, “(...) tu transmite o modelo... Não sei bem como é que tão essas diretrizes, (...) não sou uma pessoa envolvida diretamente no processo pedagógico no sentido estrito. Procuro fazer o meu melhor assim... transmitir... ser... com os alunos manter pontualidade, disciplina, porque é assim que tem que ser como médico”... , evidenciando que a técnica é “professor faz/aluno faz”, isto é: o professor demonstra e o aluno repete o modelo.

Mas o que devemos, então, mostrar ao aluno? Segundo outro docente:

“... Encaro o trabalho de extensão como uma atividade fundamental pro professor... (...) O currículo da Medicina ele é muito tradicional no sentido de ser muito fechado em torno das doenças e... e muito fragmentado nas sub-especialidades... Então o trabalho de extensão permite que a gente discuta com os alunos, que tão... que são médicos em formação, uma maneira de enxergar as pessoas mais... de uma maneira real... Eu acho que só a extensão dá essa oportunidade”.

Mas, também encontramos os depoimentos: “... eu não uso a Extensão pensando na comunidade externa da Universidade. Eu uso extensão como mecanismo alternativo dentro da burocracia e da problemática da

Universidade”; ou:

“... é muito complicado. aqui na universidade se conseguir isso. Quando a gente tem que estar pedindo por favor para que um professor coordene um curso, estar pedindo por favor que um professor dê uma aula de extensão em que não há remuneração extra, em que não há nada de especial pra ele”.

A partir das entrevistas sobre o plano acadêmico, podemos analisar as práticas pedagógicas utilizadas pelos professores, pois fazem parte do processo ensino-aprendizagem *aquele que aprende aquele que ensina e a relação entre as pessoas* e está relacionado segundo Vigotsky com as formas com que o professor aborda os conteúdos e com as oportunidades que o professor oferece para que os alunos deles se apropriem ou como Anastasiou (2003) que define a ensinagem como uma prática social complexa efetivada entre os sujeitos, professor e alunos, englobando tanto a ação de ensinar quanto a de apreender, em um processo contratual, de parceria deliberada e consciente para o enfrentamento na construção do conhecimento de corrente de ações efetivadas na sala de aula e fora dela. Mas a extensão assume um caráter de “quebra galho”, tanto para a graduação quanto para a pós-graduação, demonstrando que muitas vezes a extensão acaba prestando-se para completar as aulas e para servir de ponte para a pesquisa.

A extensão como prática de metodologias ativas onde o aluno crítico e envolvido na produção de seu conhecimento BERBEL (1998) e a Produção do conhecimento, segundo FREIRE (1986 e 1997), envolvendo conhecer o conhecimento existente, ação, reflexão crítica, curiosidade, questionamento exigente, inquietação, incerteza, sendo educação problematizadora - caráter autenticamente reflexivo, implica em constante ato de desvelamento da realidade. A extensão, como metodologia ativa propicia: a articulação entre o saber, o fazer, o saber conviver, o aprender a aprender, constante ação-reflexão-ação. É um ciclo onde as etapas: observar (refletir), discutir (teorizar), avaliar, aplicar se sucedem e como processo, o ciclo se reinicia.

Encontramos, ainda:

“... alunos atendem no ambulatório, com a minha supervisão direta,

fazem anamnese, um exame clínico, se discute a terapêutica e eles vão progressivamente aprendendo... (...) se reúne os pais e as crianças. E ali nós fazemos uma conversa geral, como é que passaram o tempo entre uma reunião ou entre uma consulta e outra, se alguém precisou de emergência, porque que isso aconteceu, como é que estão os medicamentos, o que é que eles estão achando, e pais e filhos se pronunciam.” os alunos se reúnem, dependendo do número de... Das crianças e das idades, dois, três grupos... a gente trabalha assim com jogos, com casa de boneca, com teatrinho de fantoches, com psicodramas, pra eles colocarem pra fora os medos... desenhos, então eles desenharam o corpo humano, eles desenharam. (...) Então é todo um trabalho recreativo, que a criança aprende a lidar com a doença. E fechamos isso, uns salgadinhos e os meninos, os acadêmicos trazem os refrigerantes... termina em festinha. Questiona o docente O que a gente trabalha ? ... Que a “doença “deixe de ser uma coisa tão sofrida, tão ruim, pra ser motivo de festa”.

“... é o que chamam “Extra Muros. “A gente trabalha com os alunos totalmente fora do âmbito hospitalar, no local onde as crianças e os jovens normais convivem, que são escolas – então, no caso dos maiores, adolescentes... escolares – e creches, por causa das crianças pequenas.”

Quanto aos cenários Feuerwerker (2002) propõe a diversificação de cenários, o processo ensino-aprendizagem acontecerá na realidade social dos serviços de saúde e da comunidade, encontramos nos depoimentos vários cenários incluindo o HCPA , FAMED, Escolas, Creches, UBS.

Quanto a Relação Universidade/Sociedade:

“... Eu vejo assistencialista algumas atividades que existem de fato na Medicina e que a pessoa vai lá com os alunos, o professor com os alunos vai lá, atende alguns pacientes, nem atende pessoas, atende doenças lá, pessoas pacientes... a pessoa com sua doença... e vai e dá um tratamento qualquer lá e tal e nunca mais vê a pessoa... Dá um remedinho, dá uma prescrição médica, talvez um procedimento e virem-se, pra conseguir... E nem se orienta... às vezes... bem... onde é que a pessoa deve procurar pra dar sequência ao atendimento e tal ou nem tem essa possibilidade. e ressalta “Eu acho que isso é curável, até pro aluno que tá junto tem uma vantagem... aprende um pouco com isso... Pro paciente até tem alguma vantagem..” encontramos ainda: “... na área da

Medicina”, “eu não tenho como você fazer. . . ensinar a Medicina pros alunos só do ponto de vista teórico, você precisa ter paciente. Então aquilo que se chama – nós chamados – de assistência, que seria a extensão ou laboratórios ligado a parte prática. (...) Essas atividades de enfermagem e ambulatório, se fosse na Engenharia, no Direito, em tudo isso seria chamado de Extensão, seria trabalho junto com a comunidade, fosse em qualquer outra unidade. (...) Então a extensão pra mim é a Universidade na sociedade, isso em todas as áreas, o laboratório da universidade é a sociedade”

“... é que a extensão ela é capaz de oferecer pra comunidade, dentro de cada um dos projetos, uma melhor qualidade de vida ou instrução ou seja o que for, mas é uma coisa que é oferecida pra comunidade. Porque eu noto que na graduação da medicina, por exemplo, atividade pra comunidade não existe. Existe o doente que é utilizado, com todo o respeito do termo utilizado, como meio de ensino. Mas uma atividade específica, própria pra comunidade, são poucas. Eu acho isso aí muito importante, aí a extensão é capaz de oferecer.”

Evidencia a formação em serviço que ocorre na FAMED que é igual a assistência que é extensão. O HCPA é cenário que propicia o trabalho com (ou entre): Professores, profissionais, alunos de semestres diferentes doutorandos, residentes, comunidade / sociedade / população / paciente. Perguntamos há momentos para discussão destes diferentes saberes e espaços para análise crítica do que foi visto ou que foi acompanhado? é desenvolvida esta assistência (extensão) de forma assistencialista ou como um espaço de ensino e aprendizagem? Para evidenciar encontramos:

“... o que marcou muito dentro dessas duas atividades, são as reuniões de grupo, principalmente assim, as reuniões de grupo com as mães. Elas vêm carregadas de uma emoção que com frequência uma ou duas choram, relatando o que elas faziam com os filhos. (...) O medo, o pânico da crise, que não sabiam o que fazer, enlouqueciam quando a criança entrava em crise e depois a habilidade de manejar isso em casa, de reconhecer quando levar pra emergência... Elas fazem isso com uma tal afetividade, com uma emoção, e como elas interagem entre elas... Se faz um roda, é uma reunião de grupo, como elas auxiliam uma à outra, dizendo o que fazer, o que não fazer, a desmistificar, a tirar o medo... (...) Então tudo isso elas passam a conscientizar... é

uma verdadeira terapia de grupo. Elas se ajudam mutuamente....Elas se ajudam mutuamente. Eu acho que essa interação entre as mães das crianças e entre os pacientes adultos entre si, o relato da melhora da auto estima, pacientes que começam desdentados e depois começam a melhorar, podem trabalhar, e no fim tão bonitos porque estão com dentes colocados, estão penteados... é conhecimento de outro tipo... São experiências que foram vividas, convividas, sentidas e tal, e eu acho que isso aí não pode ser perdido...”.

A partir destes depoimentos questionamos qual o impacto e relevância destas atividades?

Quanto a produção acadêmica:

“.. Então pra mim fazer esse programa de extensão, o que eu tive que fazer? Eu tive que estudar tudo que era possível sobre o assunto. a partir disso eu fiquei com muitas dúvidas, pode ser respondida por mim... pode ser respondida por outros, eu vou atrás, mas certamente não se pode fazer nenhum projeto de extensão que não traga nenhum conhecimento novo. Conhecimento pra mim, conhecimento pras pessoas que estão envolvidas no projeto e quem sabe das dúvidas que nós tivermos isso daí vai gerar uma necessidade de uma resposta E isso é uma bola de neve, isso vai gerar uma pesquisa, essa pesquisa gera mais dúvidas. Quanto mais o meu projeto se desenvolve mais duvidas as pessoas tem, que tem que ser respondidas. Então é indissociável a extensão e a produção de conhecimento. Tu não pode fazer isso do zero, tu vai fazer um projeto de extensão de lavar uma parede, tá a minha extensão vai ser lavar essa parede: - como é que se lava uma parede? - que parede é lavável? - que tipo de sabão eu vou usar? - por que eu não posso usar esse sabão nessa parede?..”

Mostra que a prática extensionista propicia ao professor a procura por informações, questionamentos, reflexão – ação, Produz/constrói o conhecimento: pois surge da ação e é fruto de uma relação entre o sujeito e o objeto,... para isto ocorrer deve existir a problematização. Conforme Franco (2004), exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Segundo Paulo Freire (1997) requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica invenção e reinvenção, embora o entrevistado complementa:

“.. a pesquisa é a sala e a extensão é a cozinha, segunda linha, muito

pelo contrário, todos os extensionistas que eu conheço, gostam, e enfim, se orgulham dos seus projetos, mas quem não faz extensão olha pra ela como se fosse uma coisa de segunda linha... também se esse projeto não sair, se a extensão não funciona parece que não vai fazer muita diferença, mas não é verdade”.

O que um docente fala da produção/construção de conhecimento a partir da ação de extensão:

“.. começa que toda a valorização, do ponto de vista do crescimento do docente é voltado pra pesquisa. Então ele pesquisa, “produz” [aspas do entrevistado] conhecimento, escreve e publica artigos originais... É... ganha pontos, progride na carreira e a extensão é desvalorizada como algo assim que é interessante, os alunos lá fora, às vezes escrevem relatos, escrevem livros, mas isso não é revertido numa valorização palpável e Não é artigo original, é produção de outro tipo de conhecimento que não... não entra na classificação dos órgãos que... que categorizam esse... É só querer... é só criar o nicho devido... assim... “olha, esse professor, quantos artigos originais ele publicou?” “nenhum”, “quantos livros foram escritos a partir das experiências com extensão dos alunos, que estão aí relatadas, isso é conhecimento, isso é lido pelos seus pares... quantos?”, “áh, vinte”. Então isso aí tem que ser pesado e tomado. Acho que é só uma questão de... de condições bem intencionadas voltadas pra valorização do trabalho do docente de uma maneira ampla e boa vontade”.

Reforça que a extensão não tem ainda uma maneira que possa mostrar a sua produtividade e a sua efetiva colaboração na vida acadêmica, seja para a produção/construção do conhecimento do professor, do aluno ou da comunidade.

Considerações Finais

As ações de extensão realizadas neste período na FAMED/UFRGS foram brechas que propiciaram resolver problemas da graduação, da pós-graduação e da pesquisa. Nela, como referido, as ações analisadas são indissociáveis do ensino e da pesquisa. A prática da extensão, como espaço onde interagiram professor /aluno /comunidade, desenvolvidas pelos docentes que participaram do estudo neste período, se fez nos ce-

nários que propiciaram a produção/construção do conhecimento contribuindo para a formação de um profissional comprometido com a realidade social, como preconizam as diretrizes curriculares. A extensão é forma de produção/construção de conhecimento através da experiência, indissociável do processo ensino/aprendizado, que possibilita a relação sujeito/objeto através da problematização (metodologia ativa), suscitando novas questões para pesquisa. Esta situação foi ilustrada a partir da práxis demonstrada nos vários depoimentos dos professores entrevistados neste trabalho. As informações que constam nos formulários SEUFRGS estão incompletas, dificultando a retirada de dados. Não seria por ser pouco valorizado este tipo de atividade que os formulários de ação e o relatório são tão pobremente preenchidos? A pouca valorização das atividades de extensão foram muitas vezes explicitadas pelos extensionistas entrevistados. A extensão no HCPA, não registradas no SEUFRGS vêm representando dados perdidos em relação ao trabalho docente na FAMED e UFRGS. Acabam não sendo computadas, em termos oficiais, dentro da Universidade, inclusive para a alocação de vagas docentes para o departamento, a progressão funcional do docente, a carga horária para a distribuição de encargos docentes e a contagem de créditos complementares para os alunos.

Como sugestões deste trabalho: relatórios técnicos (no próprio relatório que existe no SEUFRGS, esclarecendo os itens relacionados com o desenvolvimento da ação, mostrando etapas e metodologias empregadas no seu trabalho, explicitando o envolvimento Universidade/Sociedade, mostrando os resultados que estas atividades propiciaram para o ensino, pesquisa e para os participantes da atividade). Quanto ao HCPA recomenda-se que as atividades de extensão sejam registradas no SEUFRGS.

Mas restam ainda as questões: Como avaliar este conhecimento produzido pelas ações de extensão? Que produtos são estes produzidos como resultados da ação de extensão?

REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. G. C; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.** Joinville: Univille, 2003.

BERBEL, N. A. **Problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** In: Interface-Comunicação, Saúde, Educação, fev-1998, Londrina.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

BRASIL. Ministério da Educação/MEC. **Diretrizes Curriculares da Medicina.** Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/resolucao.shtm#3>>. Acesso em: 05/12/05.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROMED.** Disponível em: <<http://WWW.redeunida.org.br/promed/convocat.asp>> Acesso em: 05/12/2005.

BULCÃO, L. G. **O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem. Medical Education and New Scenarios for Teaching/Learning Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 28, nº 1, jan. /abr., 2004, p. 61-72.

CASTRO, L. M. C. **A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadores.** (Ainda existem utopias realistas). 185 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2004.

CORREA, E. J. **A extensão universitária e a área da saúde.** Revista Olho Mágico, Londrina, v. 9, n1, jan-abr 2002, p. 26-28.

CORREA, E. J. et. al. **O papel da extensão e do trabalho junto à comunidade na formação médica.** Boletim ABEM, volume XXXIII No 3-4 mai/jun/jul/ago, 2006.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, M. L. T. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problemati-**

zação e a aprendizagem baseada em problemas. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20n. 3, maio-jun, 2004.

DEMO, P. **Universidade, aprendizagem e avaliação-horizontes re-
construtivos.** 2ª Ed. Porto Alegre: Mediação, 2005.

FAMED. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Faculdade de Medicina.** Disponível em: < <http://www.famed.ufrgs.br/famed>>. Promed newsletter 2002. Acesso em: 05/12/05.

FAMED. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL Disponível em: <<http://www.famed.ufrgs.br>>. Acesso em 27/03/08.

FERREIRA, N.M. **A extensão universitária na formação do ensino médico.** Boletim Virtual da Associação Brasileira de Associação Médica – ABEM, v.22, 2007. Disponível em: educmed.org.br-publicacoes-boletim-virtual-vol22, 2007.

FEUERWERKER, L. **Estratégias de mudanças da formação dos profissionais de saúde.** Revista Olho mágico, Londrina, v. 9, n1, jan-abr, 2002.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS E SESu/MEC. **Avaliação Nacional da Extensão Universitária, apresentando o Plano Nacional de Extensão Universitária.** Ed. Atual. Brasil: 2000/2001, Brasília: UESC, 2001.

FRANCO, S. R. K. **O Construtivismo e a Educação.** 9 ed.. Porto Alegre: Mediação, 2004.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação.** 3ª ed.. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** 14a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Medo e Ousadia - o cotidiano do professor.** 11ª ed., edição eletrônica. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

_____. **Pedagogia da Autonomia saberes necessários à prática educativa.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5): 901-911, mai, 2006.

GONÇALVES, E. L. **Pedagogia e Didática: Relações e Aplicações no Ensino Médico.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 25, n1, jan-abr, 2001, p20-26.

GOUVÊA, G. F. P. **Burocracia e elites burocráticas no Brasil.** São Paulo: Editora Paulicéia, 1994.

KASPER, E. **O ensino de saúde pública prepara adequadamente o profissional da saúde?** 120 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas. Porto alegre: 2006.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologias das escolas.** São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LEONARDOS, A. C. **Estudos de caso aplicado às inovações educacionais: uma metodologia.** Brasília: INEP-MEC, 1994.

LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. **O. Desafios na construção de novos modelos pedagógicos nos cursos de medicina e enfermagem.** Revista Olho Mágico, Londrina, v. 9, n1. p. 45-48, jan-abr, 2002.

MACHADO, J. N. **Epistemologia e Didática - As concepções de conhecimento e inteligência e a prática docente.** São Paulo: Cortez, 1995.

MALHEIROS, R.; GUIMARÃES, R. G. M. **Extensão universitária e formação médica: uma análise da experiência dos bolsistas no pro-**

grama “Escola Cidadã”. Revista Brasileira de Educação Médica, nº 22, Rio de Janeiro, 1998.

MARTINS, J. BATISTA. **Vygostsky & a Educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

MARTINS, J. T.; HADDAD, M. C. L. **Um novo olhar sobre a educação.** Revista Olho Mágico, Londrina, v. 8, n. 2, maio-AGO, 2001, p. 15-17.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em saúde.** 9ª ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. Tradução de Eloá Jacobina.

NETO, J. F. M. **Extensão universitária e produção do conhecimento.** Jan-jun, 2003. Disponível em: http://www.adufpb.org.br/publica/conceitos/09/art_03.pdf.

NOGUEIRA, M. D. P. **Extensão Universitária no Brasil: uma revisão conceitual.** In: FARIA, D. S. (org.) Construção conceitual da extensão universitária na América Latina. Brasília: UnB, 2001.

NOGUEIRA, M. **Percurso da Extensão Universitária e o papel do Fórum.** XXI Encontro Nacional do Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, UFMG, 23 de maio de 2005, São Luis.

PIMENTEL, M. **Relação professor-aluno no ensino médico.** In: MACHADO, C. L. B.; MANFROI, W. C. (orgs.) Prática educativa em medicina. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005, pp. 168-171.

PINHEIRO, R; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A (orgs.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, Abrasco, 2006.

PONTE, C. I. R. V. **Projeto Convivência: discussão de uma metodologia para a formação de um profissional da área da saúde compro-**

metido com a realidade social. In: Anais do IV SEMPE - Seminário de Metodologia para projetos de extensão. São Carlos: 2001. Disponível em: www.itoi.ufrj.br/sempe/t3-p11.htm.

_____. **Onde estão os atores?** Porto Alegre: UFRGS, 2004, Mimeo, Disciplina de Educação e Saúde I, orientador: Profa Dra. Jadete Lampert.

_____; KASPER, E. **A formação na área da saúde a partir das diretrizes curriculares e da integralidade.** 25ª Semana Científica do HCPA. Porto Alegre, set. 2005.

_____ et. al. **Extensão universitária como prática pedagógica no enfoque de metodologias ativas.** In: Actas de las Segundas Jornadas de Pedagogia Universitária. San Martin/Argentina: Universidad Nacional de San Martin Argentina, 2007

_____ et. al. **Extensão como atividade fim da UFRGS no contexto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** 27ª Semana Científica do HCPA. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, (Supl.1) 110, Porto Alegre, 2007.

RODRIGUES, S. V.; PONTE, C. I. R. V. **A reforma Universitária e a extensão: Programa Convivências na UFRGS.** Congresso Ibero Americano de extensão, 2005, Rio de Janeiro. Disponível em: (http://www.pr5.ufrj.br/cd_iberobiblioteca_pdf/organizacao/02_convivencias_extiberoam.pdf).

ROSA, A. R. **Processo seletivo de professores universitários: contribuição a seu estudo.** Rio de Janeiro: IESAE/FGV, 1980.

ROSA, R. S; BORDIN, R. **Gestão de Projetos de mudança educacional: Uma experiência na Faculdade de Medicina da UFRGS.** In: MACHADO, C. L. B., MANFROI, W. C. Prática Educativa em Medicina. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice. O social e o político na pós modernidade.** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SILVA, M. **Trabalho acadêmico do professor do curso de Medicina: contradições num contexto de mudanças na FAMED/UFRGS**. 170 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: 2005

SILVEIRA, R. P.; DOHMS, M. C. **A Medicina de Família e Comunidade e o ensino de graduação em medicina. Metodologias Ativas de Ensino/Aprendizagem**. Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunitária, Rio de Janeiro, Suplemento 01, 2006, p. 21-25.

TAVARES, A. P. **O “currículo paralelo” dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. 209f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Belo Horizonte, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **A formação do Educador como Pesquisador no Mercosul/Cone Sul**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2003.

_____; NETO, V. M. **Pesquisa Qualitativa na Educação Física. Alternativas Metodológicas**, 2ª edição. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução 26/2003**. Disponível em: <<http://www.ufrgs>>. Acesso em: 05/12/05.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução 24/2006**. Disponível em: <<http://www.ufrgs>>. Acesso em 19/02/08.

VENTURELLI, J. **Educación Medica, nuevos enfoques, metas y métodos**. 2ª ed. EUA: Organización Panamericana de la Salud, 2003.

Autores

Adriana Machado Maestri Carvalho

Professora do CEVS (Centro de Vigilância em Saúde) na DAT (Divisão de Apoio Técnico) Porto Alegre. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria na Linha de Pesquisa Educação e Saúde.

Email: adrinutry@yahoo.com.br

Carmen Lucia Bezerra Machado

Professora Titular Departamento de Estudos Básicos, PPGEDU / Faculdade de Educação e PPGENSAU / FAMED / UFRGS.

Email: carmen.machado@ufrgs.br

Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte

Professora associada da Faculdade de Farmácia / UFRGS. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Cardiologia e Ciências Cardiovasculares - Linha de Pesquisa Educação e Saúde.

Email: ponte@cpovo.net

Danilo Blank

Professor associado e Chefe do Departamento de Pediatria e do PPGENSAU FAMED / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFRGS, pela Linha de pesquisa Educação e Saúde, Brasil.

Email: blank@ufrgs.br

Elisabete Kasper

Professora Adjunta do Departamento: Odontologia Social e Preventiva Unidade: Saúde Bucal Coletiva - Universidade Federal de Pelotas/RS, Doutora pelo PPG em Pneumologia pela Linha de pesquisa Educação e Saúde.

Email: bethycade@cpovo.net

Jorge Alberto Buchabqui

Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FAMED/UFRGS. Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Cardiologia e Ciências Cardiovasculares na Linha de Pesquisa Educação e Saúde da FAMED – UFRGS. Mais informações em <http://www.jorgealbertobuchabqui.com.br>.
Email: jbuchabqui@gmail.com

José Ricardo Pinto de Abreu

Psiquiatra, Psicanalista, Professor Adjunto IV do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina / UFRGS. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Cardiologia e Ciências Cardiovasculares- Linha de Pesquisa Educação e Saúde.
Email: abreujrp@orion.ufrgs.br

Luiz Henrique Alves da Silveira

Psicólogo no Grupo Hospitalar Conceição / Mestre pelo PPG Saúde da Criança e do Adolescente pela FAMED / UFRGS, Linha de pesquisa Educação e Saúde.
Email: doctor.ique@gmail.com, henrique@ghc.com.br

Marcelo Zubaran Goldani

Professor Titular do Departamento de Pediatria e do Programa de Pós-Graduação em PPG Saúde da Criança e do Adolescente da FAMED / UFRGS.
Email: mgoldani@hcpa.ufrgs.br

Maria Nestrovsky Folberg

Professora colaboradora convidada do PPGEDU / Faculdade de Educação/ UFRGS. Membro da Escola de Estudos Psicanalíticos da Porto Alegre.
Email: m.folberg@terra.com.br

Maurem Ramos

Professora Adjunta da FAMED / UFRGS, Doutora pelo PPG Cardio – FAMED na Linha de pesquisa Educação e Saúde.
Email: maurem.ramos@gmail.com

Norma Regina Marzola

Professora Adjunta da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul e professora colaboradora do PPGEDU da FAGED / UFRGS

Email: nrmarzola@terra.com.br

Paulo Silva Belmonte de Abreu

Professor do Programa de Pós Graduação em Psiquiatria - Faculdade de Medicina / UFRGS

Email: pbabreu@gmail.com

Marco Antonio Rodrigues Torres

Professor do Departamento de Medicina Interna, Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares - Linha de Pesquisa: Educação e Saúde da FAMED/UFRGS .

Email: mtorres@brturbo.com.br

Sandra Gehling Bertoldi

Psiquiatra e Psicanalista, Professora Adjunta do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da UFPEL. Mestre PPG em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, na Linha de pesquisa Educação e Saúde.

Email: sandrabertoldi@yahoo.com.br

Veralice Maria Gonçalves

Profissional no SUS. Mestre pela Linha de pesquisa Educação e Saúde da FAMED / UFRGS.

Email: veralice@terra.com.br

Waldomiro Carlos Manfroi

Professor Titular do Departamento de Medicina Interna da FAMED/ UFRGS. No exercício de Docente Colaborador Convidado no PPGESAU- Mestrado Profissional. Mais informações em <http://www.waldomiromanfroi.com.br>.

Email: wmanfroi@terra.com.br

**Livro impresso pela Print Store,
em Porto Alegre, verão de 2015**

Todos os direitos reservados aos organizadores