

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

LUIZ FELIPE CUNHA MATTOS

**ENSINO MÉDICO EM MUDANÇA:
O INÉDITO VIÁVEL OU A UTOPIA
IMPOSSÍVEL?**

PORTO ALEGRE

2005

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M435e Mattos, Luiz Felipe Cunha
Ensino médico em mudança: o inédito viável ou a utopia impossível? / Luiz Felipe Cunha Mattos. - Porto Alegre, 2006.
178 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, UFRGS, 2006. Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Rosa Ribeiro.

1. Medicina – Ensino Médico. 2. Educação – Medicina – Ensino. 3. Ensino Médico. I. Título.

CDU 37:616(043)

LUIZ FELIPE CUNHA MATTOS

**ENSINO MÉDICO EM MUDANÇA:
O INÉDITO VIÁVEL OU A UTOPIA
IMPOSSÍVEL?**

Dissertação de Mestrado em Educação defendida em quinze de dezembro de 2005, na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Programa de Pós-Graduação de Educação, tendo sido aprovada.

Conceito Final: A

Orientador: Prof. Jorge Alberto Rosa Ribeiro

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA

Orientador: Professor Doutor Jorge Alberto Rosa Ribeiro

Professora Doutora Maria Luiza Becker

Professor Doutor Cláudio Augusto Marroni

Professor Doutor Carlos Manfrói

À Carla companheira de todas as horas e ajuda inestimável.

À Sofia pelas interessadas observações.

À Camila pela ajuda na informática.

Ao Guilherme pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível através do desprendimento dos colegas e professores da Universidade de Caxias do Sul que dedicaram parte de seu tempo em ajudar-me na pesquisa.

A todos os colegas da Unidade de Medicina de Família do Grupo Hospitalar Conceição por sua compreensão para com minha ausência no período do Mestrado e particularmente ao José Mauro Lopes, amigo e companheiro de jornada.

À professora Cladis Bassani Junqueira pelo incentivo inicial em sugerir o Mestrado na área de Educação e permanente aconselhamento.

Ao Professor Doutor Jorge Alberto Rosa Ribeiro pela dedicada e qualificada orientação.

"O homem não aprende apenas com sua inteligência, mas com seu corpo e suas vísceras, sua sensibilidade e imaginação".

Paulo Freire

RESUMO

Partindo do pressuposto de que as concepções pedagógicas do professor norteiam sua conduta docente, quer como limitação, quer como inspiração, a pesquisa apresentada nesta Dissertação objetivou explicitar estas concepções pedagógicas. A partir de tópicos como a visão dos docentes envolvidos no Projeto Pedagógico sobre suas atividades de ensino; qual conceito de saúde está subjacente às suas práticas pedagógicas; qual a natureza de seu envolvimento com o Projeto, se como construtor ou implementador do mesmo; qual o grau de entendimento das novas propostas e qual a capacidade adaptativa dos docentes às novas diretrizes do Projeto Pedagógico esta dissertação buscou estabelecer o grau de alinhamento das posturas pedagógicas dos docentes com o novo Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul de 2003, assim como sua influência na plena implantação deste.

Este Projeto Pedagógico fez parte do esforço do curso médico em adaptar-se às Diretrizes Nacionais Curriculares do Conselho Nacional de Ensino e, principalmente, em modificar a trajetória do ensino médico. A pesquisa teve como foco os professores proponentes do Projeto, pertencentes ao Colegiado do Curso de

Medicina e os professores executores das então denominadas Unidades de Ensino Médico implantadas até o momento da realização deste trabalho. Esta análise, sob a ótica do inédito viável ou a utopia impossível, partiu das contribuições dos estudiosos em educação - da compreensão do processo de ensino-aprendizagem - tendo como base Vygotsky, Piaget e Paulo Freire, passando pelas aprendizagens significativas desenvolvidas por Ausuber e Novak. A metodologia da pesquisa baseou-se em de entrevistas semi-estruturadas, gravadas em fitas magnéticas de áudio. Na Dissertação, estas análises apareceram primeiramente focadas nas considerações dos proponentes individualmente. Após, a análise comparativa ocorreu entre as convergências e as diferenças das opiniões emitidas, sempre tendo o Projeto Pedagógico como base de confrontação. Posteriormente, o mesmo foi realizado para os professores executores. Como resultado destas análises, ao final, foi traçado um quadro da situação percebida a partir da nova concepção pedagógica até a implementação do Projeto e as estratégias utilizadas por todos os envolvidos nesta tarefa.

Através de perguntas diretas sobre os tópicos-chave para o entendimento da situação de saúde existente e a relevância do professor como agente de manutenção ou de transformação desta realidade, a pesquisa buscou identificar aspectos de convergência e dissonância entre os conteúdos das entrevistas e o conteúdo do Projeto Pedagógico, com vistas à implementação das mudanças propostas.

Palavras-chave: Ensino Médico. Projeto Pedagógico. Ensino-Aprendizagem.

ABSTRACT

We set out with the premise that the pedagogical views educators hold shape their practice, either inspiring or limiting their professional conduct. The research presented in this thesis spelled out these pedagogical perspectives. We started with topics such the pedagogical views the educators involved in the new Pedagogical Project devised for the School of Medicine of Universidade de Caxias do Sul in 2003 had, what health concepts underlined their practice, what was their commitment with the Project, either as developers or only implementators, and their understanding of the new proposals and their capacity to adapt to the new guidelines devised in the Project. This study attempted to establish the educators' alignment with the pedagogical project.

The Pedagogical Project was primarily an effort of the Medical School to conform itself to the National Guidelines established by the National Board of Education, and, most important, an attempt to change the medical training. The research focused both on the proponents of the Project, who were members of the Board of the School of Medicine, and the teachers who actually put into practice the new Medical Teaching Units. The analysis, under the perspective of the 'new and viable' or 'impossible utopia', was based on the works of authors who extensively studied the educational processes, such as Vygotsky, Piaget, and Paulo Freire. It

also encompasses the works of Ausuber and Novak and what they called “meaningful learning”.

Semi-structured taped-recorded interviews constitute the data of this research. The first step was to determine the ideas presented by the proponents of the new Pedagogical Project individually. Subsequently we analyzed the points of convergence and dissent, having always the project as the basis for the analysis. The same procedure was employed with the teachers who actually implemented the Project. The results were then outlined, so that we could have an overview of the whole process, from conception to implementation, as well as the strategies employed by the participants in carrying out the implementation.

Building on direct questions about the key topics, so that we could have a better understanding of the current health situation and the relevance of teachers as agents of maintenance or change, this study tried to identify aspects of convergence and dissent between the contents of the interviews and the content of the Pedagogical Project, aiming at the realization of the proposed changes.

Key words: Medical Training. Pedagogical Project. Teaching learning.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Objeto de estudo.....	12
1.2	A motivação do estudo.....	1413
1.3	Objetivo da pesquisa.....	1817
1.4	Campo de pesquisa.....	19
2	Considerações sobre o título.....	2120
2.1	Utopia.....	223
2.2	Sistema de saúde.....	267
3	Referencial teórico.....	33
3.1	Introdução.....	33
3.2	Educação.....	40
3.3	Processo de ensino – aprendizagem.....	43
3.4	Ensino médico.....	50
3.4.1	Ensino médico tradicional versus ensino médico em construção.....	51
3.4.2	O ensino médico no Brasil no final século XX e início do século atual.....	57

3.5	Teorias pedagógicas.....	66
4	Metodologia da pesquisa.....	69
5	A pesquisa.....	71
6	Entrevista.....	743
6.1	Introdução.....	743
6.2	O projeto pedagógico implantado em 2003 como referencial de ensino médico.....	6
6.3	Entrevistas com os proponentes e assessoria pedagógica.....	0
6.3.1	A primeira pergunta: O que é ser professor?	810
6.3.2	A segunda pergunta: Se existem diferenças entre professor de medicina e de outras áreas?	887
6.3.3	A terceira pergunta: Qual o conceito de saúde utilizado em sua prática docente?	920
6.3.4	A quarta pergunta: Como foi a construção do projeto pedagógico?	954
6.4	Síntese comparativa das entrevistas dos proponentes.....	1056
6.5	Entrevistas com os professores executores.....	1098
6.5.1	A primeira pergunta: O que é ser professor?	1098
6.5.2	A segunda pergunta: Existem diferenças entre professores de medicina e de outras áreas?	1120
6.5.3	A terceira pergunta: Qual o conceito de saúde utilizado na prática docente?	1165
6.5.4	A quarta pergunta: Qual a compreensão sobre o projeto pedagógico implantado	1210
6.5.5	A quinta pergunta: Exemplificar a sua prática pedagógica frente às novas demandas do projeto pedagógico em implantação	1297
6.6	Síntese comparativa entre os docentes executores.....	1431
7	Considerações finais	1464
7.1	Considerações sobre os resultados obtidos	1464
7.2	Conclusões.....	1486
7.3	Estratégias sugeridas para facilitar a implementação do projeto pedagógico	1586
	Referências.....	1615
		9
	Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	1653

Anexo B: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina	1675
Anexo C: Tabelas comparativas do desempenho dos inscritos no exame AMRIGS, ao longo dos últimos 10 anos, dados fornecidos pela Associação Médica do Rio Grande do Sul.....	1732

1 INTRODUÇÃO

1.1 Objeto de estudo

Este trabalho investigou comparativamente as concepções pedagógicas e de cuidado à saúde dos professores proponentes e executores do Projeto Pedagógico em implantação, para o Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, frente às mudanças propostas no mesmo.

Estas considerações tiveram como pano de fundo a auferição da viabilidade do ineditismo da nova proposta ou a constatação de uma ousadia utópica da instituição de ensino observada como projeto de mudança.

Partindo-se do pressuposto de que o Projeto Pedagógico em questão atendia, ao menos sob o ponto de vista teórico, as necessidades percebidas no ensino médico até então, deslocou-se à dúvida para o aspecto de convencimento dos envolvidos necessários à viabilização de um outro ensino médico. Através das idéias explicitadas pelos dois grupos de entrevistados, obteve-se um cenário das condições de implementação das propostas de mudança.

O Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, com a implantação do Projeto Pedagógico em 2003, manifestou o interesse em romper com a formulação do ensino médico centrado em disciplinas básicas e profissionalizantes, responsável

pela fragmentação dos conhecimentos, pela compartimentalização do ser humano em órgãos, aparelhos, doenças e principalmente pela separação do corpo e da mente, materializando desta forma a concepção cartesiana do modelo biomédico tradicional. Este, por mostrar-se ineficaz na solução das questões impostas pela realidade de saúde constatada, foi alvo de queixas reiteradas tanto de alunos como de professores. Paralelamente houve uma preocupação em adequar as mudanças desejadas às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina Brasileiros.

Para superar estas dificuldades e queixas, o Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul passou a constituir-se por Unidades de Ensino Médico (UEMs) com o intuito de promover a integração dos conteúdos dos diversos campos temáticos, o que passou a ser a tônica de todo o processo de ensino-aprendizado. Desta maneira, os alunos poderiam vivenciar em toda a extensão de sua formação, o modo diferenciado e inovador da construção de saberes, atitudes, comportamentos e habilidades capazes de promover a formação de um médico melhor capacitado e apto para enfrentar a realidade da saúde brasileira. Este modelo caracterizou-se por uma concepção não-cartesiana e humanista, ainda que estes termos não definam completamente o alcance das mudanças propostas até então.

1.2 A motivação do estudo

No ano de 2000, recebi um convite da Direção do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul e da Direção do Hospital Geral de Caxias do Sul,

para participar da criação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, em Galópolis. Com este desafio, pude aplicar conceitos e idéias há muito percebidas e desenvolvidas em minha prática profissional como médico de família e preceptor da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

O objetivo deste convite foi desenvolver um programa de ensino que pudesse dar sustentação à formação de especialistas na área de medicina de família e servir como campo de estágio para as transformações que estavam sendo gestadas no Colegiado do Curso de Medicina.

Esta tarefa prometia ser das mais árduas; pois, como veremos a seguir, o Projeto Pedagógico proposto deveria ser inovador na formação médica para romper com o paradigma biomédico tradicional. Apesar da magnitude do desafio, outros componentes foram decisivos e motivadores para o empreendimento desta tarefa. Dentre eles cabe destacar os seguintes:

- a) a determinação dos proponentes em transformar e adequar os novos cenários para a construção de um processo em que as pessoas, as famílias e as comunidades tivessem um papel preponderante na formulação de saberes a serem desenvolvidos;
- b) os instrumentos e ferramentas disponibilizados pela Instituição para que os professores pudessem se apropriar das tecnologias educacionais capazes de responder aos anseios da sociedade local e nacional;
- c) a possibilidade de acompanhar as adaptações dos professores das práticas educativas anteriores para as novas exigências do projeto em implantação.

Percebi que o sucesso da implementação deste novo modelo passava pela acuidade das observações obtidas no acompanhamento do processo de transição.

Tratava-se da passagem de um modelo formativo médico tradicional, consagrado pelo tempo e amplamente explorado por interesses econômicos, para outro inovador, cujo foco deslocava-se para a pessoa. A idéia de sucesso aqui apresentada refere-se à efetiva assimilação de uma nova abordagem de ensino que segue ensinamentos de Piaget e Paulo Freire como inspiração para viabilizar o ensino médico capaz de transformar a realidade existente.

Este Projeto colocou a Atenção Primária à Saúde como eixo orientador e horizontalizador do Curso de Medicina, com o propósito de formar médicos comprometidos com as pessoas no compartilhamento de soluções de seus problemas. Utilizou a prevenção e a promoção à saúde como estratégias de um cuidado diferenciado, estabelecendo vínculos duradouros com as famílias e as comunidades. Disto resultaria a construção de um sistema de saúde digno para a comunidade usuária, assim como para toda a sociedade brasileira.

Ao longo da minha prática como médico de família e preceptor da Unidade de Medicina de Família do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, que tem sob sua responsabilidade uma população estimada em 40.000 pessoas, pude acompanhar tanto médicos recém formados, sob a forma de treinamento em serviço - a chamada Residência Médica -, assim como estudantes de medicina dos últimos dois semestres - Internato Médico - de diversas Escolas de Medicina do Rio Grande do Sul. Esta experiência permitiu-me ter uma clara visão das necessidades e dos problemas enfrentados por estes alunos na prática de atendimento. Pelo que foi constatado, a dificuldade maior esteja na compreensão da situação trazida pelas pessoas que vêm em busca de auxílio, uma vez que suas demandas nem sempre têm relação com os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso médico. Os Cursos de Medicina, de uma maneira geral, privilegiam

doenças pouco prevalentes e/ou raras e seu diagnóstico, assim como o uso de tecnologias sofisticadas e remédios novos e dispendiosos em detrimento da realidade enfrentada pela maioria da população brasileira, fruto da desnutrição, das precárias condições de higiene e do abandono governamental a que estão expostas.

A frustração de estudantes e jovens profissionais médicos em não se sentirem capacitados para atender as demandas sociais exigidas foi outro ponto elencado no rol das mazelas do ensino médico. É de domínio público que o acesso aos Cursos de Medicina é difícil, principalmente nas universidades públicas que privilegiam o ingresso daqueles mais bem preparados que, via de regra, são oriundos das classes mais favorecidas economicamente. Coerentemente, a realidade de vida destes jovens está muito distante da demanda a ser conhecida e os Cursos de Medicina não preparam para este enfrentamento ou a compreensão de tão diferente contexto.

A prevenção às doenças e a promoção à saúde, embora muito destacado nos discursos dos gestores de saúde, freqüentemente não constam das preocupações dos professores, que as têm como algo pouco importante e que pode ser aprendido sem maiores investimentos. Desta forma, os aspectos da promoção e prevenção não conseguem ser incorporados pelos alunos às ações essenciais do cuidado com a saúde e usualmente ficam relegados a um segundo plano.

Nestes anos de exercício profissional, concluí que a modificação deste quadro dramático e perturbador da formação médica precisava ser encaminhado na graduação, mas certamente não com o modelo de ensino vigente. Por observação, percebi que médicos-professores que partem apenas de suas práticas individuais e privadas, das suas concepções especializadas e elitizadas, atuando em grandes hospitais de ensino, não poderiam ser agentes de tão grande transformação. Também o desconhecimento das contribuições dos estudiosos para o processo de

ensino-aprendizagem, presentes em outras áreas do conhecimento, originou uma idéia de auto suficiência dos médicos-professores que afastou estes profissionais da formação em educação.

Ficou claro, então, que a amplitude da transformação deveria contemplar uma mudança profunda no conteúdo e forma do que é ensinado, assim como nas convicções e concepções daqueles que ensinam.

Diante de todos estes desafios que vão do ineditismo das mudanças propostas no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, passando pelo o cenário de ensino médico desta Instituição, assim como das conhecidas deficiências formativas dos médicos-professores em cuja responsabilidade está o sucesso da implementação dos novos objetivos, pensei ser importante estudar e acompanhar este processo, mesmo sabendo das limitações de um pesquisador participante. O possível estabelecimento de constatações dos acertos e falhas do processo de implantação deste novo modelo de ensino médico, traria contribuições para a reflexão do modelo capaz de atender as expectativas da população brasileira e de todos aqueles que ainda sonham com a possibilidade de fazer algo novo e proveitoso.

1.3 Objetivo da pesquisa

A pesquisa evidenciou as concepções pedagógicas e o entendimento do modelo de saúde percebido pelos proponentes do Projeto Pedagógico e professores do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul. Pela atribuição do grau de coerência destas percepções com aquelas descritas no Projeto Pedagógico seria possível vislumbrar a probabilidade de sucesso deste empreendimento, em sua

totalidade ou de forma parcial, imediatamente ou demandando maiores investimentos na adaptação dos executores e da Instituição ao novo modelo de ensino médico. Como o Projeto Pedagógico partiu de referenciais teóricos fundamentados em outra lógica de ensino em que tanto os alunos como os professores compartilham conhecimentos em cenários distintos do tradicional hospital-escola, entre outras coisas, tornou-se primordial determinar também, se houve coerência entre as idéias dos proponentes e executores com aquelas contidas no Projeto Pedagógico.

Nesta linha, tornou-se fundamental determinar até que ponto os educadores envolvidos na implementação da mudança conseguiram assimilar os conceitos de educação necessários para sustentar as modificações. Por isso, a averiguação do posicionamento específico do educador médico – se capaz de unir as duas idéias ou se tendendo à maior valorização das experiências oriundas da prática médica. O conceito de saúde apresentado pelos entrevistados em relação a valorização das informações trazidas pelo usuário do sistema de saúde como agente ativo da relação e a incorporação das idéias de autocuidado auto cuidado e prevenção foram fundamentais para determinar o quanto de convencimento e, por conseqüência, de empenho foi mobilizado para a implementação das mudanças.

Cabe assinalar que o cenário de saúde constatado, com suas necessidades e problemas, assim como as propostas contidas no Projeto Pedagógico, não foram objeto da pesquisa. Ambos foram tratados referencialmente como motivadores deste trabalho.

1.4 Campo de pesquisa

Como o objeto de estudo deste trabalho foi a análise comparativa das concepções pedagógicas e do cuidado à saúde incorporada pelos professores proponentes e executores do Projeto Pedagógico em implantação no curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, entre si e em relação às contidas no próprio Projeto, o campo de investigação limitou-se aos ciclos de ensino em desenvolvimento na época.

O curso, conforme estabelecido no novo Projeto Pedagógico, estende-se por 12 semestres, sendo dividido em três ciclos. O primeiro ciclo, composto por Estudos Interdisciplinares Gerais Biomédicos e Humanísticos, configura-se internamente em quatro grandes campos de estudo: Morfológico, Fisiológico, Semiológico e Humanístico. Neste, a introdução da área humanística e Atenção Primária à Saúde constituiu-se no grande diferencial que pretendeu trabalhar desde o início os aspectos relacionados à pessoa e não à doença e aqueles relativos à família e à comunidade de forma integrada. O segundo ciclo, composto pelos campos de Estudos Interdisciplinares com Verticalização nas Áreas de Medicina Interna, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Tocoginecologia e Medicina de Família e Comunidade, teria neste último, a consolidação dos conceitos trabalhados no ciclo anterior de maneira integradora e progressiva. Estes dois ciclos já estavam em andamento e o terceiro, denominado Estudos Interdisciplinares em Regime de Internato só iniciaria em 2007. Portanto, a análise focou apenas os dois primeiros ciclos implantados. A própria divisão do curso em ciclos pretendeu o agrupamento de áreas de conhecimento inter-relacionadas que propiciassem o compartilhamento de informações afins.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TÍTULO

O ensino médico no Brasil vem sofrendo uma profunda re-estruturação face às novas demandas originadas pelos diversos atores sociais (Almeida, 1999) nele envolvidos. O mais forte ponto de discussão é a adequação dos recursos humanos suficientes para dar conta das necessidades prementes do setor da saúde.

O desafio de todos aqueles que percebem a urgência da mudança são os imensos obstáculos que parecem intransponíveis, de conciliação do modelo de ensino médico empregado majoritariamente pelas escolas médicas com a realidade brasileira. Esta mudança deve contemplar uma prática de saúde mais abrangente e eficaz em diferentes níveis.

Alguns dos principais componentes de um sistema de saúde já têm identificadas suas carências mais significativas, com suas interdependências cujo manejo enfatiza a necessidade tanto do ensino médico quanto do próprio sistema de saúde. A seguir, a nomeação e um breve comentário destes itens.

- a) **Instituições de Ensino Médico:** as escolas de Medicina vêm tentando adequar a formação dos novos profissionais para que respondam às exigências da sociedade em que estão inseridos e também dar conta das Diretrizes Curriculares determinadas pelo MEC, em 2001;

- b) **Sistema de Saúde Brasileiro:** a construção do Sistema Único de Saúde necessário e os enormes entraves enfrentados pela Estratégia de Saúde da Família, adotada pelo Ministério da Saúde, demonstram claramente a falta de profissionais qualificados para assistirem às comunidades sob a sua responsabilidade;
- c) **Demandas dos Profissionais de Saúde:** a pressão da sociedade sobre os jovens estudantes da área da saúde para que respondam de maneira satisfatória às demandas por ela apresentadas interagem com as convicções destes estudantes e de suas perspectivas de futuro profissional;
- d) **Demandas dos Usuários:** o distanciamento de parcelas cada vez maiores da população dos cuidados à saúde adequados à sua realidade, caracteriza a premência das transformações a serem perseguidas;
- e) **Indústria de Equipamentos e Farmacêutica:** o crescente poderio da indústria produtora de equipamentos médicos e de novas tecnologias, assim como da indústria farmacêutica, acabam impondo padrões de necessidade e de consumo nem sempre representativos das situações identificadas pelos profissionais da saúde, muito menos por aqueles que sofrem a intervenção.

Todos estes itens e muitos outros que certamente poderiam ser levantados nos remeteram a uma profunda reflexão das mudanças e transformações a serem empreendidas na construção de alternativas viáveis. Neste sentido é que este trabalho tentou desvendar um projeto pedagógico, em implantação, na busca de algo a ser atingido.

O título Ensino Médico em Mudança: o Inédito Viável ou a Utopia Impossível? pode parecer pretensioso mas precisa ser entendido dentro de um contexto que requer a quebra de paradigmas. Estes remontam à preocupação consciente do ser humano com sua integridade e preservação da própria espécie; a atual supremacia do conhecimento científico em relação ao saber empírico das pessoas; a duvidosa eficácia da visão fragmentada do indivíduo para o cuidado com a saúde e a falsa necessidade de hierarquização e distanciamento dos envolvidos no processo.

Para uma contextualização da utopia referida é pertinente retroceder e caracterizá-la.

2.1 Utopia

Literalmente, 'utópico' significa 'o que não está em nenhum lugar' (topos). Chama-se (desde Tomás Morus, que cunhou a palavra) 'utopia' a toda a descrição de uma sociedade que se supõe perfeita em todos os sentidos. A sociedade é qualificada de 'utopia'. Chama-se 'utópico' a todo ideal – especialmente, a todo ideal de sociedade humana- que às vezes se considera inatingível. 'Utópico' equivale em muitos casos a 'modélico' e a 'perfeito'. Exemplos de utopias: república de Platão, A Utopia de Santo Tomás Morus, A cidade do Sol de Campanella, A Nova Atlântida de Francis Bacon, uma utopia Moderna de H. G. Wells. Comum entre os autores, apesar de admitirem ser irrealizável, o movimento e o desejo de criticar a sociedade de sua época e propor reformas, fomentou a criação destas idealizações. Deste ponto de vista, as utopias são revolucionárias. Pensamento utópico não é sempre utópico; mas reflete uma realidade social que influencia os defensores do pensamento e da atitude utópica, indicando que a utopia é uma expressão de esperança (Mora, 1979-1982).

Voltar tanto no tempo é necessário para fazer um resgate histórico que visa adaptar o conceito de utopia à realidade de saúde vigente. Penso que a utopia perseguida no Projeto Pedagógico incorporou com profundidade uma concepção crítica do status atual e a disposição de trabalho dos professores como educadores-transformadores engajados neste amplo processo. Esta proposição parece-me estar em consonância com Freire (2003) na Pedagogia da Autonomia, que discute "a questão da formação docente ao lado da reflexão sobre a prática educativo-

progressista em favor da autonomia do ser dos educandos". Talvez, aqui apareça um dos aspectos mais polêmicos da questão, principalmente entre nós médicos, pois autonomia dos alunos não parece ser algo com que estejamos acostumados a lidar. Temos dificuldades imensas em compartilhar este processo, tanto na relação professor-aluno quanto na relação médico-paciente, em tese considerada igualitária, mas que na prática mostra-se hierarquizada, conferindo ao médico os maiores poderes sobre a saúde das pessoas, assim como ao professor o encargo exclusivo de transmitir os conhecimentos dos quais é o único depositário. Como consagração do binômio médico-paciente, cabe ao segundo apenas a passividade, o despojamento de suas convicções e a submissão ao saber do primeiro, ainda que o resultado da ação seja para ele de capital interesse. Quanto ao primeiro, é o dono do conhecimento, o sabedor do que é melhor e mais adequado em cada situação e, acima de tudo, o que tem o poder de curar. Poderíamos dizer, sem medo de errar ou de cometer alguma injustiça, que esta relação vem sendo, ao longo dos séculos, enfatizada das mais diversas formas. Portanto, se estamos perseguindo autonomia, em sentido amplo, a relação precisa ser compreendida entre médico e pessoa, assim como entre aprendiz e professor. Como pessoa, o indivíduo que por estar com algum problema necessita dos cuidados de um profissional capaz de ouvi-lo, considerar seus conhecimentos e propor alternativas de enfrentamento e tratamento razoáveis. Uma relação de equivalência, onde ambos possam manter a sua autonomia e agir em colaboração. Como aprendiz, o indivíduo que voluntariamente recorre ao professor como facilitador do processo de ensino-aprendizagem, em que a autonomia de ambos se mantém na medida em que o processo ocorre bidirecionalmente. Vejo este caminho como fundamental na adequação de uma pedagogia médica capaz de responder às demandas de uma nova forma de

posicionamento em relação às pessoas, quer necessitem cuidado médico, quer necessitem conhecimentos médicos. Importa, sobretudo, manter o foco na dinâmica de saúde que dá origem a estas relações entre diferentes competências e habilidades, cujo manejo depende da interação entre os parceiros. Neste sentido, a utopia deixa de ser revolucionária e visionária e passa a ser necessária, reveladora de uma nova ética.

Outro enorme desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde neste século, sem dúvida nenhuma, é a compreensão das falhas do modelo de saúde vigente a partir da era industrial e sua substituição por aquele sugerido no Encontro Internacional em Sistemas de Saúde, realizado em Cingapura, em 1997. Neste colóquio foram analisados os principais sistemas de saúde no mundo e projetados os possíveis cenários para este século. Para estes modelos de saúde acima citados, os pressupostos foram definidos a partir do estabelecimento da era da comunicação que contempla maior ênfase no autoconhecimento e autocuidado auto cuidado mediados pela disponibilização de informações através da rede virtual num primeiro momento. Esta abordagem inicial seria complementada por profissionais de saúde facilitadores e/ou parceiros. A parcela de atendimento especializada, realizada por profissionais como autoridades e, portanto, com custo mais elevado, seria utilizada apenas na medida de sua real necessidade e esta, dimensionada pela transposição do nível anterior, o que pressupõe uma visão mais abrangente, personalizada e continuada da pessoa.

A figura a seguir, reproduzida de um artigo publicado no British Medical Journal (1997), ilustra as informações, acima citadas, e faz a correlação com os custos a serem equacionados em ambos os modelos.

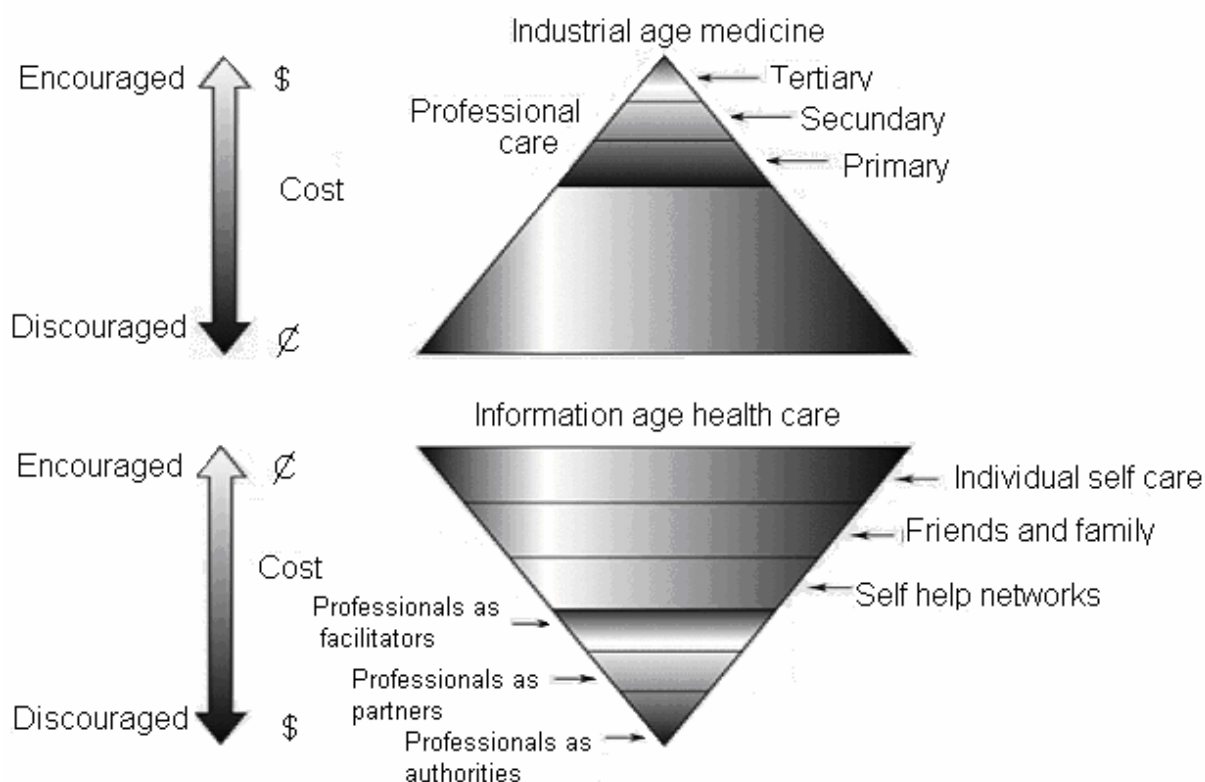


Figura 1 – A inversão da era da Medicina industrial para cuidados à saúde na era da informação. Fonte: SMITH, 1997, p. 7073.

A figura acima mostra uma importante inversão da pirâmide até então aceita na medicina na era industrial, em termos de hierarquização dos serviços colocados à disposição das populações, que passam agora a ter o autocuidado auto cuidado individual, como algo a ser estimulado.

Esta mudança implica numa readequação do ensino médico para melhor preparar os profissionais que deverão primeiramente conscientizar-se da maior eficácia e abrangência do novo modelo. A proposta resgata espaço e importância da capacitação humana do profissional para empreender de maneira empática, a compreensão dos problemas trazidos pelas pessoas e/ou percebidos no atendimento.

Assim como os profissionais precisam acreditar na necessidade do novo modelo, as instituições de ensino devem assumir a tarefa de construir condições

para a implementação desta nova realidade no mais curto espaço de tempo possível. Sem isto, as modificações, ainda que inevitáveis, ocorrerão com um custo social altíssimo, inclusive para as próprias instituições. Dentre as primeiras medidas deve estar a sensibilização dos docentes para a mudança de foco da doença para a pessoa.

A Universidade precisa assumir, no que concerne ao ensino médico, seu papel de referencial teórico-prático, fomentando a discussão de idéias inovadoras que possam ser assimiladas pela sociedade e contribuindo para a minimização das dicotomias existentes ao invés de apenas perpetuá-las. Cabe a ela tornar possível o enfrentamento destas dicotomias, que ao longo da história nos atormentam e que sempre tentam impor separações artificiais ou fictícias como a do corpo e da mente, do público e do privado, do teórico e do prático, da filosofia e da ciência e assim por diante. Este maniqueísmo, sem dúvida nenhuma não condiz com uma visão holística e integradora do universo, de uma maneira geral e da saúde, em particular.

2.2 Sistema de Saúde

Há consciência das enormes dificuldades de adequação entre ensino e prestação de serviços de saúde, pois o ensino médico ao longo do último século esteve centrado em grandes hospitais universitários, de acordo com o modelo proposto por Flexner (1910), baseado no conhecimento científico desenvolvido nestas instituições. Se por um lado este fato teve uma importância capital para a consolidação da medicina científica, por outro gerou a falsa impressão de que as doenças raras ou pouco prevalentes na população em geral precisam ser

conhecidas em detrimento daquelas que são mais encontradas nas pessoas ao longo de suas existências.

Aqui vale fazer referência a um estudo clássico inglês, publicado no *New England Journal of Medicine*, (2001), na ausência de um equivalente nacional. Este estudo acompanhou uma população adulta durante um mês para verificar como estas pessoas administravam seus problemas e como eram atendidas por seu médico de família.

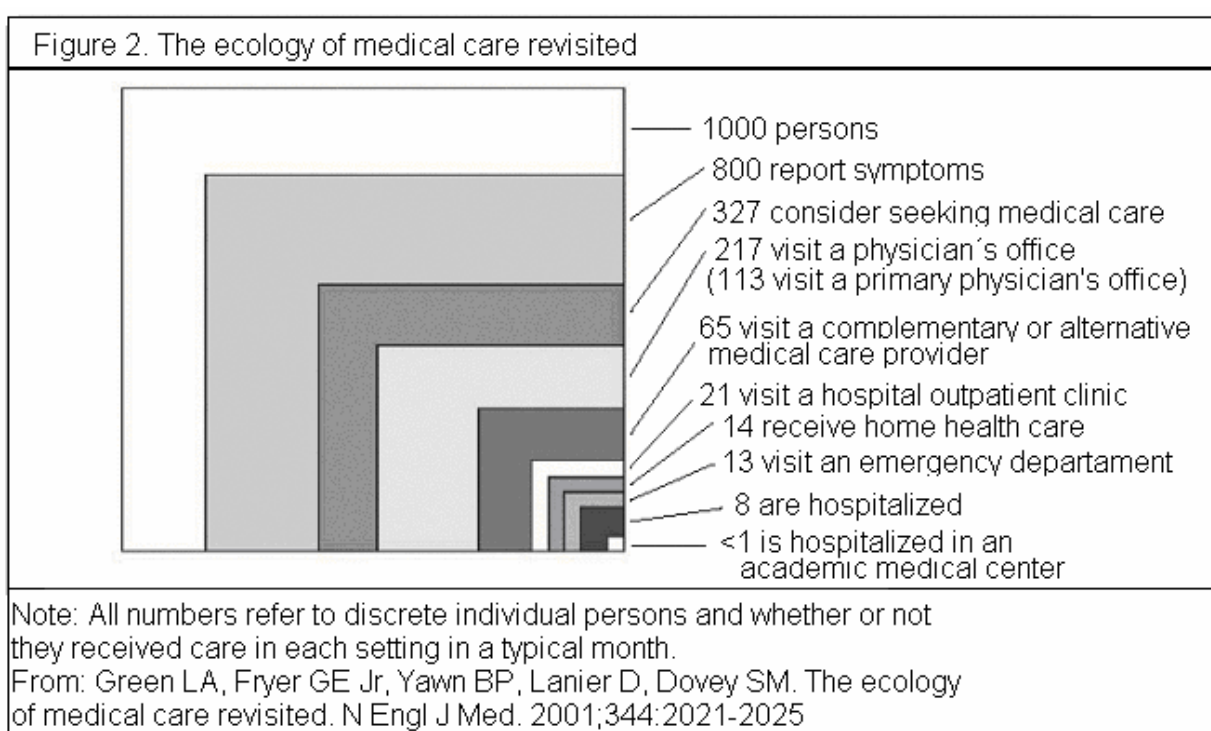


Figura 2 – Um novo olhar da ecologia e do cuidado médico. Fonte: GREEN, 2001, p. 2021.

A Figura acima é assim descrita: de cada 1000 pessoas adultas acompanhadas durante um mês, 800 apresentaram algum sintoma; 327 consideraram serem vistas em serviço médico; 217 pessoas recorreram ao médico (mais da metade destas foram a um serviço de cuidados primários) e tiveram, em sua maioria, seu problema resolvido sem necessidade de exames complementares e/ou consulta a outros especialistas. Destas, 65 foram a um serviço complementar

ou alternativo e apenas 21 pessoas precisaram ser admitidas em um hospital-dia neste mês. Outras 14 receberam cuidados em seu domicílio; 13 necessitaram ir a uma Emergência, onde 8 foram hospitalizadas e menos de uma pessoa foi hospitalizada em hospital universitário. Mesmo levando-se em conta todas as diferenças existentes entre a população inglesa e a nossa, entre o sistema inglês¹ baseado em médico de Atenção Primária à Saúde implantada e o nosso SUS com todas as suas limitações, pode-se dizer que existe uma semelhança na proporção de situações de saúde que podem ter solução fora do âmbito hospitalar por não demandarem destes recursos tecnológicos. Se o ensino médico brasileiro ocorre preferentemente em hospitais universitários, significa que nossos estudantes têm sido orientados a utilizar recursos tecnológicos sofisticados, muitas vezes desnecessários, como forma de compensar as deficiências de sua formação profissional e o viés do modelo vigente. Além disto, têm contato mais freqüente com problemas menos comuns ou menos prevalentes dentre os que afligem as pessoas no decorrer de suas vidas.

Sob pena de não se atingir com eficácia as necessidades de saúde de parcela significativa da população, é premente modificar o foco do cuidado da saúde. Dentre outras coisas, isto implicará na capacitação do profissional de saúde para aceitar e aproveitar o compartilhamento das informações.

Portanto, é essencial que tanto os estudantes de medicina, como os de outras áreas da saúde, sejam expostos o mais precocemente a outros cenários de ensino. Estes cenários devem refletir os espaços – Unidades de Saúde - onde de uma forma

¹ Para maior detalhamento ver o texto do Lord Lawson of Penn, intitulado Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services, publicado em 1920, que já distinguia 3 níveis principais de serviço de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola.

geral, a imensa maioria da nossa população recorre quando acometida de algum problema. Esta abordagem deve ser consequência do trabalho interdisciplinar.

A universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização e regionalização, a descentralização, o controle social e a participação complementar do setor privado fazem parte do arcabouço do Sistema Único de Saúde - SUS – estabelecido na constituição vigente do país. Entretanto a sua aplicação tem sido restrita em função das dificuldades geradas pelo tipo de formação recebida pelos profissionais da saúde, pela orientação das instituições de ensino superior e pelas contradições do próprio sistema de saúde. Embora estes cuidados estejam consagrados há muito tempo na literatura e na prática de diferentes países, como descreve Rakel (1978): “O médico de família promove cuidados continuados, compreensivos e personalizados no manejo de seus pacientes e suas famílias, considerando as doenças ou as queixas que se apresentam”, ainda assim não se tem conseguido mudar a lógica da prática do cuidado em nosso país, estado...

Muitos documentos foram produzidos com o objetivo de nortear políticas e ações no campo da saúde em todo o mundo. Dentre os mais significativos podemos citar “Saúde para Todos no Ano 2000” (produzido em 1977, na trigésima reunião anual da Assembléia Mundial de Saúde, em Alma-Ata). A partir deste documento, a reunião subsequente desta Assembléia, em 1979 ratificou a definição de Atenção Primária à Saúde, como a seguir:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar para manter em cada estágio de seu desenvolvimento um espírito de auto confiança e autodeterminação. É parte integrante do sistema de saúde do país, sistema este do qual é função central, e o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham,

constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada a saúde.

A Carta de Lubliana, (1996), foi formulada como um conjunto de princípios propostos pela Organização Mundial da Saúde para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde que deveriam ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e direcionados para a Atenção Primária à Saúde, na tentativa de diminuir as diferenças sociais.

Esta é uma defesa intransigente de um modelo de saúde que privilegia uma concepção crítica da realidade, tendo como eixo orientador um profundo conhecimento das pessoas, levando-se em conta a sua família, a comunidade em que residem, as relações de trabalho a que estão submetidas, as questões espirituais; enfim tudo aquilo que de alguma forma possa influenciar a sua maneira de viver.

Tal posição pressupõe uma transformação social que, segundo a visão de Boaventura de Santos (1999), teria sido “[...] um dos maiores méritos de Marx, o de tentar articular uma análise exigente da sociedade capitalista com a construção de uma vontade política radical de transformá-la e superá-la numa sociedade mais livre, mais igual, mais justa e afinal mais humana.” O mesmo autor a seguir nos ensina que a coerência entre a análise do presente e a construção da vontade do futuro não

é um ato científico, dado que os dois procedimentos têm lugar em planos gnoseológicos distintos. É um ato político que articula a análise científica com o pensamento utópico. Nesse sentido, não resta dúvida que me apóio em autores que traduzem uma maneira de pensar e ajudam a empreender uma tarefa transformadora e de certa forma utópica. Consolidam a transformação em um processo extremamente significativo de mudança de saberes e fazeres dos médicos há muito tempo consagrado e que necessitam ser modificados no sentido de dar conta dos anseios das pessoas que precisam de ajuda.

Neste aspecto, parece-me fundamental fazer a análise crítica do modelo médico proposto no Projeto Pedagógico com o pensamento utópico. As situações de ensino médico e prestação de cuidados à saúde que nomeei como utopia, podem ser assim compreendidas na medida em que existe um abissal distanciamento entre o que é realizado e o que é preciso ser feito. O tensionamento entre a realidade praticada e a realidade exigida é tanto maior quanto mais intensa é a resistência em aproximar ambas realidades. Buscar o que chamei de utopia, não é visar a excelência de um modelo de saúde que sendo satisfatório preocupa-se com o ideal e sim construir um modelo que venha a ser satisfatório para as demandas já existentes. A busca premente e urgente de transformação da sociedade numa organização mais justa, fraterna e humana está em andamento apesar das idiosincrasias; o que tem se mostrado defasado são as estruturas de prestação de serviços em saúde e de ensino médico.

Entretanto, nos é permitido sonhar que todos os atores necessários para a mudança assumam o compromisso de viabilizar os objetivos já definidos há tanto tempo para modificar a realidade. Universalmente estão dimensionadas as diretrizes da mudança, dispensando discussões teóricas sobre sua validade. O atual momento

é, portanto, de concretizar as ações exigidas pela sociedade, removendo a visão dicotomizada e equivocada de abordagem das questões de saúde. Este misto de sonho e necessidade requer um processo transformador e empreendedor em que se vislumbre a possibilidade de estabelecer novos parâmetros para a formação médica e sua conseqüente alteração dos cuidados à saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Introdução

A compreensão do processo de aprendizagem humana deve servir de base a todo o conhecimento a ser construído pelo ser humano na sua busca de equilíbrio com a natureza.

Este processo deve ser capaz de estabelecer padrões mais adequados de sobrevivência da humanidade na Terra; sobrevivência esta tão ameaçada pela maneira como o homem vem estabelecendo o que chamamos de progresso e que parece conduzir a um esgotamento das reservas naturais do planeta. Considerando o homem como agente transformador das reservas naturais e, ao mesmo tempo, fazendo parte destas reservas, a administração dos relacionamentos inter-humanos passa a ser tarefa primordial na gestão de todos os recursos disponíveis, que visam medidas globais efetivas, capazes de conter esta situação ameaçadora à sobrevivência qualificada do homem em seu meio.

Considerar o homem como espécie juntamente com a idéia de individuo, é pertinente na medida em que as situações adquirem proporções diferentes de acordo com a escala em que ocorrem e em que são avaliadas. Quando consideramos a relação médico-pessoa característica da prestação de serviço de saúde, devemos pensar numa relação que se repete potencialmente com cada individuo existente no planeta em algum momento de sua vida. Se, a partir daí, relacionarmos as ocorrências similares que ensejam esta relação, começaremos a pensar a saúde em escala e entender a importância dos posicionamentos assumidos neste sentido, por exemplo, em relação às endemias modernas como obesidade, tabagismo, hipertensão arterial, diabete e as doenças relacionadas ao estresse. A administração destes problemas de larga escala ou seus contrapontos como a desnutrição, a falta de saneamento básico e de educação implica na alocação de grande aporte de recursos materiais e humanos que afetam direta ou indiretamente a relação do homem com a natureza. Estas questões, mais proximamente do que se imagina, fazem parte de uma delicada rede de conexões cuja interdependência é mal avaliada quando se sub valoriza a exponencialidade que podem atingir.

Talvez, algumas das medidas para o enfrentamento eficaz destas questões altamente relevantes para a sobrevivência da humanidade na Terra, estejam no documento chamado Carta da Terra (1999) onde seus formuladores declararam:

A Carta da Terra está concebida como uma declaração de princípios éticos fundamentais e como um roteiro prático de significado duradouro, amplamente compartilhado por todos os povos. De forma similar à Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas, a Carta da Terra será utilizada como um código universal de conduta para guiar os povos e as nações na direção de um futuro sustentável.

Pensar, avaliar e agir sobre estas e outras questões deve ser uma preocupação de todos aqueles que aqui vivem e desejam um mundo possível de ser habitado para as próximas gerações.

Apesar desta pequena digressão necessária para termos a plena consciência do papel do homem na Terra e seu compromisso com o equilíbrio da natureza e com o ecossistema, é necessário retornar ao tema que gostaria de investigar. Para tanto convém lembrar as limitações de um observador comprometido com a mudança proposta, como no dizer de Vieira Pinto (1979): “[...] o homem é simultaneamente investigador e um dos elementos do problema investigado.” Da mesma forma é necessário estudar as dimensões e as relações do ensino médico, as maneiras de compartilhamento dos conhecimentos pelos professores, como estes são apreendidos pelos alunos e se há uma adequação deste ensino com as necessidades da sociedade em que será aplicado. Acima de tudo, é fundamental avaliar se este conhecimento está de acordo com a ética universal do ser humano defendida por Paulo Freire na *Pedagogia da Autonomia* (2003), em que fica evidente a não relativização da importância do ser humano.

Reforçando esta premissa que é fundamental ao entendimento da problemática até aqui exposta, utilizo a contribuição de Gadotti (1987) quando afirma:

[...] uma leitura do mundo não é possível sem uma transformação do mundo. Chegando ao mundo, provocamos, pela nossa presença, toda uma mudança do mundo. O sentido que damos aqui à ‘leitura’ é um sentido existencial – o ler como ato propriamente humano – por isso queremos preservá-lo de toda a conotação subjetivista, psicológica ou idealista.

A leitura do mundo para ser transformadora precisa levar em conta o conhecer, tão bem trabalhado por Maturana e Varela (2003) no seu livro *A Árvore do Conhecimento*, que pode ser sintetizado pelo pensamento:

O conhecimento do conhecimento obriga. Obriga-nos a assumir uma atitude de permanente vigília contra a tentação da certeza, a reconhecer que nossas certezas não são provas da verdade, como se o mundo que cada um vê fosse o mundo e não um mundo que construímos juntamente com os outros.

Nesta definição temos os elementos fundamentais para a construção de um conhecimento capaz de gerar profundas e indispensáveis alterações no ensino. Estas devem possibilitar uma real tomada de posição do aprendiz em relação ao seu aprendizado e permitir ao professor a possibilidade de refletir sobre aquilo que realmente fará diferença na vida não só profissional ou técnica, como na vida pessoal do indivíduo comprometido eticamente com o seu mundo. Numa visão mais restrita, este mundo pode ser concebido como a sociedade em que aprendizes e professores estão inseridos e que necessita de uma resposta mais eficaz para as necessidades percebidas e tão negligenciadas ao longo dos anos pelas Universidades no tocante ao ensino médico, como se estas não estivessem a serviço desta sociedade que as mantém.

Dentre os elementos fundamentais, outra idéia a ser evidenciada é a de rede, no sentido de avocar compromissos mais amplos que tratem do engajamento do ser humano e do seu meio, naquilo tão bem proposto por Capra (1996) como a teia da vida. Este conceito foi incorporado à área da saúde, como preceito fundamental no encaminhamento dos problemas de saúde, do cuidado das pessoas e das relações com a comunidade em que a instituição de saúde está inserida e com a qual deve estar comprometida.

Atualmente, o setor da saúde estabeleceu como rede toda a malha que envolve os recursos materiais e humanos participantes e interdependentes, dos cuidados profissionais aos problemas de saúde, como as Unidades de Saúde, os Hospitais, Clínicas de Reabilitação, Laboratórios etc, assim definidos como cuidados

profissionais, por Helman (1994) Esta já é uma visão mais integradora da saúde, porém ainda bastante tecnicista e hierarquizada.

O autor define, ainda, de forma muito clara as outras alternativas que as pessoas utilizam quando tem algum problema; tais como: os cuidados informais, populares ou folclóricos.

No século passado, o modelo assistencial de saúde estava baseado fundamentalmente em grandes hospitais, sendo valorizado o sistema hierarquizado – ou seja, o hospital como ápice da excelência desta assistência. Este modelo mostrou-se insuficiente para dar conta de grande parte dos problemas de saúde enfrentados pela maioria das pessoas, evidenciado pela irregular distribuição de informação e recursos ao redor do mundo, sem falar dos altos custos despendidos com este enfoque limitado. Para a modificação do quadro, é necessário um outro salto evolutivo na concepção de rede, onde todos os componentes tenham a mesma importância na sua contribuição e interajam de forma colaborativa, não hierarquizada, possibilitando um cuidado à saúde mais próxima das necessidades existentes.

Este cuidado a que estamos nos referindo pode ser mais bem apreendido pela famosa fábula número 220 de Higino, (43 a.C.-17 d.C.), escravo liberto de César Augusto, seu bibliotecário e filósofo, utilizada por Boff (2003), para ilustrar a amplitude da idéia de cuidado por ele defendido.

Fábula do Cuidado e suas implicações

Certo dia, Cuidado, passeando nas margens do rio, tomou um pedaço de barro e moldou-o na forma de ser humano. Nisso apareceu Júpiter e, a pedido de Cuidado, insuflou-lhe espírito. Cuidado quis dar-lhe um nome, mas Júpiter lho proibiu, querendo impor o nome. Começou uma discussão entre ambos. Nisso apareceu a Terra, alegando que o barro é parte de seu corpo e que, por isso, tinha o direito de escolher o nome. Gerou uma discussão generalizada e sem solução. Então todos aceitaram chamar Saturno, o velho deus ancestral e senhor do tempo, para ser o árbitro. Ele

tomou a seguinte sentença, considerada justa:- Você, Júpiter, que lhe deu o espírito, receberá de volta quando essa criatura morrer. Você, Terra, que lhe forneceu o corpo, receberá o corpo de volta, quando essa criatura morrer. E você, Cuidado, que foi o primeiro a moldar a criatura, acompanhará-la-á por todo o tempo em que ela viver. E, como vocês não chegaram a nenhum consenso sobre o nome, decido eu; chamar-se-á homem, que vem de húmus, que significa 'terra fértil'.

O autor define esta fábula como cheia de implicações antropológicas e ecológicas, enfatizando que cuidado é anterior ao espírito infundido por Júpiter e anterior ao corpo emprestado pela Terra. Nesta visão, a concepção corpo-espírito não é, portanto, originária.

Como originário fica caracterizado o cuidado, “que foi o primeiro a moldar o ser humano”. O Cuidado o fez com “cuidado”, zelo e devoção, portanto, com uma atitude amorosa.

Boff concluiu que o cuidado é *a priori* ontológico, aquilo que deve existir antes, para que possa surgir o ser humano. Cuidado, constituindo a real e verdadeira essência do ser humano, revelando quem é ele. O cuidado é uma atitude reveladora da grandeza do homem e que compensa a vulnerabilidade do próprio ser. Boff utiliza, ainda, o exemplo de cuidado prático de Florence Nightingale (1820-1910) como o arquétipo da moderna enfermeira, que em 1854, com 38 colegas parte de Londres para um hospital militar na Turquia, onde se travava a guerra da Criméia. Imbuída da idéia de cuidado, em dois meses, conseguiu reduzir a mortalidade de 42% para 2%.

Sem dúvida este é o cuidado a ser perseguido por todos nós e principalmente pelos trabalhadores da saúde comprometidos com as pessoas no enfrentamento de seus problemas, levando em conta os recursos comunitários existentes. A lógica aplicada deve ser completamente diversa da vigente; onde apenas algumas pessoas

(os médicos) estão investidos do “poder supremo de curar”, esquecendo as potencialidades e os recursos próprios de cada ser humano.

E que este ser humano seja considerado em todas as suas dimensões, conforme descrito por Chanlat (1996):

- **Um ser genérico e singular:** ao mesmo tempo: genérico por pertencer à espécie humana e singular por sua existência única, singular, no mundo;

- **Um ser ativo e reflexivo:** através do pensar e agir, traços característicos do ser humano, construindo e/ou modificando a realidade social;

- **Um ser de palavra (de comunicação):** é com a linguagem que o ser humano ascende ao mundo das significações, buscando desvendar as condutas, as ações e as decisões;

- **Um ser de desejo e de pulsão (de relação):** os seres humanos vêem seus desejos e suas existências, reconhecidas ou não, nas relações que mantêm entre si, utilizando-se do jogo de identificações (introspecção, projeção, transferência etc.);

- **Um ser simbólico:** o ser humano é um mundo de signos, imagens, metáforas, símbolos, mitos, alegorias etc. Produz, com a sociedade, uma representação do mundo que lhe confere significação;

- **Um ser espaço-temporal:** duas dimensões inseparáveis que definem os quadros geoistóricos da ação humana (movimento no espaço é também movimento no tempo). Assim, a vida humana apresenta diferentes concepções de temporalidade (o tempo de uns não é o mesmo de outros);

- **Objeto e sujeito de sua ciência:** é o que diferencia as ciências humanas das físico-químicas. Nas ciências humanas, o ser humano é visto como objeto e sujeito de sua ciência, muito embora esta concepção não tenha sido dominante, pois muitos pesquisadores tratavam o ser humano como objeto de estudo, destituído de subjetividade e de afetividade.

Com estes pressupostos sobre o ser humano bem estabelecidos e servindo como guia, podemos nos dedicar ao entendimento das questões específicas do tema a ser estudado. Esta orientação dá sustentação aos encontros com os professores entrevistados na abordagem dos aspectos relativos à educação, ao processo de ensino-aprendizagem, à pedagogia e ao ensino médico.

3.2 Educação

Quando penso em educação não consigo deixar de lembrar a história narrada por Brandão (1995) exemplificando de maneira inequívoca a concepção de educação por mim almejada. Mas vamos a história:

Há muitos anos nos Estados Unidos, Virgínia e Maryland assinaram um tratado de paz com os Índios das Seis Nações. Ora, como as promessas e os símbolos da educação sempre foram muito adequados a momentos solenes como aquele, logo depois os seus governantes mandaram carta aos índios para que enviassem alguns de seus jovens às escolas dos brancos. Os chefes responderam agradecendo e recusando. A carta acabou conhecida porque alguns anos mais tarde Benjamin Franklin adotou o costume de divulgá-la aqui e ali. Eis o trecho que nos interessa: "...nós estamos convencidos, portanto, que os senhores desejam o bem para nós e agradecemos de todo o coração. Mas aqueles que são sábios, reconhecem que diferentes nações têm concepções diferentes das coisas e, sendo assim, os senhores não ficarão ofendidos ao saber que a vossa idéia de educação não é a mesma que a nossa.... Muitos dos nossos bravos guerreiros foram formados nas escolas do Norte e aprenderam toda a vossa ciência. Mas, quando eles voltaram para nós, eles eram maus corredores, ignorantes da vida da floresta e incapazes de suportarem o frio e a fome. Não sabiam como caçar o veado, matar o inimigo e construir uma cabana, e falavam a nossa língua muito mal. Eles eram, portanto, totalmente inúteis. Não serviam como guerreiros, como caçadores ou como conselheiros. Ficamos extremamente agradecidos pela vossa oferta e, embora não possamos aceitá-la, para mostrar a nossa gratidão oferecemos aos nobres senhores da Virgínia que nos enviem alguns dos seus jovens, que lhes ensinaremos tudo o que sabemos e faremos, deles, homens".

Constata-se que a concepção de educação precisa levar em consideração a cultura, a época analisada, a sociedade em que está inserida e uma série de outros fatores; mas sem dúvida, através das palavras dos chefes índios, não mudaram a

necessidade de termos homens na acepção mais genérica e completa do termo empregado. Portanto, não há uma forma única nem um único modelo de educação, segundo Brandão. Ainda assim, os aspectos de humanidade são reconhecíveis e desejáveis tanto nos agentes, quanto no processo, assim como no resultado do esforço educacional.

Seguindo com o mesmo autor "[...] que não há necessidade de escola para haver educação, existindo redes e estruturas sociais capazes de transferir conhecimentos de uma geração a outra, no trabalho da vida e com consciência das trocas em situações sociais de aprender-ensinar-e-aprender: em educação."

Educação vem do latim "educere" que significa extrair, tirar, desenvolver, conforme definição do dicionário Aurélio. Portanto, a tarefa dos educadores comprometidos com a prática social é a de estimular o desenvolvimento das pessoas, trocando experiências, reconhecendo o outro como um legítimo outro, compartilhando conhecimentos relevantes para a construção de uma realidade gratificadora.

Estas transformações cada vez mais rápidas do mundo de hoje estão a exigir uma educação mais comprometida com o social e com as necessidades sentidas pelas pessoas na busca de soluções às suas necessidades, suas aspirações; enfim, tudo aquilo que diga respeito à busca incessante pela felicidade² no sentido mais amplo possível. Para alcançar isto é fundamental perseguir as diretrizes enunciadas por Delors (2001), no relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, onde são apresentados Os Quatro Pilares da Educação – aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a viver com os outros e aprender a ser.

² Conceito este retirado da obra de: FONSECA, Eduardo Giannetti da. **Felicidade**: diálogos sobre o bem-estar na civilização. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

Estes quatro fundamentos, posteriormente foram aprofundados por Morin (2002 a) na obra *os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro*, assim definidos: as cegueiras do conhecimento: o erro e a ilusão, os princípios do conhecimento pertinente, ensinar a condição humana, ensinar a identidade terrena, enfrentar as incertezas, ensinar a compreensão e a ética do gênero humano.

Pensar em educação é, portanto, entender os processos pelos quais o indivíduo percebe a si e ao seu entorno e como se coloca em relação às semelhanças e diferenças, bem como estabelece seus juízos de valor. Sendo assim, todo o indivíduo é ao mesmo tempo, aprendiz e *ensinador*³, o que horizontaliza o conhecimento.

A partir dessas vivências compreende-se que a função de ensinar é exercida não por um princípio de poder, mas sim por um princípio de responsabilidade. Quem ensina, e todos o fazem eventualmente, exerce em amplitude e profundidade o seu direito de ser, citado acima nas palavras de Chanlat.

O educador, entretanto, é o *ensinador* que arroga para si, consciente e voluntariamente a responsabilidade de facilitar o processo de aprendizagem de uma determinada área de conhecimento.

Alves, citado por Gadotti (1986), define as funções do educador em:

- **Função crítica:** os dogmas têm de ser transformados em dúvidas, as respostas em questionamentos, os pontos de chegada em pontos de partida.

- **Função criativa:** o educador é um criador de utopias concretas, um indicador de ‘horizontes utópicos’, de novas formulações e novas sínteses.

Lamentavelmente, todas estas mudanças em andamento na educação, não têm alcançado ressonância na prática do ensino médico, pois este segue um padrão

³ Recorro a este termo, livre tradução do italiano *insegnante* por definir de uma forma mais abrangente aquele que ensina.

em que o professor detém todo o saber e o aprendizado é baseado num modelo rígido e na repetição de esquemas consagrados no exercício profissional. A necessária adequação dos conhecimentos às exigências sociais e disponibilidades do momento, não são consideradas satisfatoriamente, assim como as transformações ocorridas e os avanços pedagógicos alcançados na área da educação não são incorporados pela educação médica. A interação dos conhecimentos prévios dos alunos mediados por uma postura menos autoritária do professor, como regra, nem sempre ocorre.

Enfim, a tarefa de agregar estas transformações da sociedade e da educação ao ensino médico é o maior desafio, tendo de ser enfrentado com o rompimento do paradigma biomédico centrado em grandes hospitais universitários, onde as doenças raras ou pouco prevalentes são uma tônica; as especialidades médicas ficam cada vez mais restritas, propiciando o afastamento da compreensão do homem como um ser global, e as novas tecnologias são consideradas imprescindíveis *per si* ao invés de estarem a serviço dos homens.

3.3 Processo de ensino-aprendizagem

As idéias de desenvolvimento e aprendizagem, embora digam respeito a processos diferentes, estão bastante interligadas e demonstram uma clara interdependência. Cabe considerar que quanto ao desenvolvimento, este pode ser compreendido e estadiado num dado momento estático em que é observado, já que a noção de desenvolvimento é produzida a partir de um processo que envolve condições prévias de acontecer e alterações paulatinas deste estado. Sobre a aprendizagem, esta é caracteristicamente um processo dinâmico de assimilação de conhecimentos e integração destes últimos com os já existentes de forma a produzir

um novo estágio de desenvolvimento que por sua vez abre espaço para novas aprendizagens e assim por diante. É como se o desenvolvimento fosse o produto do movimento de aprendizagem, congelado no momento da observação.

Conforme defende Vergnaud (2004) ao revisitar a obra de Vygotsky,

A relação entre desenvolvimento e aprendizagem está evidentemente no âmago do processo de elaboração dos conceitos. Não devemos nem identificar, pura e simplesmente desenvolvimento e aprendizagem, nem considerar, como os maturacionistas, que o desenvolvimento precede a aprendizagem, mas adotar uma terceira solução teórica: de uma parte, as boas aprendizagens são aquelas que precedem o desenvolvimento e, de outra, o desenvolvimento amplia os benefícios da aprendizagem.

As teorias de aprendizagem buscam identificar qual dinâmica está envolvida nos processos de ensinar e aprender, partindo do reconhecimento da evolução cognitiva do homem, e tentam explicar a relação entre o conhecimento pré-existente e a aquisição do novo conhecimento. É pertinente salientar que a aprendizagem não pode ser considerada apenas como inteligência e construção de conhecimento, mas, basicamente, como assimilação pessoal e assimilação através da interação entre as pessoas.

Vygotsky (1988 a) apresenta significativa contribuição para o entendimento do complexo processo de aprendizagem humana. Propõe o interacionismo, que é baseado em uma visão de desenvolvimento apoiada na concepção de um organismo ativo, onde o pensamento é construído gradativamente em um ambiente histórico e, em essência, social. A interação social possui um papel fundamental no desenvolvimento cognitivo e toda função, no desenvolvimento cultural de um sujeito, aparece primeiro no nível social, entre pessoas, e depois no nível individual, dentro dele próprio.

Segundo Vygotsky (1988 a), a interação social é a origem e o motor da aprendizagem e do desenvolvimento intelectual. Todas as funções no

desenvolvimento do ser humano aparecem primeiro no nível social (interpessoal), depois no nível individual (intrapessoal); sendo que a aprendizagem humana pressupõe, então, uma natureza social específica e um processo através do qual as pessoas penetram na vida intelectual daquelas que as cercam.

Portanto, uma atualização destas noções, nos possibilita pensar a nova concepção de pedagogia indicada para facilitar a adequação do ensino médico às necessidades sociais, individuais e institucionais. O novo modelo deve favorecer a aprendizagem estimulada pela interação dos participantes – nível social – direta e indiretamente conectados ao processo de troca de conhecimentos e, ao mesmo tempo, reforçar a aprendizagem em nível individual ou intrapessoal.

Vygotsky (1988 a) identifica três estágios de desenvolvimento na criança e que podem ser aplicadas a qualquer aprendiz:

a) **nível de desenvolvimento real** - determinado pela capacidade do indivíduo de solucionar independentemente as atividades que lhe são propostas;

b) **nível de desenvolvimento potencial** - determinado através da solução de atividades realizadas sob a orientação de uma outra pessoa mais capaz ou em cooperação com colegas mais capazes;

c) **zona de desenvolvimento proximal** - considerada como um nível intermediário entre o nível de desenvolvimento real e o nível de desenvolvimento potencial.

A "zona de desenvolvimento proximal" é potencializada através da interação social, o que significa que as habilidades podem ser desenvolvidas com a ajuda de um adulto servindo de guia ou através da colaboração entre pares. Já o nível de desenvolvimento real é considerado como sendo pertinente às funções mentais do

indivíduo que já estão estabelecidas, decorrentes das etapas de desenvolvimento inteiramente cumpridas pelo sujeito.

A aplicação da abordagem de Vygotsky na prática educacional exige que o professor reconheça a idéia da "zona de desenvolvimento proximal" e estimule o trabalho colaborativo, de forma a potencializar o desenvolvimento cognitivo dos alunos. Os ambientes colaborativos de aprendizagem, apoiados em computadores e tecnologias associadas, valorizam este tipo de abordagem, favorecendo um espaço de trabalho conjunto.

Um outro conceito relacionado à concepção de desenvolvimento em Vygotsky (1988 b) refere-se à necessidade da intervenção do adulto para apoiar o aluno na realização de uma tarefa complexa que ele, por si só, não seria capaz de realizar. Este conceito indica como o adulto implementa processos de suporte que se estabelecem através da comunicação e que funcionam como apoio. O controle da tarefa é transferido gradualmente do adulto (o apoio) para a criança, ou do professor para o aluno. Segundo tais princípios, a concepção e uso de ambientes interativos de aprendizagem com variados recursos de apoio, devem apresentar diferentes graus de complexidade, de forma a possibilitar a cada sujeito, em cada momento, atuações que se situem na zona de desenvolvimento proximal. Estes recursos devem ser gradativamente retirados de acordo com o progresso do aluno, à medida que este vai adquirindo autonomia na aprendizagem dos conhecimentos desejados.

Quando Ferreiro (2001), à luz do legado de Piaget, referiu-se ao desenvolvimento do conhecimento, afirmou que "o desenvolvimento do conhecimento não pode deixar de lado um fato fundamental das investigações

piagetianas: o ser humano atribui significados ao mundo que o rodeia através de seus esforços para assimilá-lo."⁴

A autora (Ferreiro, 2001) segue contextualizando a natureza assimiladora do conhecimento na medida em que este manifesta peculiares características. O desenvolvimento cognitivo é um processo *interativo* e *construtivo*. Ao caracterizá-lo como processo *interativo*, opõe-se ele aos processos maturativos e puramente exógenos. Na interação, todo conhecimento implica sempre uma parte que é fornecida pelo objeto (com suas propriedades físicas, sociais e culturais) e uma parte que é fornecida pelo sujeito (com a organização de seus esquemas de assimilação). O desenvolvimento cognitivo é, pois construtivo no sentido forte do termo: há reorganizações parciais que obrigam, em certos momentos, a reestruturações totais (uma reorganização completa dos esquemas cognitivos). Essas novas estruturas são relativamente estáveis, dentro de certos domínios por certo tempo, até que novas crises cognitivas obriguem a uma nova reestruturação.

O desenvolvimento da teoria de aprendizado desenvolvida por Ausubel no final da década de 70 do século passado, denominada de aprendizagem significativa, tem exercido uma grande influência na educação. Esta se baseia em um modelo construtivista dos processos cognitivos humanos. Em particular, a teoria da assimilação descreve como o estudante adquire conceitos e como é organizada sua estrutura cognitiva. A premissa fundamental de Ausubel parece simples:

“O aprendizado significativo acontece quando uma informação nova é adquirida mediante um esforço deliberado por parte do aprendiz em ligar a informação

⁴ Piaget não se contentou com uma analogia entre a adaptação aos níveis do organismo e do conhecimento, definiu com precisão, no plano da atividade psicológica, os dois mecanismos que constituíram essa adaptação: a assimilação e a acomodação. A evolução em direção ao equilíbrio e o próprio equilíbrio (noção central no pensamento piagetano) foram, descritos como uma complementaridade entre assimilação e acomodação. Estas observações fazem parte das publicações de Piaget de 1936, *La naissance de l'intelligence chez l'infant* e de 1937, *La construction du réel chez l'enfant*, citados por Montangero em Piaget ou a inteligência em evolução.

nova com conceitos ou proposições relevantes preexistentes em sua estrutura cognitiva.” (Ausubel 1978) Para este autor, “[...] o principal no processo de ensino é que a aprendizagem seja significativa. Isto é, o material a ser aprendido precisa fazer algum sentido para o aluno. Isto acontece quando a nova informação ancora-se nos conceitos relevantes já existentes na estrutura cognitiva do aprendiz”.

Neste processo, a nova informação interage com uma estrutura de conhecimento específica, que Ausubel chama de conceito “subsunçor”. Esta palavra tenta traduzir a inglesa “subsumer”.

Quando o material a ser aprendido não consegue ligar-se a algo já conhecido, ocorre o que Ausubel chamou de aprendizagem mecânica, ou seja, quando as novas informações são memorizadas sem interagirem com conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva. Assim, a pessoa decora fórmulas e leis através de macetes para provas e os esquece logo após a avaliação.

Portanto para ocorrer aprendizagem significativa é preciso haver duas condições:

1. O aluno precisa ter uma disposição para aprender: o aprendiz tem que despertar interiormente o interesse para a aquisição de novos conhecimentos. Isto significa que ele, para aprender, precisa entregar-se voluntariamente ao novo, acreditando na promessa de relevância dos novos conhecimentos. Quando isto não ocorre e o material é memorizado arbitrariamente e literalmente, a aprendizagem será apenas mecânica.
2. O material a ser aprendido tem que ser potencialmente significativo, ou seja ele tem que ser lógico e psicologicamente relevante: o significado lógico depende somente da natureza do material, e o significado psicológico diz respeito a uma

experiência individual. Cada aprendiz faz uma filtragem dos conteúdos que adquirem significado ou não para si próprio.

Para Ausubel é importante a aprendizagem de conteúdo por transmissão oral com sentido, ou seja: aquisição e retenção de conhecimentos de maneira "significativa". O resultado é tão eficaz quanto aquele obtido na aprendizagem por "descoberta", entretanto, mais efetivo por economizar tempo do aprendiz e ser tecnicamente mais organizado.

O autor preocupa-se mais com o processo de instrução através da apresentação lógica de dados que tenham relevância para o aprendiz, do que com os processos cognitivos deste. A programação de informações deve ser feita por meio de uma série hierárquica (em ordem crescente de inclusão), com cada organizador avançado precedendo sua correspondente unidade.

Para Ausubel, a aprendizagem não requer necessariamente motivação. Ela ocorre por si só. Para ele, quando se aprende algo, há uma satisfação inicial que estimula a continuidade do desenvolvimento do ato pedagógico. A motivação para ele é crescente na medida em que o aluno conhece os objetivos do ensino, que devem ser claros e relacionados com o imediato. A motivação é portanto, a própria aprendizagem.

Nesta linha de raciocínio, afirma que o processo de aprendizagem depende mais da capacidade do professor de evidenciar o encadeamento lógico dos conteúdos apresentados progressivamente, do que do despertar prévio do interesse do aluno por aquilo que será conhecido *a posteriori*.

Na tentativa de interpretar a teoria de assimilação de David Ausubel, Joseph Novak chega à conclusão de que esquemas e diagramas são úteis para ilustrar a teoria da aprendizagem significativa. Novak cria, então, Mapas Conceituais que

consistem em um esquema para cartografar, de forma hierárquica, os conceitos presentes em um conhecimento. Seu objetivo inicial era auxiliar a definição de seqüências instrucionais e o planejamento de currículos. Atualmente, Mapas Conceituais são empregados em diversas atividades do processo ensino-aprendizagem, inclusive na construção de hipertextos educacionais.

Novak acrescenta idéias de conteúdo prático que ilustram e desenvolvem o pensamento de Ausubel. Em seu trabalho, salienta que na medida em que é desvendada a estrutura interna de um novo conhecimento, permite-se melhor organizar a seqüência mais adequada de informações que possam estimular o aluno para o aprendizado.

Embora sob um viés tecnicista, o aspecto motivacional continua presente, sem negar Vygotsky, Piaget ou Emilia Ferreiro, que atribuem à motivação uma característica mais emocional do que mecânica, dentro do aspecto psicológico.

Estas teorias de ensino aprendizagem foram selecionadas para demonstrar diferentes abordagens deste processo complexo cujo sucesso não prescinde de qualquer dos aspectos discutidos. Pode-se criticar o meio de busca da relevância do conhecimento, mas é inquestionável a necessidade de significação das informações para que o aprendizado ocorra.

3.4 Ensino médico

Para contextualizarmos o ensino médico desenvolvido até o presente momento e a proposição de sua ruptura, como foi pretendido pela introdução do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, encaminhamos esta discussão traçando um paralelo entre alguns aspectos do

ensino médico tradicional e conservador com este em construção que objetiva ser inovador e criativo.

A análise foi limitada pelas informações contidas no corpo das entrevistas realizadas, onde estão presentes os elementos do modelo tradicional continuativo, evidenciados através dos conceitos incorporados na formação acadêmica e durante a prática profissional da maior parte dos entrevistados, em comparação ao trabalho crítico, criativo e rompente realizado por alguns na formulação do Projeto Pedagógico (proponentes) e por outros incumbidos pioneiramente de implementá-lo (executores).

3.4.1 O ensino médico tradicional versus ensino médico em construção

O ensino médico tradicional está baseado em uma estrutura curricular fracionada em ciclo básico e profissionalizante e disciplinas fragmentadas. O processo de ensino-aprendizagem é centrado no professor, como fonte maior de conhecimento e em aulas expositivas. Nestas, os alunos são meros ouvintes privilegiados com dificuldade de acompanhar a grande quantidade de informações e estabelecer um nexos entre estas e sua prática profissional futura. A memorização é confundida com aprendizado e seu produto avaliado em provas escritas preponderantemente, como comprovação dos conteúdos assimilados.

Este modelo segue o paradigma tradicional da educação onde a transmissão unilateral do conhecimento é o principal objetivo e o trabalho das habilidades de raciocínio é o desafio maior. Não há espaço para o aprendiz interagir através de todas as suas dimensões, conforme definição de Chanlat (página 37), e ampliar a significância das informações contatadas.

Becker (2001 a) define este formato como pedagogia diretiva: em que o fluxo do conhecimento vai do professor para o aluno, restando a este último o papel passivo de escutar e “aprender”. A epistemologia que dá sustentação ao modelo é a empirista, em que o sujeito do aprendizado só pode desempenhar um papel passivo apático, pois está incapacitado de participar ativamente da aprendizagem e também produzir conhecimento. Esta pedagogia tem relação com a abordagem tradicional de ensino, referida por Mizukami (1986), que dá ênfase às situações de sala de aula, onde os alunos são “instruídos” e “ensinados” pelo professor numa relação vertical.

Além disso, o ensino médico tradicional extrapola a sala de aula, tendo seguimento, preferentemente, em hospitais universitários e seus ambulatórios especializados, onde o elemento central é a valorização das doenças, seus diagnósticos e tratamentos. Os médicos, na sua maioria professores sem capacitação didático-pedagógica específica e sem envolvimento direto com a rede pública de prestação de serviços, tampouco com o planejamento das políticas do setor de saúde local, reproduzem a relação característica de suas práticas profissionais de clínica privada. Não incorporam conhecimentos fundamentais pertinentes à atividade de ensino, principalmente no que concerne à contextualização e progressiva apresentação de conteúdos com vistas à motivação do aluno e qualificação dos saberes almejados.

Diferentemente, o modelo médico visualizado pelo novo Projeto Pedagógico fundamenta-se no conceito amplo de saúde, com incorporação de conhecimentos sociológicos, psicológicos e antropológicos. Estes permitem uma visão integral do ser humano, considerando as mudanças que podem interferir no adoecer e sua recuperação, assim como na prevenção e promoção da saúde. Além disto, a nova proposta coloca a Atenção Primária à Saúde como estratégia fundamental do

entendimento das relações do sistema de saúde com as pessoas e as comunidades envolvidas.

Esta nova visão utiliza uma estrutura curricular em Unidades de Ensino Médico que promovem a integração de conhecimentos das disciplinas, anteriormente estanques entre si, possibilitando a abordagem progressiva destes conteúdos de acordo com os objetivos desejados. Na prática, significa a possibilidade de efetivar inserções de outros conteúdos de anatomia ou fisiologia, por exemplo, sempre que estes se fizerem necessários para a compreensão ou complementação do assunto em pauta, independentemente do estágio em que os alunos se encontrem.

Pelo modelo tradicional, os conteúdos eram apresentados por disciplinas, em momentos específicos e pré-determinados do curso. As co-relações destes, com conhecimentos posteriores que deveriam ser integrados de maneira significativa pelos alunos, não eram devidamente considerados. Havia uma percepção limitada da relevância das informações quando relacionadas entre si.

Pela nova proposta, motiva-se a interação de professores e alunos, em um processo de ensino-aprendizado construído com os conhecimentos prévios de ambos servindo de elo para a apreensão de novos conhecimentos. A ênfase na inserção precoce dos alunos em cenários que demonstram uma realidade diversa daquela que já conhecem por sua condição sócio-econômica, serve como estímulo para o aprendizado significativo e promove uma reflexão e tomada de posição frente às desigualdades sociais existentes. Quando isto ocorre o aluno desperta para mobilizar seus recursos interiores a fim de alocar os conhecimentos já obtidos em prol da melhoria desta realidade. Este modelo tem sua base de sustentação no construtivismo, nas duas vertentes: vigotskyana e a piagetiana.

Na Teoria Construtivista, explicitada por Becker (2001 a), o aprendizado é um processo ativo, bidirecional, baseado em conhecimentos prévios e os que estão sendo adquiridos. O aprendiz filtra e transforma a nova informação, infere hipóteses e toma decisões. O aprendiz é participante ativo no processo de aquisição de conhecimento e sua instrução relaciona-se com contextos e experiências pessoais.

Para Zabala (1998), nossa estrutura cognitiva está configurada por uma rede de *esquemas de conhecimento*. A natureza dos esquemas de conhecimento desenvolvidos pelo aprendiz depende de seu “[...] nível de desenvolvimento e dos conhecimentos prévios” que dispõe, que com a integração produzirão uma “[...] aprendizagem significativa [...]”. Conclui afirmando: “[...] o ensino tem que ajudar a estabelecer tantos vínculos essenciais e não-arbitrários entre os novos conteúdos e os conhecimentos prévios quanto permita a situação.”

Por trás de qualquer proposta metodológica, ainda segundo Zabala (1998), se esconde uma concepção de valor que se atribui ao ensino, assim como certas idéias mais ou menos formalizadas e explícitas em relação aos processos de ensinar e aprender; incorporando portanto, um papel social. O autor destaca ainda, que os grandes propósitos estabelecidos nos objetivos educacionais são imprescindíveis e também úteis para realizar a análise global do processo educacional ao longo de toda uma série e, sem dúvida, durante todo um ciclo ou uma etapa. Conclui que o conhecimento dos processos de aprendizagem deve dar atenção à diversidade.

A essência da posição de Vygotsky (1988 b) com relação ao desenvolvimento do ser humano constitui-se na afirmativa de que a consciência possui uma linguagem semiótica e o método mais adequado para investigá-la é analisar e perceber como se formam os signos.

Para o autor, o sujeito não se constitui de dentro para fora e nem é um reflexo passivo do meio que o circunda, mas produto do contexto sócio-cultural. Da mesma maneira, a consciência não é originária dos signos, mas resultado dos próprios signos. Afirma que os mecanismos da constituição da consciência e das funções superiores do indivíduo são fundamentados na idéia de que estes processos têm uma "gênese social", provinda das relações do sujeito com os objetos e com outras pessoas, isto é, das condições objetivas de sua vida social. Estes processos refletem concretamente a ação do indivíduo sobre os objetos, principalmente os objetos sociais. Esta "gênese social" significa, em um sentido amplo, que toda cultura é social pois é produto da vida e da atividade social do homem. Assim, para Vygotsky (1989):

Toda função psíquica superior passa sem dúvida por uma etapa externa de desenvolvimento porque a função, a princípio, é social. Quando dizemos que um processo é 'externo' queremos dizer que é 'social'. Toda função psíquica superior foi externa por haver sido social antes de ser interna. A função psíquica propriamente dita era antes uma relação social de duas pessoas. O meio de influência sobre si mesmo é inicialmente o meio de influência sobre os outros, ou o meio de influência dos outros sobre o indivíduo.

A reconstrução interna das atividades externas é denominada por Vygotsky de processo de "internalização", pois, para ele, este curso implica em uma reorganização das atividades psicológicas. Para que seja possível essa internalização e a construção das funções superiores é necessária a utilização dos signos externos, que se formam nas relações com os outros. Sem o outro a atividade externa não se converteria em uma mediação significativa, isto é, em um signo. Ao processo de combinação de uso de ferramentas simbólicas – proporcionado pelos signos e pela cultura – nas atividades psicológicas, Vygotsky denominou "função psicológica superior ou conduta superior".

Na teoria piagetiana, o ponto central é a estrutura cognitiva do sujeito. As estruturas cognitivas mudam através dos processos de adaptação, assimilação e acomodação. A assimilação envolve a interpretação de eventos em termos de estruturas cognitivas existentes, enquanto que a acomodação se refere à mudança da estrutura cognitiva para compreender o meio – níveis diferentes de desenvolvimento cognitivo.

Piaget (1978) construiu a sua teoria cognitiva, denominada de epistemologia genética, partindo do princípio que existe certa continuidade entre os processos puramente biológicos e de adaptação ao meio e a inteligência; não admitindo que a inteligência seja inerente à própria vida, mas sim assumindo que a inteligência é uma das formas de assimilação criadas pela vida em sua evolução.

Com efeito, a vida é uma criação contínua de formas cada vez mais complexas e um equilíbrio progressivo entre essas formas e o meio. Dizer que a inteligência é um caso particular de adaptação biológica é, pois, supor que ela é essencialmente uma organização e que sua função é estruturar o universo como o organismo estrutura o meio imediato.

Esta continuidade, citada por Piaget (1978), assume significado a partir da estrutura anatômica e morfológica do organismo, passando pelos sistemas de reflexos que levam aos hábitos e associações adquiridos que dão origem, por sua vez, à inteligência prática ou sensório-motora e, por fim, à inteligência refletida.

A inteligência para Piaget, dá continuidade à adaptação biológica não pela criação de organismos novos, mas pela construção, mentalmente, de estruturas suscetíveis de aplicar-se às estruturas do meio (Piaget 1936).

Quando Piaget (1978) define o respeito como uma valoração que se destina às pessoas e não aos objetos ou serviços, refere que o respeito só se concretiza pelo reconhecimento da escala de valores do indivíduo respeitado, reconhecimento este,

não significando a adoção, mas sim, a atribuição de valor. "É o respeito pela pessoa que engendra as obrigações e não o inverso. A substituição recíproca das escalas ou dos meios e dos fins nada mais é do que a expressão de um respeito mútuo." Esta visão está muito mais presente na nova proposta de ensino dialogado do que no modelo anterior de transmissão unilateral do conhecimento – do professor para o aluno – em que as condições deste último não são globalmente consideradas.

Usando mais uma vez Becker (2001 a), quando define a pedagogia relacional e seu pressuposto epistemológico, temos que o professor problematiza e o aluno age cognitivamente e interage com o professor na construção dos novos conhecimentos. A epistemologia é a construtivista, pois o aprendizado acontece através da construção compartilhada entre professor e aluno. Neste processo o aluno percorre caminhos propostos por Piaget (1973) em um jogo de assimilações e acomodações, reflexionamentos e reflexões, atingindo planos mais elevados de conhecimento. Esta dinâmica corresponde a abordagem cognitivista, de Mizukami (1986).

3.4.2 O ensino médico no Brasil no final século XX e início do século atual

O ensino médico no país, ao longo das últimas décadas, vem desenvolvendo um projeto pedagógico que, na sua essência, privilegia o modelo biomédico com ênfase na doença em detrimento da pessoa; na especialização precoce; centrado em hospitais de alta complexidade onde a mais moderna tecnologia praticamente exclui os aspectos emocionais das relações envolvidas. Neste modelo, o ensino teórico é dissociado da realidade nos anos iniciais, aprofundando-se nos semestres subseqüentes com a visão fragmentada do corpo em órgãos ou sistemas, com uma absurda exclusão do componente afetivo dos envolvidos do contexto dos problemas de saúde. Somando-se a estes, há ainda a falta de preparo específico dos

professores para atividades de docência. Além destas, há a baixa produção de conhecimentos científicos em educação médica; currículos defasados no tempo e no espaço; carga horária excessiva de aulas teóricas; dissociação entre prática e teoria; descompasso entre ciclo básico e ciclo clínico; utilização indiscriminada de tecnologia; prática profissional impessoal e descontextualizada por parte dos profissionais da saúde.

Existem também os conflitos da profissão médica com as outras áreas que prestam cuidado às pessoas. Há dificuldade de estabelecer qual o papel social do médico e suas responsabilidades na transformação e enfrentamento dos problemas do sistema de saúde. Dentre estes, o processo de acumulação capitalista em saúde, a organização do trabalho interdisciplinar e a organização do cuidado à saúde. Merecem igual atenção, a relação médico-paciente, assim como a relação da instituição de ensino com outros segmentos sociais e estruturas de poder, seu papel na produção, distribuição e consumo do conhecimento.

A formação acadêmica está voltada para grandes e complexos hospitais de ensino. Nestes é dada ênfase para doenças raras, onde os pacientes encontram-se deitados e passivos. Diante destas situações, os alunos acabam tendo reduzida vivência em ouvir as pessoas na exposição de seus problemas, pouco praticando uma escuta qualificada, mais típica das consultas ambulatoriais. Como consequência, têm dificuldade em seguir as pistas dadas pelas pessoas e estabelecer correlações dos problemas relatados com a vida em geral e os conhecimentos médicos necessários à adequada abordagem centrada no paciente⁵. Não é oportunizado o entendimento da pessoa em sua globalidade, considerando as

⁵ Para maiores informações consultar Moira Stewart em *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. (2nd. Edition). Radcliffe Medical Press, 2003.

inter-relações familiares, de trabalho e sociais. Os alunos acabam não trabalhando seus preconceitos, suas dificuldades de aceitação e reconhecimento das próprias limitações, suas deficiências e motivações para mudar, assim como não refletem sobre sua prática cotidiana de abordagem das demandas profissionais rotineiras.

Hoje existe um consenso (Feuerwerker,2002), entre todos os atores sociais envolvidos sejam eles relacionados com o ensino médico, com as políticas de saúde e a iniciativa privada, sobre a necessidade de mudança do ensino médico em particular, assim como de outros cursos na área da saúde de uma maneira geral. Em função das transformações ocorridas na sociedade pela má distribuição de riqueza e informação e de um paradoxal desenvolvimento tecnológico, modificaram-se as demandas e, por conseqüência, os desafios propostos pelas pessoas em busca de soluções para suas necessidades de cuidado integral à saúde.

No mundo ocidental o ensino médico foi marcado profundamente pelas modificações ocorridas nos Estados Unidos, no início do século passado, compiladas no chamado Relatório Flexner (1910), que marcou definitivamente as estruturas curriculares dos cursos médicos. Este relatório caracterizou a ênfase nos conhecimentos científicos, no incentivo à aprendizagem da prática médica em grandes hospitais de ensino e no desenvolvimento da pesquisa médica científica.

Ao que tudo indica, este modelo de ensino, hoje criticado, teve em Alma-Ata, na Conferência Mundial de Saúde, um contraponto fundamental, visto que almejava “SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000” (1978), recomendando uma nova abordagem de cuidado à saúde. Através do documento produzido nesta Conferência, foi definido um conceito de saúde mais amplo onde a Atenção Primária

à Saúde foi estabelecida como estratégia política para alcançar a meta proposta. O enunciado final explicita:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar para manter em cada estágio de seu desenvolvimento um espírito de auto confiança e autodeterminação. É parte integrante do sistema de saúde do país, sistema este do qual é função central, e o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada a saúde.

Passados tantos anos deste encontro, a saúde no mundo e principalmente no Brasil ainda apresenta distorções muito graves. As perversas contradições da acumulação do capital e suas implicações sociais definem as precárias condições de vida e de saúde a que está submetida a maior parte da população, evidenciando, de forma inequívoca, os problemas gerados pela má nutrição, educação insuficiente, ausência de saneamento básico e distorção social que passa por índices alarmantes de violência e pouca valorização da vida.

Além dos dois documentos citados, tivemos outros marcos de relevância nacional e internacional para a busca da realização de objetivos similares, particularmente voltados para o ensino médico, como mencionaremos a seguir.

Em 1962 foi fundada a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), que passou a ter uma função decisiva na discussão e no encaminhamento de propostas de transformação do ensino médico no país. Desde então, vem desempenhando um papel de fundamental relevância como fórum representativo do pensamento dos professores e dirigentes de faculdades e escolas médicas.

A partir de 1973, a ABEM passou a desenvolver ações para a formação de médicos de família e generalistas, enfoques até então não valorizados por

representarem uma visão mais integradora da pessoa e do cuidado médico prestado pelos profissionais da saúde.

A seguir, em 1976, o Rio de Janeiro, sediou a Conferência da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas Médicas (Fepafem), onde a integração docente assistencial serviu como ponte para o enfoque familiar. Neste mesmo ano aconteceu, simultaneamente nos extremos do Brasil, a criação dos Programas de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária, em Porto Alegre na Unidade Sanitária São José do Murialdo e na Universidade Federal de Pernambuco.

Neste contexto, por iniciativa do Dr Carlos Grossman, no complexo do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, foi criada a Residência Médica em Medicina Geral Comunitária, embrião do atual Serviço de Saúde Comunitária. Este serviço hoje conta com doze Unidades de Saúde na zona norte de Porto Alegre, atendendo ao redor de 120.000 pessoas, através de aproximadamente 500 funcionários distribuídos em equipes de saúde multiprofissionais. Esta forma de organização serviu de modelo ao Ministério da Saúde quando da elaboração do Programa de Saúde da Família.

Outro momento ímpar neste processo de transformação do setor da saúde, deu-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, que consagrou a Reforma Sanitária como eixo de luta para a transformação do panorama de saúde do país e servindo de base para o Sistema Único de Saúde – SUS. O trabalho produzido neste evento foi referendado pela promulgação da atual Constituição Brasileira, que no capítulo da saúde refere por princípio a SAÚDE COMO DIREITO DE TODO O CIDADÃO.

A implantação do Programa de Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, como política estratégica em Atenção Primária à Saúde, a partir de 1992, hoje com

mais de 20.000 equipes em todo o país, respondendo pelo atendimento de mais de 70 milhões de brasileiros.

A II Conferência Mundial de Educação Médica, em Edimburgo, 1993, teve, também, grande importância na composição das mudanças; evidência constatada pelo rol de assuntos abordados, demonstrando a universalidade das preocupações com a qualidade e abrangência da prestação de saúde. Na ocasião, foram discutidos:

a) a nova relação estado/sociedade no contexto social ampliado, englobando a situação dos cuidados de saúde e a oferta de serviços, o compromisso da universidade com a sociedade, o aumento da expectativa e a diminuição das oportunidades em saúde;

b) as mudanças na natureza da prática médica, na pressão de viabilizar equidade e acesso à saúde e a oferta com redução de custos, no dilema da educação com uma medicina fragmentada e aspectos culturais e ideológicos nas implicações éticas, individual e coletiva;

c) a resposta educacional aos avanços do conhecimento e da tecnologia, reconsiderando as bases científicas da medicina para ligar os conhecimentos biomédico e social na interdisciplinaridade e solução de problemas, avaliando a tecnologia na solução dos problemas e cuidados com a saúde, a pesquisa e o ambiente da educação médica.

O projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) estabeleceu dois grandes objetivos fundamentais para a apreciação realista das condições do ensino médico prestado até então no território nacional. O primeiro destes objetivos focou um melhor conhecimento das escolas e do ensino médico no Brasil e, o segundo, a construção de um movimento nacional capaz de

discutir democraticamente o ensino e a profissão médica com representantes dos docentes e discentes das escolas médicas, bem como da sociedade civil de todas as regiões do país. Estes objetivos foram alcançados, construindo-se coletivamente um original processo técnico, ético e político. No período 1991-1999, o projeto CINAEM compreendeu três fases. A primeira fase dirigida às escolas médicas; a segunda voltada à caracterização de docentes, discentes e do modelo pedagógico e a terceira, atualmente em andamento, buscando a transformação efetiva do atual modelo de formação e gestão das escolas, valendo-se do conjunto de conhecimentos que permitam subsidiar a operacionalização da mudança.

Na primeira fase, o projeto avaliou características como infra-estrutura e perfil dos médicos formados de 97% das 80 escolas médicas da época (hoje já são 112, sendo 59 públicas e 53 privadas⁶). Através de resposta a um questionário auto-aplicado elaborado pelo próprio CINAEM, as diversas escolas revelaram seu desempenho frente a um "padrão desejado" estabelecido pela instituição. Na segunda fase, trabalhou com 48 Escolas Médicas brasileiras e, a partir das revelações da primeira fase, discutiu e debateu, em oficinas de trabalho com representantes do corpo discente e docente das escolas, a possibilidade de construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para avaliação da educação médica. Os dados particulares de cada escola foram entregues apenas às suas direções e centros acadêmicos. No geral, esta fase classificou como medíocre o desempenho da maioria. Em quesitos como assistência e pesquisa, as instituições de ensino médico não alcançaram metade do escore desejado. Por exemplo, comparada ao conjunto, enquanto 63,6% dos docentes da Unifesp trabalhavam 40 horas semanais, nas outras, apenas 28% o faziam. Semanalmente 61,9% dos

⁶ Dados da ABEM: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. [Projeto CINAEM]. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: < <http://www.abem-educmed.org.br/#>>. Acesso em: 20 out. 2005.

professores da Unifesp dedicavam mais de dez horas à pesquisa contra apenas 20,8% dos outros docentes. E a terceira fase do projeto CINAEM objetivou a "construção" das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico.

Preocupações com a qualidade do ensino médico têm sido a tônica dos debates, como mostrado acima, mas temos que ter em mente que estas modificações precisam sair do discurso e ser colocadas em prática, principalmente nos aspectos que dizem respeito ao processo de ensino-aprendizagem que privilegie a interação dos conhecimentos prévios com os conhecimentos incorporados durante a construção de saberes médicos compatíveis com esta nova realidade em que o homem passa a ter um papel preponderante no cuidado à saúde. Estas questões estão permeando tanto o problema sob investigação, como a avaliação daquilo que foi proposto no Projeto Pedagógico, que sucintamente encontra-se a disposição no anexo A, a partir da página 131.

Para finalizar, algumas palavras sobre o PROMED, que é uma proposta visando apoiar escolas médicas que queiram, voluntariamente, adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às exigências do sistema de saúde do país, desta forma atendendo as necessidades sociais e epidemiológicas da maioria da população brasileira. O objetivo desta iniciativa é estimular que as escolas médicas satisfaçam simultaneamente os ditames da excelência técnica e da relevância social. É importante afirmar que este processo se potencializa com os movimentos que ocorrem dentro do Ministério da Educação e Cultura. A lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (2005), ao substituir o currículo mínimo pelas diretrizes curriculares, flexibilizou o processo de ensino e abriu campo para que as escolas médicas se transformem. As Diretrizes

Curriculares Nacionais dos Cursos Médicos reafirmam que estes centros de formação devem formar profissionais com competência para terem

[...] postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; orientação para atuar em nível primário e secundário de atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde.

Tais orientações coincidem com o que propõe o MEC e o Ministério da Saúde através do PROMED, esperando-se que esta iniciativa interministerial coordenada possa ser o início de uma ação muito mais sinérgica que beneficie de fato a população brasileira.

Apesar de todas as iniciativas governamentais, o mercado continua sendo o grande transformador do ensino médico no Brasil. O que pode parecer uma contradição, na realidade reflete as necessidades da sociedade na busca de uma assistência que privilegie um atendimento mais humanizado. Esta realidade demanda também o estabelecimento de vínculos duradouros, permitindo que as pessoas consigam resolver problemas de saúde de uma forma menos onerosa em todos os sentidos e trazendo como resultado final uma satisfação maior dos envolvidos neste processo. Este papel, sem dúvida nenhuma, cabe às Escolas Médicas que precisam dar conta das necessidades impostas pelo Sistema Único de Saúde, definido em lei, no sentido de qualificar a prestação dos cuidados à saúde colocados à disposição da população, não descuidando dos aspectos universais da formação médica.

Constata-se um avanço na abordagem das dificuldades que precisam ser ultrapassadas no âmbito da saúde. As políticas de saúde têm visado o atendimento das necessidades apuradas; o poder público, através do Ministério da Educação e Cultura, alterou as Diretrizes Nacionais Curriculares para o Curso de Medicina afim

de adaptá-lo à realidade; assim como o Ministério da Saúde, com a Estratégia da Saúde da Família buscou adequar-se ao novo modelo de saúde, restando às instituições de ensino viabilizar as mudanças indicadas pela sociedade como um todo. Existe um significativo progresso no aspecto do cuidado à saúde, derivado de concepções mais amplas do conceito de saúde. Entretanto, estas idéias, pela magnitude das mudanças que representam e pela natural resistência ao novo, ainda não foram incorporadas aos cursos de formação dos profissionais da área da saúde que serão responsáveis pelo gerenciamento das medidas indicadas.

Assim sendo, evidencia-se a necessidade urgente de transformação do modelo médico tradicional por outro que dê conta das novas demandas apresentadas pela sociedade e o poder público. Deve ser ocupado um patamar diferenciado de ensino que valorize a interação entre as fontes de conhecimento, oportunizando a criação de um processo dinâmico que tenha como premissa básica o aprender a aprender, numa atualização permanente de prática e ensino.

3.5 Teorias pedagógicas

Pedagogia, segundo Gauthier (1998), pode ser “Um método e procedimentos precisos para ensinar, um discurso e uma prática de ordem para exorcizar a desordem, para ensinar, tudo a todos, mais, mais rápido e melhor”.

Paulo Freire, em “Pedagogia da Autonomia” (2003), defende a concepção de pedagogia como aquela prática de ensinar comprometida com a transformação social, que é, primeiramente, “tomada de consciência da situação existencial” e imediatamente, práxis (ação mais reflexão) social, engajamento e autocrítica. Enfatiza que a conscientização realiza-se na práxis e não na teoria.

Freire finaliza evidenciando o falso dilema entre humanismo e técnica, afirmando que uma educação que se oponha à capacitação técnica dos indivíduos é tão ineficiente como a que se reduz à competência técnica sem uma formação geral humanista.

Assim, tanto Gauthier quanto Freire trazem para a discussão aspectos relevantes da pedagogia no sentido de definir como pode acontecer o processo de ensino-aprendizado, levando-se em conta os modelos de educação existentes.

Sobre as idéias de Freire e sua influência no pensamento pedagógico brasileiro, Ribeiro (1999) destaca duas questões que ressaltam o caráter emancipante da pedagogia freireana:

1. A perspectiva epistemológica, que rompe com toda uma tradição filosófica e pedagógica autoritária e importada, caminhando em direção a um pensamento educacional brasileiro autônomo;
2. A Educação Popular como resposta que se alarga para conter, além dos explorados enquanto classe, todas as categorias de seres humanos que, de alguma forma, experimentam situações de opressão e discriminação, as quais transcendem as relações sociais de produção como, por exemplo, pobres, mulheres, negros, índios, migrantes, meninos de rua [...]

A autora utiliza-se de Ernani Maria Fiori para sintetizar o método de Paulo Freire que é, fundamentalmente, um método de cultura popular que conscientiza e politiza, mas não absorve o político no pedagógico, nem põe inimizade entre educação e política. Distingue-as, sim, mas na unidade do mesmo movimento em que o homem se historiciza e busca reencontrar-se, isto é, busca ser livre. Não tem a ingenuidade de supor que a educação, exclusivamente, decidirá os rumos da história; mas tem, contudo, a coragem suficiente para afirmar que a educação

verdadeira conscientiza as contradições do mundo humano, sejam estruturais, superestruturais, ou interestruturais, contradições que impelem o homem a ir adiante. Fiori ressalta, ainda, que o novo paradigma precisa levar em conta os meios comuns utilizados pelas pessoas, de maneira coordenada, em busca de objetivos individuais e em grupo, estabelecidos de maneira conjunta. Indica, portanto, a utilização da rede comunitária e familiar, como exemplo de suporte.

Sintetizando as concepções de ensino aprendizagem, Becker (2001 a) faz uma excelente condensação, quando compara os modelos pedagógicos, epistemológicos, biológicos, psicológicos e sociológicos no quadro abaixo:

Epistemologia		Pedagogia		Biologia		Psicologia		Sociologia	
Modelo	Teoria	Modelo	Teoria	Modelo	Teoria	Modelo	Teoria	Modelo	Teoria
S \leftarrow O	Empirismo	A \leftarrow P	Diretiva	Or \leftarrow M	Lamarckismo	R \leftarrow E	Assoc. Behaviorismo	I \leftarrow Ms	Positivismo
S \Rightarrow O	Apriorismo	A \Rightarrow P	Não Diretiva	Or \Rightarrow M	Darwinismo	R \Rightarrow E	Gestald Carl Rogers	Idealismo	I \Rightarrow Ms
S \leftrightarrow O	Construtivismo	A \leftrightarrow P	Relacional	Or \leftrightarrow M	Biologia Relacional	R \leftrightarrow E	Psicol. Genética	Dialética	I \leftrightarrow M

S = sujeito	A = aluno	Or = organismo	R = resposta	I = individuo
O = objeto	P = professor	M = meio	E = estímulo	Ms = meio social

Tabela 1– Comparação dos modelos pedagógicos, epistemológicos, biológicos, psicológicos e sociológicos. Fonte: BECKER, 2001b, p. 29-30.

Como nesta estruturação proposta por Becker, fica evidente que o modelo médico tradicional está fundamentado na pedagogia diretiva, utilizando o empirismo como referência epistemológica. O novo Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, em contrapartida, elege o construtivismo como forma de empreender as transformações necessárias, lançando mão de criatividade e ineditismo para construir a tão desejada utopia viável, apesar das contradições existentes no meio que lhe deu origem.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa avaliou as concepções pedagógicas utilizadas pelos professores do Curso de Medicina na construção do Projeto Pedagógico implantado em 2003 e concebido em três ciclos de estudos, totalizando 12 semestres. Considerando-se a data de início da implantação do Projeto Pedagógico e a realização desta pesquisa, não existiram condições de entrevistar professores envolvidos com o terceiro ciclo, programado para ter início apenas em março de 2007. Esta incompleta representação do campo da pesquisa constituiu-se numa limitação impossível de ser sanada naquele momento.

Foi utilizada a análise de discurso das entrevistas realizadas com proponentes e executores, visando mapear a situação encontrada até o mês de junho de 2005 no contexto das mudanças pretendidas.

A fim de verificar o ajuste do processo de implementação em curso como ineditismo viável, no cenário do Rio Grande do Sul, ou como utopia fadada ao insucesso, recorri à análise das concepções pedagógicas dos envolvidos. Entendi

que estas concepções, por terem repercussão direta na prática de ensino, seriam reveladoras das verdadeiras chances de mudança efetiva.

Trabalhei com entrevistas semi-estruturadas⁷ em dois momentos: o primeiro, com os proponentes da mudança do Projeto Pedagógico; o segundo, com professores executores do Projeto, envolvidos com os dois ciclos implantados até o momento.

As entrevistas tiveram um roteiro básico em que houve uma explicitação dos objetivos e método da pesquisa, assim como da importância dos depoimentos de cada um dos entrevistados na construção e implantação do Projeto Pedagógico. As concepções pedagógicas dos entrevistados foram contextualizadas através de informações como formação acadêmica, inserção no mercado de trabalho e atividades docentes. A seguir, o entendimento dos entrevistados sobre a realidade de saúde e sua relação com o ensino médico no país e no Rio Grande do Sul, visando estabelecer relações e conexões que possibilitassem explicar o contexto das mudanças propostas. O momento subsequente disse respeito a abordagem das idéias de aprendizagem, educação, relação professor-aluno, avaliação, pressupostos das Unidades de Ensino Médico e concepções pedagógicas envolvidas no Projeto Pedagógico.⁰

Estes aspectos foram colocados para determinar variantes importantes na percepção, no convencimento e na viabilidade da transmissão fiel das idéias contidas no Projeto Pedagógico para os executores, assim como na capacidade destes de colocar em prática as diretrizes organizadas na nova proposta. Pelo conteúdo das entrevistas do grupo dos proponentes analisadas comparativamente

⁷ As falas dos entrevistados serão identificadas no texto pelos seguintes códigos: para os professores proponentes: PM1, PM2, PAP e APA e para os professores executores P1 à P9.

com aquelas do grupo dos executores, pretendeu-se estabelecer a relação entre discurso e prática, entre o ideal e o realizável. Através das concepções pedagógicas dos entrevistados procurou-se determinar a identificação de suas idéias com o Projeto Pedagógico e assim vislumbrar as chances de sucesso de sua implementação.

5 A PESQUISA

Foram agendadas e realizadas entrevistas com os dois grupos previamente definidos, ou seja, os proponentes e os professores envolvidos na implantação do Projeto Pedagógico de 2003. Todos assinaram consentimento pós-informado, conforme modelo no Anexo B.

No primeiro grupo, dos proponentes, foram entrevistados dois professores médicos, uma pedagoga responsável pela assessoria na elaboração do Projeto Pedagógico e a atual assessora pedagógica.

No segundo grupo, dos executores, foram entrevistados oito docentes responsáveis pelas Unidades de Ensino Médico implantadas e o atual coordenador do Curso de Medicina, também docente de duas Unidades.

Todas as entrevistas foram gravadas e, após a transcrição, enviadas aos entrevistados para as correções necessárias. A exceção ocorreu com a professora responsável pela assessoria inicial do Projeto Pedagógico, que preferiu no primeiro encontro, apenas conversar, não permitindo o registro de sua fala. Foram mais de

quatro horas de exposição do processo em que esteve envolvida. A meu pedido, tivemos um novo encontro em que me foi permitida a gravação do seu relato.

também docente de duas Unidades.

Todas as entrevistas foram gravadas e, após a transcrição, enviadas aos entrevistados para as correções necessárias. A exceção ocorreu com a professora responsável pela assessoria inicial do Projeto Pedagógico, que preferiu no primeiro encontro, apenas conversar, não permitindo o registro de sua fala. Foram mais de quatro horas de exposição do processo em que esteve envolvida. A meu pedido, tivemos um novo encontro em que me foi permitida a gravação do seu relato.

As entrevistas semi-estruturadas seguiram um roteiro básico pré-elaborado com perguntas abertas. Antes destas, os entrevistados fizeram um breve histórico de suas carreiras, sumarizados no Quadro 2 a seguir:

Id	G	UNIV Ano	RES.MED ANO	MESTR. ANO	DOUTOR ANO	ESPEC	TEMP PROF	UEM	Tempo na UCS
45	M	MED UCS 1983	Cir. Geral 1985-86 Cir. Torác 1988-89	UFRGS 1998	PNEUMO 2002		17 anos	Proposit. Cardio-resp.	17 anos
54	M	MED UFRJ 1974	Obst/Ginec 1975-76	Obst/Ginec 1977-78			30 anos	Proposit. OG	30 anos
	F	Filosofia e Pedagogia UCS 1967 1971		Educação UFRGS 1982		Medodologia do Ensino Superior	30 anos	Proposit. Pedagóg.	30 anos
48	F	ENF UFRGS 1981		EDUC UFSCARLOS	Saúde Colet. UNICAMP	Ciência e Ensino UCS	23 anos	Atual Assess. Pedagóg.	23 anos
51	M	MED UFRGS 1977				Oncolog. 1978-79	12 anos	Onco- Hematol.	12 anos
49	F	MED UCS 1978	Clínica Médica	ICFUC-POA		Geriatria PUC	26 anos	Propodêu-tica	26 anos
56	M	MED Fed Pel 1973	Urol. 1974-75			Méd do Esporte	24 anos	Uro-Nefro	24 anos
61	N	MED FFFCM 1969	Patol. 1970-71		DUSSEL- DORF 72-73		31 anos	Patologia Geral	29 anos
42	M	MED FFFCM 1985	Pneumo 1985-88	UFRGS 1989-92	UFRGS 2002		9 anos	Introd. à Medicina e Cardio- Respirat.	9 anos
57	M	MED UCS 1973	Pediatria 1974-75	Saúde Públ USP 1998			30 anos	Pediatria	30 anos
26	F	PSICO UCS 2001		UFSC 2004			2 anos	Relações Interpes-soais	2 anos
54	F	FARM UFRGS 1973				Ensino e Pesquisa 1995	31 anos	Micro imunológica	31 anos
69	M	MED UFSC 1954	Cir. Geral 1965/66			Med. Trab. Didática	40 anos	Morfológica	38 anos

Quadro 2 – Quadro de identificação dos professores entrevistados Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 2 – Quadro de identificação dos professores entrevistados Fonte: elaborado pelo autor.

6 ENTREVISTAS

6.1 Introdução

O Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul existe desde 1968 e foi objeto, ao longo de sua existência, de inúmeras modificações adaptativas.

Uma das formas de avaliar o aproveitamento acadêmico obtido pelos alunos, em fase de conclusão da graduação em Medicina, foi a utilização dos escores obtidos no chamado exame da AMIRGS nos últimos 10 anos. Através destes resultados foi possível mensurar o desempenho dos graduandos no próprio exame, o que permitiu uma avaliação indireta do curso. Os dados obtidos ofereceram também um panorama comparativo da performance dos alunos provenientes de várias Escolas de Medicina em atividade no período avaliado. A partir da simples

observação dos dados, constatou-se uma representação mediana dos formandos da Universidade de Caxias do Sul, em relação aos alunos provenientes de outras Escolas de Medicina, como demonstrado nas tabelas 1 e 2 abaixo:

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 1995 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE

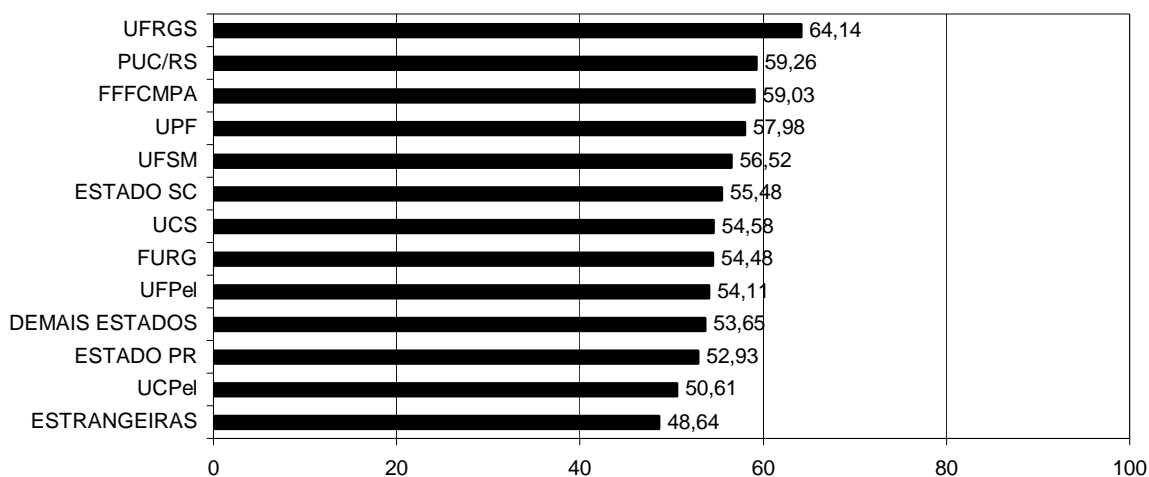


Tabela 1– Desempenho comparativo dos alunos dos Cursos de Medicina, no exame AMRIGS, 1995. Fonte: Dados fornecidos pela AMRIGS.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 2004 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE

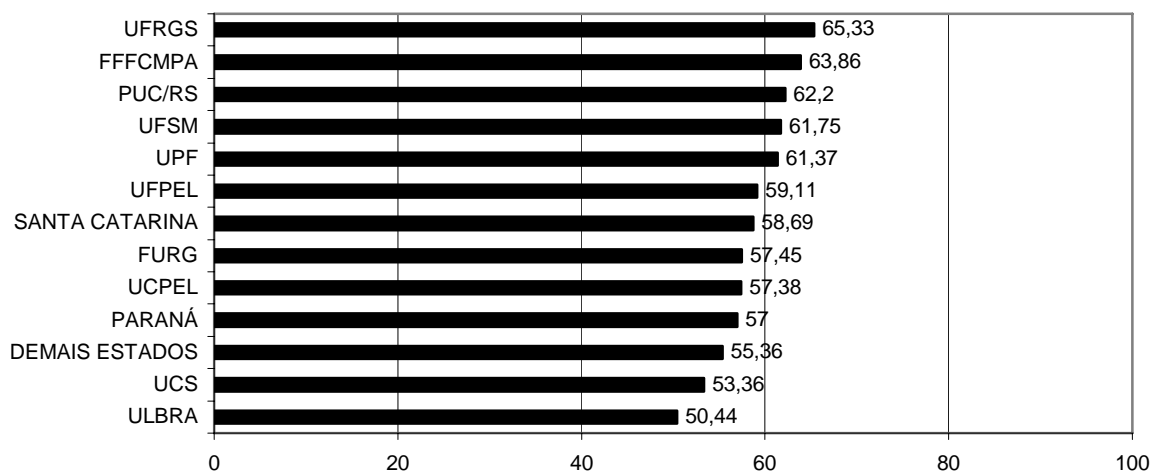


Tabela 2 – Desempenho comparativo dos alunos dos Cursos de Medicina, no exame AMRIGS, 2004. Fonte: Dados fornecidos pela AMRIGS.

A tabela 1 mostra o melhor desempenho obtido pelos alunos da UCS em 1995, com um percentual de acertos pouco superior a 50%, que colocou a Faculdade no sétimo lugar entre os Cursos de Medicina observados. Em 2004, conforme a tabela

2, seus graduandos tiveram a pior performance, nestes últimos 10 anos, mantendo o aproveitamento ao redor de 50%, mas colocando o Curso na décima segunda posição. Os dados comparativos completos estão no Anexo C.

Foram analisados também, os resultados obtidos nas avaliações do MEC, através do Exame Nacional de Cursos – Provão, no período compreendido entre os anos de 1999 e 2003. O exame utilizou conceitos de A a E para representar o escore obtido pelos alunos, sendo que A significa a melhor performance. Neste período, os conceitos atingidos pelos alunos da UCS foram: em 1999 conceito C, em 2000 conceito C, em 2001 conceito B, em 2002 conceito C e em 2003 conceito C.

A partir de 2004, foi implantado o ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes, que utilizou valores de 1 a 5 para representar as avaliações obtidas; sendo que 5 constitui o melhor resultado. Neste exame, em 2004, a Faculdade de Medicina da UCS obteve o grau 4, representativo de uma atuação acima da média.

Observa-se que o desempenho dos alunos no Provão repetiu o padrão mediano, conceito C em 1999, 2000, 2002 e 2003, mostrando um aproveitamento melhor em 2001, com o conceito B. Em 2004, através do ENADE, foi obtido o resultado de 4, significativamente o melhor resultado até então.

Cabe ressaltar que de 1999 a 2003, as avaliações obtidas através do MEC e da AMRIGS mostram um desempenho semelhante dos alunos da UCS. Em 2004, quando o novo instrumento de avaliação do MEC é implantado, há um salto de qualidade na performance apreciadas, mas que não tem repercussão no exame da AMRIGS. Sobre este último ano, remanesce uma interrogação, haja visto a disparidade dos resultados obtidos nas duas avaliações quando comparados.⁸

⁸ Informações fornecidas pela Secretaria do Curso de Medicina de Caxias do Sul.

A partir destas informações de desempenho, em acréscimo aos outros sinais de deficiência constatados no curso, houve uma mobilização institucional para promover, desta vez, uma mudança conceitual da formação médica. O Colegiado do Curso percebeu a necessidade de estruturar um Projeto Pedagógico que recebesse o aporte de contribuições de outras áreas do conhecimento – especialmente da educação e filosofia para transformar a seleção e a abordagem dos conhecimentos a serem trabalhados. Esta nova situação demandou uma visão diferenciada, mais abrangente e profunda da concepção de saúde, da metodologia de ensino, assim como da qualificação dos profissionais incumbidos na mudança.

Com esta nova perspectiva, de melhorar a qualificação dos profissionais colocados no mercado de trabalho, para melhor atender as necessidades de saúde, foi construída uma abordagem diferenciada de ensino médico numa tentativa de romper paradigmas estabelecidos, ampliando as fontes de saber requisitadas para a mudança.

As entrevistas realizadas pretenderam elucidar a percepção dos proponentes quanto aos problemas enfrentados pelo curso e a adequação das soluções apresentadas, assim como a sensibilização e o comprometimento dos executores com a nova proposta, através das concepções pedagógicas dos dois grupos frente aquelas encontradas no Projeto Pedagógico.

Assim, para um melhor entendimento das entrevistas realizadas com os professores envolvidos tanto na construção quanto na implementação do Projeto Pedagógico, é necessário destacar alguns aspectos do mesmo (a íntegra do Projeto Pedagógico está no Anexo A) para contextualizar e facilitar a compreensão das considerações feitas pelos entrevistados.

6.2 O Projeto Pedagógico implantado em 2003 como referencial de ensino médico

O Projeto Pedagógico implantado em 2003, no Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul explicita a necessidade de uma abordagem mais ampla, solidamente fundamentada no conhecimento científico, mas também em princípios éticos e humanos, norteadas por indicadores sócio-culturais. Mostra o caminho de uma educação voltada para o entendimento do profissional médico como integrante de uma equipe de saúde cujo manejo/intervenção, frente a multifatorialidade determinante do processo saúde-doença, situa a ação médica na confluência do auto e hetero cuidados articulados. Pelo novo enfoque, ambos os cuidados devem constituir a base para o planejamento das mudanças necessárias à sustentação de um novo modelo pedagógico. No projeto, os dois tipos de cuidado geridos articuladamente, precisam romper o paradigma em que somente o profissional de saúde dispensa informações referentes à saúde da pessoa. O novo profissional precisa reconhecer a importância das informações trazidas pelos indivíduos, avaliando-as contextualmente, julgando a necessidade e a forma da intervenção. Precisa estabelecer as relações percebidas no cuidado individual com o contexto mais amplo em que está inserido o setor da saúde e planejar formas de mudança desta realidade por meio de ações educativas junto à comunidade. Paralelamente existe o imperativo de estar atento aos problemas gerados no contínuo embate entre o individual e o coletivo, o conhecimento científico e o popular, entre a prestação de saúde tradicional e as necessidades não atendidas. Para dar conta destas mudanças o Projeto Pedagógico assimilou conceitos mais abrangentes, estabeleceu novos objetivos e metodologias para a formação médica, assim descritas:

- a) definição do perfil do egresso – competências e habilidades – compatível com o cenário de saúde;
- b) formação do profissional para os níveis primário, secundário e terciário de atendimento à saúde;
- c) priorização do ensino de diagnóstico, prevenção e terapêutica das patologias prevalentes;
- d) instituição das **Unidades de Ensino Médico** como forma de estruturação curricular interdisciplinar;
- e) implementação da área de Saúde Coletiva;
- f) entendimento do professor como orientador do processo de ensino-aprendizagem;
- g) comprometimento do aluno com a busca do conhecimento;
- h) avaliação somativa e formativa permitindo a possibilidade de resgatar/desenvolver conhecimentos, habilidades ou atitudes;
- i) período de internato de dezoito meses;
- j) implementação da área de urgência e emergência.

O adequado desenvolvimento destes tópicos tem como objetivo um curso de medicina voltado para a formação de cidadãos-médicos. Este binômio deve caracterizar profissionais eticamente comprometidos com a sociedade. Para tanto, o novo curso de medicina precisa proporcionar oportunidades para o desenvolvimento de competências e habilidades e a incorporação de atitudes que tornem os futuros médicos aptos ao exercício profissional, promovendo a saúde, mediante:

- a) a compreensão do indivíduo como um todo, em seus aspectos biopsicossociais;

- b) o desenvolvimento de ações preventivas e curativas, reconhecendo e tratando as doenças prevalentes nas áreas de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Clínica Médica;
- c) o desenvolvimento de ações de reabilitação;
- d) a busca do aprimoramento contínuo nestas e nas demais áreas do conhecimento médico.

O Projeto Pedagógico converge e inova na medida em que termina com a dicotomia entre os ciclos básico e profissionalizante. Rompe com o isolamento das disciplinas, transformando-as em **Unidades de Ensino Médico – UEMs** – que têm a possibilidade de fazer inserções em diferentes momentos do curso ou quando detectada alguma lacuna a ser corrigida nos conteúdos programáticos. Institui o precoce enfrentamento, pelos alunos, da realidade concreta das condições de vida de comunidades previamente escolhidas, em situação bastante diversa daquela vivenciada pela maioria, para não dizer da totalidade dos alunos do curso de medicina, até então. Após este primeiro impacto, os aprendizes são apresentados às famílias que acompanharão durante os dois anos iniciais. Esta abordagem tem o objetivo de estabelecer um vínculo estreito e privilegiado de acompanhamento do desenrolar de uma história familiar; sem intermediações, ensinando noções claras de uma escuta diferenciada das pessoas. Com isto pretende sensibilizar os alunos para perceber as relações entre os vários aspectos que afetam o binômio saúde-doença, as maneiras como as pessoas conduzem seus problemas que repercutem na saúde em todos os seus componentes, tanto quanto a forma como administram seu cotidiano.

Todas estas vivências fazem parte de uma inserção em Unidades Básicas de Saúde do município de Caxias do Sul e permitem aos alunos ter contato com o

Sistema Único de Saúde, compreendendo-o do ponto de vista das comunidades que o utilizam e favorecendo a tomada de consciência e a empatia dos alunos com a luta diária destas populações.

Esta exposição precoce dos alunos também acontece no Ambulatório Central e no Hospital Geral na medida em que as chamadas UEMs clínicas iniciam no segundo semestre do segundo ano. Isto estimula o despertar de uma habilidade fundamental na atividade médica - a escuta diferenciada das pessoas - e como consequência o desenvolvimento do raciocínio clínico. Estas ferramentas (ou competências descritas no Projeto Pedagógico) são indispensáveis para a conscientização e posterior mudança de conduta frente às necessidades daqueles que precisam de cuidado, através de uma ótica não fragmentada do ser humano.

Conforme o perfil descrito, o egresso portanto, deverá apresentar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Deverá estar apto a resolver, pautado em princípios éticos, problemas prevalentes de saúde nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, mediante ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

6.3 Entrevistas com os proponentes e assessoria pedagógica

Foram entrevistados dois professores médicos, designados por PM1 e PM2, que faziam e ainda hoje fazem parte do Colegiado do Curso de Medicina e uma professora destacada pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde para assessorar nas questões pedagógicas durante a formulação do Projeto Pedagógico, identificada por PAP. Embora esta última tenha sido substituída por outra professora do mesmo Centro acima citado, decidi que sua entrevista ficaria melhor neste contexto – dos que propuseram o projeto, visto que tem sob sua responsabilidade o

assessoramento de todo o processo de implantação do mesmo. Na entrevista, foi identificada com a sigla APA.

6.3.1 A primeira pergunta: O que é ser professor?

Esta questão objetivou a percepção das características ou atributos necessários para ser professor, a idéia de professor como facilitador e compartilhador de saberes ou transmissor de informações, o tipo de aula mais freqüente empregada nas práticas do entrevistado, a utilização de casos clínicos ou promoção de fóruns para discussão como instrumento de ensino.

6.3.1.1 Respostas:

- PM1: Sempre achei que me atraía a possibilidade de entender de um assunto, de conseguir traduzir aquilo para aquelas pessoas que nunca tinham ouvido falar sobre aquilo. E observar que, muitas vezes, a maneira como eu traduzia aquele determinado assunto parecia que tinha sido mais fácil de ser entendido pelas pessoas. Isso ai sempre foi uma busca de aperfeiçoar esse sentimento de procurar transmitir para aquelas pessoas que estavam envolvidas com o meu meio de trabalho, seja no hospital, seja na própria universidade etc, uma maneira de eles entenderem melhor aquilo que eu já tinha conseguido entender, então isso sempre me atraiu.
- PM2: Eu acho que sempre tive o dom da docência. Eu sempre gostei muito de dar aula. Eu sempre gostei muito de estar em contato com formandos, eu sempre gostei muito dessa relação, às vezes até mesmo promíscua, não promíscua no sentido negativo da palavra, mas uma coisa assim que às

vezes até é negativo, trás algumas situações que não são das melhores. Mas enfim, eu sempre gostei dessa intimidade com os alunos. Nem tanto para informar, mas muito mais pra tirar dúvidas, muito mais pra permitir que eles consigam ver em você, uma forma mais clara e mais prática de tirar as suas dúvidas, de aprender. Aprender coisas mais modernas, mais recentes. Também não há, eu acho, professor que tenha só esse papel, acho que professor tem um papel mais importante ainda que é o de mostrar aos formandos uma postura, que ao menos nós consideramos como ideal; postura, enquanto ser humano tu tens que ter postura. Sintetizando tudo isso, acho que, eu gosto de ser professor, porque eu consigo repassar coisas que eu considero moderna para nossa especialidade e porque, em termos práticos, em termos profissionais e porque, eu consigo repassar isso que eu sempre digo que é o âmago, a coisa mais importante do profissional médico é a postura, que é a condição, uma posição de integridade. De integridade moral, quando eu digo postura é no sentido largo da palavra, é postura enquanto profissional, postura enquanto ser humano, postura em relação as pessoas que estão nos procurando, solicitando sempre uma palavra amiga, ou algum tipo de cuidado. Ou você sabe se expressar perante uma turma de alunos, uma turma de formandos, ou você não sabe. Ou você tem o dom da palavra ou você não tem.

- PAP: Ser professor é um empreendimento de um grau de complexidade bastante alto, porque, eu diria que é assumir a condição de vir a ser. Então a gente está de professor e, ao tomar consciência de estar exercendo as funções da docência, a gente percebe que os desafios de cada momento histórico são tantos que nos levam abraçar de corpo e alma uma proposta

auto aderente de educação permanente, que envolve também a formação continuada. Um bom professor é aquele que tem a consciência da vastidão do horizonte de possibilidades e a postura até de um aprendiz, ele, quando pensa que está ensinando, ele está aprendendo com os outros. Então, é esse ser, essa consciência de vir a ser me parece que é aquela que leva o professor a investir fundo nele pra poder ter o que partilhar com os outros. Através de uma analogia do Rubens Alves, ele tenta fazer uma distinção entre o professor e o educador, ele diz que professores são fácies de formar, são como eucaliptos, crescem rápido em qualquer solo, educadores são como Jequitibás, são de lento crescimento, mas a qualidade da madeira é diferente, não se deteriora fácil, etc e tal. Esta analogia nos permite colocar a questão dos valores. Eu acho que a tarefa é altamente desafiadora e exige um grau de consciência de responsabilidade social compartilhada que a gente tem. Adquirindo vigor cognitivo, desenvolvendo possibilidade de uma prática social interativa, tendo condição de auto equilibrar-se emocionalmente, o que não é fácil, perante a gama de conflitos que a gente tem que enfrentar. E também adquirir condições de uma certa autonomia, uma capacidade de julgamento, implica muitas dimensões. Professor, é um facilitador, ele tenta ajudar, mas muitas vezes ele se equivoca, ao invés de ajudar, ele atrapalha. Quando é que ele atrapalha? Quando ele não respeita os tempos epistêmicos dos aprendizes, quando ele não reconhece os estilos cognitivos, quando ele não respeita as diversas formas de abordar uma questão. Eu acho que, muitas vezes, sem querer, a gente pratica a delinquência acadêmica, aqui na Universidade. Esses atos de violência simbólica, que a gente, às vezes pratica, dificultam se dar conta do que está fazendo. Até porque a gente

reproduz de certa forma os professores que teve, sem se dar conta disso. A gente precisa intensificar a vigilância sobre si mesmo até para dar conta dessa herança histórica, que elas entraram pelos poros e a gente não consegue se livrar disso aí. E, às vezes, a gente educa muito mais pelo que a gente é, por aquilo que o aluno vê a gente fazendo, do que por aquilo que a gente diz que sabe. O que é um bom professor eu diria, é aquele que dá todas as condições possíveis de ser superado pelos seus alunos. Não é aquele que esconde o leite. Usando a metáfora da vertente, o conhecimento como vertente quanto mais água eu uso dessa fonte, mais cristalina ela se mantém. E acho assim, que um trabalho de educação bem sucedido é quando a gente contribui para o empoderamento do outro. Tornar as pessoas potentes para a resolução das questões que nós temos aí todos os dias, ser pontual na abordagem do problema e ser resolutivo. Dando sempre visibilidade de muitas formas de resolução, isso eu chamo de plasticidade cortical, reversibilidade cognitiva, se quiser dar outro nome flexibilidade mental.

- APA: Ser professora é ter a possibilidade de transformar o mundo. O professor tem competência de desenvolver competências nos outros, nas pessoas que estão sujeitas a aprendizagem, de capacitá-las a transformar a realidade no contexto onde eles estiverem. Ser professora é ter essa possibilidade. Partindo do pressuposto que educação é um princípio básico de mudança, de transformação e educar é transformar. Se colocar no papel de aprendiz, pra mim é um outro desafio, pra mim como assessora pedagógica, é o professor se ver como aprendiz.

Para os proponentes médicos (PM1 e PM2), ser professor é traduzir assuntos que eles dominam e assim tenham facilidade de transmitir, de maneira que possam ser assimilados pelos alunos. Enfatizam a importância da transmissão de conhecimentos modernos e atualizados que possibilitem a construção de uma postura profissional e uma visão integradora das pessoas. Buscam o aperfeiçoamento da idéia de repassar algo que primeiramente deve ser entendido para depois ser partilhado. Este domínio prévio do conhecimento pelo professor deve existir para viabilizar sua capacidade de dirimir dúvidas, mais do que apenas informar, constituindo-o como modelo de postura a ser seguido. Para ser professor há necessidade de ter o dom da palavra.

Para a assessoria pedagógica (PAP e APA), o professor se reveste de uma condição complexa. Deve ter consciência de que a tarefa de ensinar pressupõe a de aprender, num mesmo sujeito, como um moderno aprendiz. O ensinar se desdobra em um binômio, ensinar-aprendendo que remete a outro: aprender-ensinando. O trabalho do professor deve visar à autonomia dos alunos, incentivando a superação de seus próprios limites e inculcando a importância do trabalho coletivo entre seus pares.

Segundo sua visão, o professor tem a possibilidade de transformar o mundo através da competência de desenvolver competências nos outros, estimulando a capacidade transformadora dos futuros profissionais. Na medida em que a educação é praticada com vistas à autonomia, incrementa a capacidade de interagir e modificar adequadamente a realidade.

Para a pedagoga (PAP), a distinção entre professor e educador, mencionada na entrevista, a respeito da exemplificação de Rubem Alves, remete ao referencial teórico, capítulo 3 deste trabalho, onde, sustentei a idéia do professor como aquele

capaz de compartilhar saberes com os alunos, utilizando as ferramentas da pedagogia. Citando Rubem Alves, os professores devem ser como modernos aprendizes que utilizam as funções críticas e criativas na construção e transformação do ensino médico.

Outro aspecto destacado como fundamental pela pedagoga (APA) em sua resposta foi relativo a importância dos valores e da motivação para o aprendizado e colocado da seguinte maneira: "...é a questão dos valores e da motivação. Estes, de uma maneira geral são subestimados e precisam ser urgentemente resgatados para que se obtenha um ensino médico vigoroso. Ensino este, que desenvolva uma prática social interativa e permita o auto equilibrar-se emocionalmente dos envolvidos".

Pelos depoimentos dos entrevistados, percebe-se pontos de aproximação quanto à ideia do professor como facilitador do processo, desde que respeitados os tempos epistêmicos dos aprendizes e utilizadas formas variadas de apresentação dos conteúdos.

A pedagoga ressaltou de uma forma muito consistente o conceito de educação. Definiu-o como "...uma tarefa emancipatória de procurar desenvolver-se e desenvolver os outros para fazer a travessia do indivíduo para a pessoa. Nós nascemos indivíduos, participantes de um coletivo, e temos uma existência para nos transformarmos em pessoas, agentes conscientes de apropriação e transformação do meio. Nesta travessia a educação pode muito; o processo ensino-aprendizagem é um processo de partilhas constantes, onde os saberes se complementam, se convulsionam, eles se conflitam, sempre num processo de gestação de novas possibilidades. Realmente, é uma tarefa fascinante, mas que guarda um grau de complexidade alto e que exige muito investimento intelectual. O conhecimento que a

gente adquirir é sempre transitório, ele nunca é suficiente e que a gente precisa estar sempre buscando”. Estas colocações permitem afirmar as semelhanças entre os conceitos defendidos pela pedagoga e aqueles apresentados no referencial teórico deste trabalho, que colocam a educação como um processo dinâmico e continuado, ativado pela motivação para o aprender e decorrente do próprio aprender.

Igualmente importante e também presente nas colocações da mesma pedagoga, é o aspecto que diz respeito à área sócio-emocional. Pela ênfase tradicional do ensino médico nas áreas cognitivas, os médicos dominam preferencialmente os aspectos materiais/tecnológicos em detrimento dos sociais/humanos. Este desequilíbrio tem gerado profissionais cuja tendência é supervalorizar exames e procedimentos diagnósticos que deveriam ser complementares, como formas principais de administrar a saúde e interagir com as pessoas. Tal enfoque tem onerado o sistema de saúde, não atinge as necessidades das pessoas que buscam o cuidado e termina por frustrar os profissionais de saúde que estão pouco preparados para lidar com os aspectos afetivos de seu trabalho.

6.3.2 A segunda pergunta: Existem diferenças entre professor de medicina e de outras áreas?

Esta pergunta teve como objetivo a identificação da percepção ou não, por parte dos entrevistados, das peculiaridades da atividade docente independentemente da área ensinada.

6.3.2.1 Respostas:

- PM1: A diferença básica é que, a maioria dos professores da Medicina são médicos que dão aula, uma coisa diferente do que professor realmente de Medicina, a diferença, ela não é tão sutil, ela é bem grosseira até, porque a formação hoje, a maioria da formação dos médicos, dos professores de Medicina hoje, é uma formação da clínica pessoal, estende-se, da clínica privada. A maioria das universidades foi formada em cima que os melhores clínicos devem ser os melhores professores. Os melhores médicos devem ser os melhores professores. Então, a formação didático-pedagógica ficou subestimada, em muitos casos, ou ele era, o professor era brilhante e tinha a capacidade de transformar a sua capacidade médica em capacidade docente, didático pedagógica, ou na verdade ele acabava impondo aos seus alunos apenas o seu brilhantismo como clínico, ou professor, o que muitas vezes não era verdadeiro. Diferente do professor de outros cursos que a gente observa em que eles têm uma formação para serem professores e, a maioria deles, acaba vivendo apenas disso. Então, o médico que dá aula, ele muito tempo encarou a docência como uma situação melhor do que a sua carreira como médico fora dos bancos da universidade. Então eu acho que tem uma diferença muito grande realmente entre ser médico-professor e ser professor de outro curso. É uma diferença que eu também vejo que está sendo invertida, hoje em dia, tu já começa a ver mais gente na área da Medicina se preparando pra ser professor de Medicina.

- PAP: Eu não gosto muito de fazer muito aquela dicotomia entre sujeito e objeto, depois que você lê Maturana, ele alerta, do ponto de vista dele, de que o conhecimento se dá nessa interação, sujeito com objeto, aí seria a vertente do conhecimento. E por isso eu não posso dizer que o objeto do

professor de Medicina é de outra natureza, não é objeto. Acho que as relações que ele estabelece com o conhecimento, ela tem peculiaridades, mas eu não diria assim, tem muito mais semelhanças porque ele investiga, ele produz ciência, ele teoriza, ele procura resolutividade como profissionais de outras áreas também o fazem. Porque, se eu estou preocupada com que as pessoas tenham vigor cognitivo, se eu estou preocupada que as pessoas desenvolvam, possam vir a ser socialmente participativas, se eu estou empenhada que as pessoas se coloquem emocionalmente envolvidas, ou engajadas com algumas causas, se eu tenho clareza que também é minha função de educador que as pessoas desenvolvam uma certa autonomia, eticamente comprometidas e moralmente autônomas talvez a gente pudesse avançar juntos coletivamente e ter sucesso nesse empreendimento. Veja quantas dimensões cognitivamente vigorosas, socialmente participativas, emocionalmente envolvidas, eticamente comprometidas e moralmente autônomas. A idéia de complementaridade, de cooperação, de ajuda, se fosse mais forte essa do que a competição, esse digladiamento, esse pavoniamento que existe, talvez nós fôssemos mais depressa bem sucedidos nessas tarefas.

- APA: Não, se eu considerar a profissão do professor. Eu acho que as habilidades e competência docentes, elas se equivalem em relação a qualquer campo de atuação a qual ele esteja vinculado, seja professor de Medicina, Farmácia, Matemática, o que muda é o foco do ensino e da aprendizagem, mas as competências do professor em si não modificam. Eu vejo que tenha que ter algumas competências específicas para ser professor de Medicina, mas a Medicina tem características específicas que o professor

tem que levar em conta para ensinar. Senão outros professores que não médicos não poderiam ser professores de Medicina, se tivesse uma característica específica do curso de formação.

Quando questionados sobre a diferença entre professor de medicina e de outras áreas, um dos proponentes médicos (PM1) afirmou que, em função da histórica postura dos médicos-professores imporem sua maneira de trabalhar nas clínicas privadas como modelo e método de ensino, sempre existiu uma peculiaridade desta categoria de profissionais-professores. A conduta utilizada na busca da excelência profissional tornou-se referência de ensino a ser transmitida aos alunos, como se o brilhantismo de atender fosse sinônimo de uma eficaz educação médica. Entretanto, ele afirmou ainda, que está havendo uma mudança neste cenário e que os médicos começam a perceber a diferença entre praticar medicina e ensinar medicina. Para tanto, iniciaram a busca de subsídios para melhorar suas performances como professores, de forma semelhante a algumas outras áreas profissionais.

A pedagoga (PAP) preferiu não fazer uma distinção entre docentes de áreas diversas; pois, lembrando Maturana, disse que o conhecimento se dá pela interação entre objeto e sujeito e afirmou que o objeto do professor de medicina é de natureza diferente daquele de outras áreas, com suas peculiaridades, mas muitas semelhanças por também produzir ciência.

Para a atual assessora pedagógica (APA) não existe diferença se considerarmos a atividade de professor, pois as habilidades e competências para ensinar se equivalem; o que muda é o conteúdo ensinado e aprendido. Portanto, o que deve ser levado em conta, são as competências específicas para ensinar e não a área de conhecimento em que o ensino acontece.

O Projeto Pedagógico constituiu-se num marco conceitual do ensino médico em Caxias do Sul. Ele introduziu o referencial teórico da pedagogia para subsidiar um novo formato de ensino. Esta contribuição técnica agregou valores importantes do processo de ensino-aprendizagem, em geral, para as especificidades da medicina. A percepção dos entrevistados sobre a qualificação própria para a docência em qualquer área e, para o ensino médico em especial, pode fornecer indícios importantes sobre a profundidade e a extensão das mudanças necessárias junto aos executores do Projeto. Sinaliza para a mudança de perfil técnico dos professores para a conseqüente viabilização do Projeto.

6.3.3 A terceira pergunta: Qual o conceito de saúde utilizado em sua prática docente?

Esta questão objetivou, através do conceito de saúde introjetado pelos entrevistados, determinar o reconhecimento das bases conceituais inspiradoras do Projeto Pedagógico que definiram o tipo de abordagem à saúde adotado.

6.3.3.1 Respostas:

- PM1: Para entender o conceito de saúde, desde o conceito de atenção primária, passando pela atenção secundária, terciária; o que caracteristicamente nós fazíamos era atenção secundária, terciária, a atenção primária ficou, realmente, muito longe da minha atitude de médico – professor, enquanto vivendo essa questão da aula e dos alunos, então, é ambulatório, hospital, ambulatório, hospital, e a parte de saúde relativa a atenção primária ficava subjugada. Isso mudou um pouco na minha cabeça,

apesar de eu não ter tido tempo pra ter ações realmente nesse sentido, isso mudou. Então o meu conceito de saúde hoje é mais abrangente. Antigamente o meu conceito de saúde era saber se eu conseguia ou não tirar um tumor do paciente. Hoje eu já consigo vê isso de uma maneira bem diferente. Então tudo isso, hoje, me faz ter um conceito de saúde mais abrangente. E essa abrangência ela está entre prevenção, em relação a tratar a humanização do tratamento, tem um monte de coisa em relação a isso que mudou. Mudou para melhor.

- PM2: É essa interação toda do bio, do psico, do ser, eu acho que essa é a que mais eu uso, no meu ponto de vista, é a que mais se aplica a definição de saúde. Eu acho que essa integração de todos os aspectos que possam ser observados no ser humano. Porque, se você permite que ele fale você consegue identificar todos esse estágios de subitens daquilo que a gente define de saúde. Você consegue identificar o bio dela, o psico dela, o psiquismo dela, você consegue identificar todo o social dela, essa integração, basta que você permita que elas falem. Na medida que eu informo pra eles que escutar é importante, eu informo também que, em escutando eles vão conseguir identificar todos esses estágios que nós qualificamos de saúde.

- PAP: Fez um extenso relato sobre o conceito de saúde, fazendo menção às interfaces com o meio ambiente e a sua preservação e as relações com a sobrevivência da espécie humana na Terra.

- APA: Saúde é o modo como a gente gasta a vida, isto tem me instigado muito, no sentido de entender a complexidade que esse conceito tem, porque, se é um modo, depende do meu comportamento e, se depende do

meu comportamento, eu posso modificá-lo, ou não, é algo que pode ser mudado. Gastar é no sentido de parece que gente tem alguma coisa já definida, tem que ter um tempo definido e que essa saúde depende de como eu vou usando esse tempo que eu tenho pra monitorar, eu diria assim, o meu comportamento em relação à vida. E disso depende eu estar ou não com saúde. Dentro desse conceito tem um outro embutido, que as necessidades elas não só são sentidas, como elas são construídas. Elas não se dão só por meio de bactérias, vírus, etc, mas pela forma que eu me relaciono com elas, inclusive, eu posso construir ou não problemas de saúde, posso tê-los externamente, mas posso construí-los internamente. É um fenômeno multi determinado, que precisa ser muito estudado ainda, sair daquela dicotomia, saúde-doença.

Os proponentes médicos (PM1 e PM2), em relação ao conceito de saúde, estabeleceram um nexos entre as pessoas e o sistema de saúde em geral. Partiram inicialmente da visão oriunda exclusivamente de seu exercício profissional. Admitiram, entretanto, na seqüência, uma ampliação desta visão, para incorporar aspectos biopsicossociais da pessoa e dos cuidados, enfatizando a prevenção.

As pedagogas, proponente e atual assessora (PAP e APA), trabalharam a idéia de saúde mais abrangente nas relações do ser humano com o meio ambiente e a necessidade de preservação deste para a sobrevivência da humanidade na Terra. Desvendaram os conceitos de cuidado e autocuidadoauto cuidado relacionando-os com o modo como “as pessoas gastam a vida”, inferindo existir uma postura ativa na administração da saúde pessoal, dependente do comportamento e das possibilidades de modificá-lo.

Todos de certa maneira evitaram, em seus discursos, a dicotomia saúde-doença. Referiram-se à saúde como um fenômeno multi determinado que precisa ser mais estudado para construir uma visão diferenciada e eficaz da prestação do cuidado de uma forma abrangente.

Os depoimentos demonstraram um perceptível avanço da compreensão da saúde como um processo amplo que diz respeito ao indivíduo e suas interações com o meio e não mais focado apenas na perda da saúde independentemente de suas causas.

Estes posicionamentos remeteram à reflexão sobre utopia, no sentido de demonstrar quão reais e atuais são as necessidades de saúde relatadas pelos entrevistados através de seus conceitos de saúde e quão semelhantes às condições ideais referidas como utópicas. Significaram um amadurecimento na percepção da complexidade do conceito de saúde, principalmente em relação à idéia de cuidado defendida por Leonardo Boff e que de alguma maneira o Projeto Pedagógico contemplou.

6.3.4 A quarta pergunta: Como foi a construção do Projeto Pedagógico?

Esta questão pretendeu verificar o comprometimento e a eficácia da Instituição na apresentação do Projeto Pedagógico, assim como os momentos ou oportunidades para a discussão deste nas etapas de criação, implantação e avaliação.

6.3.4.1 Respostas:

- PM1: Então tudo isso sustentou uma nova concepção sobre o ensino e aí começou a nascer o projeto pedagógico em cima de algumas diretrizes que são centrais. A primeira é a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade na concepção do novo Projeto Pedagógico representa a possibilidade de tu teres, uma exposição, no mesmo período temporal a chamada disciplina do ensino básico e disciplinas do ciclo profissionalizante. Porque havia uma dicotomia total entre o ciclo básico e o ciclo profissionalizante, eram dois cursos distantes, os dois péssimos, muito ruins. O que o aluno aprendia lá no ciclo básico, ele não conseguia reproduzir no ciclo profissionalizante, quando ele chegava no ciclo profissionalizante ele não sabia que tipo de médico ele queria ser, ele não sabia porque que ele tinha que ter aprendido aquilo que ele tinha visto no ciclo básico, não conseguia fazer a inter-relação disso, então esse foi um ponto básico. Definimos o perfil de egresso, e isso foi o que nós mais batemos, todas as vezes que eu me pronunciava sobre o projeto pedagógico, eu sempre me posicionei sobre o perfil de egresso, por quê? Porque havia necessidade da conscientização coletiva do que nós queríamos formar. E a definição de um médico apto a aprender situações de saúde em três níveis de atenção a resolver problemas prevalentes em saúde em três níveis de atenção foi à definição do nosso perfil de egresso. A partir dessa definição nós começamos a trabalhar, de que maneira tu vai fazer, o que tu podes fazer para alcançar este objetivo? E aí nós começamos a trabalhar com a interdisciplinaridade e todas as nossas ações tiveram, primeiro, a necessidade de respaldo dos nossos colegas, porque nós achávamos que nós deveríamos ter isso e, segundo, nós não tínhamos nenhuma receita de bolo, esse projeto pedagógico não era uma

receita de bolo, ele é um projeto que tem muitas semelhanças com vários outros projetos pedagógicos, ele tem uma linha norte, uma linha central que é a linha das diretrizes curriculares, mas ele é um projeto capaz de ser absorvido pelas condições, estrutura e docência que a Universidade te propõem. Isso foi uma coisa importante, não importamos esse modelo, esse modelo é um modelo que existe, mas ele foi adaptado às condições de realidade da nossa Universidade para que a gente não enfrentasse o dissabor de implantar um projeto e ver que a gente não tinha condições de abraçar todas as suas linhas. O curso de Medicina implantou o seu novo Projeto Pedagógico, que tem essa linha, que tem esse perfil de egresso, que é esse eixo mestre que é a interdisciplinaridade, a tentativa de fazer com que o ciclo básico e o ciclo profissionalizante dissessem a cada um deles o que vieram fazer e onde isso está inserido na profissão médica de cada um.. Hoje não, hoje o curso tem cenário, tem professores com formação, tem um Projeto Pedagógico, bom ou mal é um projeto, não é uma lei, tu vai seguir aquele projeto, tu pode mudá-lo, ele dinâmico, por isso que é um projeto. Isso foi uma experiência muito gratificante, pensar o curso de Medicina, pensar a tua escola, projetar essas coisas, ver que isso tá andando hoje, pra mim, é uma satisfação.

- PM2: Nós discutimos o currículo seis anos. Nós começamos a discutir que modificações nós podíamos fazer, de forma que tornássemos o currículo, um currículo mais acessível, que permitisse que o nosso egresso tivesse em perfeita consonância quais solicitações que o mercado que a comunidade nos fazia. Nós tínhamos plena consciência, todos que estavam presentes, o currículo que nós tínhamos era um currículo de bosta. Realmente não

funcionava, era um currículo que era observado em todas as outras faculdades de Medicina. E que também não funcionava em nenhuma faculdade de Medicina, a gente sabe disso. É um currículo fracionado, não permitia que o aluno pudesse ter uma visão ampla daquilo que ele estava estudando, era um currículo fracionado, ele fracionava o indivíduo, ele não permitia a avaliação do bio, do psico, do social, ele não permitia isso. Modificação total e radical nós começamos a colocar isso no papel, começamos a fazer alguns links, de forma em que o currículo pudesse, ser colocado na prática, pudesse permitir que o aluno ao sair da Universidade, ele tivesse inserido dentro da comunidade onde ele fez a faculdade e pudesse, então trocar com essa comunidade, pudesse reverter à essa comunidade aquilo que ele aprendeu dentro dos bancos universitários. Nesse aspecto eu acho o currículo muito bom, vai permitir que esse aluno realmente troque, de uma maneira muito franca, conhecimento com a comunidade. As variadas sínteses de disciplina, de forma que se criassem as UEMs, as Unidades de Ensino Médico, enfim acho que é isso.

- PAP: Por isso que eu entendo que o projeto pedagógico é como se fosse um mapa de viagem, ou a gente constrói juntos, sabendo onde a gente quer chegar pra poder abraçar e ir resolvendo os obstáculos nessa caminhada conforme surgem, ou então não se vai a lugar nenhum. Porque para ter um projeto pedagógico para cumprir uma exigência formal institucional, quer seja dos gestores da academia, ou do Ministério de Educação, onde os professores estão completamente desengajados disso, não faz sentido. Um projeto pedagógico pra mim é um mapa de viagem, ou traçamos as trajetórias em conjunto, com clareza de onde queremos chegar, discutindo

os desvios que acontecem, ou os atalhos que são necessários construir nessa caminhada. Quando a gente vai fazer o delineamento das trajetórias não se tem visibilidade cristalina de tudo. Tem muitos imprevistos que se atravessam. A gente tem que ter essa sensibilidade de construir atalhos, ou para abreviar o caminho pra que ele não seja tão tortuoso, mas sempre com clareza de onde se quer chegar. Nessas incursões todas, a gente vem percebendo, primeiro como é difícil de substituir o trabalho solitário do professor por um trabalho coletivo, é difícil, eu não sei que tipo de ameaças percorrem, ou voam no universo imaginário do professor, que representações circulam por aí, que faz tornar tão difícil. Eu acho que a gente começa a construção de um projeto pedagógico com aqueles que estão sensíveis, aí se trabalha o coletivo, é uma facção e depois é um trabalho de conquista de envolvimento dos outros pares. Mas a primeira pergunta é o que nós queremos com a educação, no caso, educação médica. Quando a gente sediou aqui um encontro de educação médica das escolas gaúchas, o encontro se intitulou “auto transformação da escola médica” porque os sujeitos que estão envolvidos é que deveriam dizer o que são as necessidades que temos e sobre elas fazer um recorte das prioridades, não dá pra atacar tudo ao mesmo tempo, mas temos que ter prioridades e isso se decide coletivamente, senão não é projeto de um curso. Nós tivemos, assim, um campo de conflitos e a gente precisa fazer um enfrentamento e buscar conjuntamente formas de resolver. A gente resolve esses, outros surgem, uma sucessão de dificuldades, mas a academia vive, no seu interior, um processo de contradição. Ela diz que quer a mudança, mas quando precisa tomar os recursos pra que a mudança se processe, há

um boicote silencioso, em várias instâncias. Desde os gestores, até os professores e envolvendo os alunos também. Porque eles dizem queremos um ensino renovado e quando isso implica mais trabalho, eles protestam, eles recuam, nós precisamos encontrar dispositivos pra resolver essas contradições internas. Isso não é tarefa pra uma pessoa só, pra um grupo pequeno. Ou a gente envolve coletivamente os sujeitos envolvidos e que eles não podem ser só mais atores sociais da mudança, eles tem que ser autores da mudança, protagonistas da mudança, gestores da mudança, idealizadores da mudança. Porque, quando os professores fazem os seus planos de trabalho, eles não têm em vista aquele perfil, está dissociado às suas práticas, se pede assim, quais são os ganhos de aprendizado que você pretende com esses conteúdos e qual é o ganho de desenvolvimento, de capacitância pra esse profissional que vocês esperem que esses conteúdos viabilizem? Eles ficam muito dependentes ainda, é um ensino calcado na dependência do professor, trabalha-se muito pouco a autonomia desses sujeitos aqui dentro. E teríamos metodologias para isso. Teríamos, só que elas são usadas ainda timidamente. O processo de educação, ele implica prática de educação não formal, que acontece em muitos cenários, em muitos ambientes, além desse da academia. Nós temos que, talvez, desescolarizar um pouquinho a educação pra facilitar a aplicação e a transferência daquilo que a gente ensina na academia. Os cursos estão tentando, estão tentando sair da grade curricular em direção ao mapa curricular, estão tentando superar o gueto da disciplina, no caso da Medicina, para as UEMs. Porque me parece que com esses movimentos, faces dos fenômenos que quando eram abordados pela ótica disciplinar

eram opacas, ganharam cristalinidade, quando vistas com outros pares de olhos. Cada ótica guarda embutida uma ética, um jeito de ver, em jeito de lidar. E no momento que a gente começa a analisar e discutir, a gente aprimora os nossos jeitos, a gente abandona trejeitos e a gente desenvolve outros jeitos de ser e estar no mundo e fazer saúde, promover saúde. Eu penso ainda que o projeto pedagógico, ele ainda não é uma necessidade do corpo docente, ele está funcionando como um dispositivo institucional, com caráter obrigatório, sob pressão a gente não faz nada direito, nós temos que abraçar algumas causas. Eu me lembro a última vez que o Paulo Freire esteve aqui ele disse assim: a utopia, ela é uma estrela guia que nos ajuda avançar na prática concreta um pouquinho em cada dia. Não podemos esperar pelos gestores, as mudanças nunca vem do topo da pirâmide, elas se gestam na base. É desse trabalho contínuo, entre professores e alunos, porque ambos o que tem de comum? São aprendizes, com saberes distintos, com oportunidades distintas que a vida ofereceu e que eles garimparam, mas quando esses saberes, eles se juntam, a gente vai tão longe e o professor também acaba muito beneficiado, porque ele aprende com alunos questionadores, com aluno que coloca sob a ótica, sobre o balanço do ceticismo algumas coisas que o professor acredita piamente. Mas a academia interage muito pouco com a divergência de pensamentos balizadores: o mapa de conceitos é uma coisa curiosa, porque veja bem, uma das questões que estava assim muito fortemente nos preocupando eram as questões da dicotomia. Quando ouvíamos os professores, eles sempre diziam que 'não a reforma curricular tem que privilegiar a prática' e em colegiado de curso. Chegaram a colocar no projeto pedagógico que o

curso teria que ter 30% de fundamentos teóricos e 70% de prática. Eu quase entrei em convulsão porque, pra mim teoria e prática é como o verso e o reverso de uma mesma moeda, então não tem como dissociar, se eu faço mal alguma coisa é porque está me faltando subsídio teórico pra fazer diferente, fazer bem. E depois, eu também percebi na fala dos professores que eles relatavam o processo saúde e doença como variáveis dicotômicas e diziam: saúde é a ausência de doença. Eu comecei a ficar muito assustada, veja bem com toda uma formação humanística e tratavam o processo ensino aprendizagem como variável dicotômica. Nós tínhamos que fazer um enfrentamento, tentar resolver as tiranias das dicotomias. Acho que até hoje não conseguimos avançar muito, porque os professores lá no ambulatório, lá no hospital, brigam porque o aluno chegou com uma fraca base teórica e dizem assim 'o que você aprendeu lá no bloco S que você não sabe fazer isso?', bem mas se não sabe, em conjunto vamos ajudar a fazer resgate, com a questão dos estágios diluídos ao longo do curso, talvez a gente tenha que constantemente checar o processo teoria- prática e corrigir tão logo quanto aparece o descompasso e não esperar lá no estágio pra fazer o aporte. Eu suspeito ainda que isso esteja de todo digerido pelos professores, por que eu suspeito? Eu tenho a base empírica, ao ver fazer o que eles me fazem suspeito que o mapa conceitual ainda não esteja interiorizado. Tá faltando discussão nas UEMs, nesse sentido. Ouvir dos professores eu comecei a perceber que a matriz de formação ela é marcada fortemente pelo positivismo lógico e pelo neopositivismo. Havia uma preocupação com a mensurabilidade dos fenômenos muito grande, eu disse então, bom a gente vai ter que começar a trabalhar com outros paradigmas

pra fazer o contrapeso, o contraponto com isso, não é anular isso, isso eles carregam com eles, mas é dar condições de olhares críticos sobre isso, porque então, o que não era visível, não era real, veja bem se é possível um negócio desses? Educar pra saúde é sim formar profissionais pra que façam o hétero-cuidado cada vez melhor, mas que ajudem as pessoas a fazer o autocuidadoauto cuidado também. Se não a gente fica com o processo capenga. E isso, acho ainda que a questão do auto cuidado ainda está muito débil na proposta, tanto que o colegiado empurrou essa questão pro pé de página do projeto, como anotação, tirou do corpo, mas tudo bem eu pensei, isso é questão de tempo. Mas não subiu pro corpo ainda. Nota-se que há resistências não confessas pra algumas coisas. Eu não sei se é porque eles não sabem fazer, ou não gostam da idéia, ou tem dificuldade de aprender a fazer diferente. Há resistência, não sei qual é a vertente dela. Acho que esses foram os pontos nevrálgicos iniciais que me moveram na construção do projeto. O avanço crítico das UEMs também é interessante, umas estão avançando mais rápido, outras têm mais resistência. Eu acho que o fator tempo, predisposição, garra, fôlego dos profissionais são variáveis que juntas, elas têm um peso muito significativo, ou seja, as mudanças são questões multifatoriais. Mudanças de rota, de componentes do próprio projeto, a gente precisa construir isso com o fôlego dos sujeitos concretos. Por isso que eu acho que a autotransformação é uma via muito interessante, onde as pessoas dizem 'eu não estou fazendo isso porque o MEC mandou, estou fazendo porque eu vejo sentido, tem sentido, então eu me envolvo, eu me comprometo, me responsabilizo com a causa'. E, ainda, um projeto pedagógico, ele está colado como um selo num envelope. Isso não está

legal isso dá desconforto. Eu penso assim, teríamos que visitar os projetos construídos, ver o que faz sentido, retraçar rotas, aproveitar experiências vividas e escrever no projeto os frutos que elas já trouxeram, não importa que são poucos, mas se frutificou, que sabe a gente insiste, aprimora, qualifica. É a idéia de processo, tudo que não pode ter é presunção e vaidade e isso tem tanto. Isso atrapalha a caminhada.

- APA: A capacidade de transformação que o projeto pedagógico prevê na formação do aluno, ela teria muito maior potência, capacidade de transformação, se esse projeto tivesse sido construído coletivamente, pelos professores. Porque, além deles terem informações sobre esse processo, teriam menos resistência a ele e mais comprometimento, porque ele faria parte da própria construção. Eles precisam ser convencidos, mas para serem convencidos com as próprias práticas, não adianta ninguém convencê-los só no discurso. E convencer com a prática depende muito dos alunos, os próprios alunos é que tem sido, pra mim, instrumentos fundamentais pra manutenção, ou pra garantia de transformação, ou de reforma desse projeto pedagógico, de reforma que ele propõem. Eu vejo assim, que a criatividade dos alunos, os alunos, eles participam de uma diversidade de cenários diferentes do que antes eles participavam. Isso tem sido uma mudança bastante importante na formação. Eu estou tentando trazer vários aspectos. Então a diversidade de cenários de ensino é uma questão, de uma aprendizagem mais autônoma, de uma aprendizagem em equipe, uma aprendizagem em que vários professores participam de uma mesma atividade, uma mesma inserção de ensino, isso é um outro diferencial, apesar de que em muitas UEMS ainda há essa interação entre campos temáticos, ela

é bastante dificultosa. E, à medida que acontecem trocas e essas trocas por um lado, um causa um estranhamento inicial, porque não era normal, fazer essas trocas entre colegas, mas por outro lado a uma aquisição de maior segurança e credibilidade no conjunto, no coletivo. Quando eu dependo do outro para eu ter sucesso, também já dá uma dimensão de coletividade, que é uma outra característica que o projeto pedagógico conseguiu, dar mais uma dimensão de construção coletiva no processo de aprendizagem do que do processo fragmentado. O maior desafio que eu vejo é desenvolver competências no professor, pra que ele tenha uma coerência com aquele ensino que ele diz fazer, a aprendizagem que ele diz obter, esse pra mim é o maior desafio, tanto pra quem faz gestão, quanto para o docente. É estar constantemente, é colocar a sua prática sobre reflexão, isso é fundamental. Quando eu tiver essa capacidade, de estar sempre colocando a minha prática sobre reflexão, a partir das contribuições, vindas de várias fontes, certamente eu vou ter melhores condições de garantir mudança, a mudança na aprendizagem, mas a mudança da minha aprendizagem, da minha aprendizagem como professora, essa colocação em aprendizagem, ou seja, sempre colocando a prática sobre reflexão. Isso pra mim é o que garantiria em grande parte o sucesso de qualquer projeto que se diz transformador.

O Projeto Pedagógico surgiu com o objetivo maior de capacitar adequadamente o estudante para sua interação profissional/pessoal com o contexto sócio-cultural de sua atuação médica. Na medida em que a idéia/paradigma de saúde adquiriu uma dimensão mais abrangente, retratando com maior fidelidade o contexto de inserção destes profissionais de saúde, tornou-se necessária à modificação do perfil do egresso. Para atingi-la os educadores foram convocados a

modificar sua visão de ensino médico agregando idéias de compartilhamento de saberes com as pessoas sob cuidado e com os alunos.

No tocante a saúde, a partir do aprimoramento do conceito de saúde com todas as suas correlações, deveria ser incorporada a dimensão do autocuidadoauto cuidado, articulado com o hétero-cuidado, preservando a autonomia da pessoa em relação à sua saúde e ao cuidado colocado à sua disposição. Da mesma forma, deveriam ser valorizados outros cenários de ensino fora do hospital-escola, tais como as Unidades de Saúde, ambulatórios de referência e de atendimento 24 horas e outros.

Quanto ao egresso, o Projeto Pedagógico enfatizou o desenvolvimento da autonomia dos estudantes para que, ao longo de suas vivências acadêmicas, fossem capazes de avaliar as múltiplas necessidades das pessoas e do sistema de saúde como um todo, tomar decisões levando em conta as diferentes variáveis apresentadas e transferir ensinamentos para as pessoas até como forma de retribuição às trocas efetuadas com a comunidade. Este processo deveria resultar numa relação mais igualitária, com menos submissão ao saber médico, e com maior consciência da co-responsabilidade na busca pela saúde.

Nesta linha proposta pelo Projeto Pedagógico, o professor na qualidade de educador, precisaria ser capaz de participar de uma construção coletiva de saberes originada das trocas de conhecimento com os alunos, com as pessoas sob cuidado e entre seus pares. A resultante da incorporação destes aspectos no perfil do professor médico se repetiria na relação do novo profissional com aqueles que estarão sob seus cuidados.

Assim, vale dizer que as competências, habilidades e atitudes específicas de educador o distinguiriam do profissional no exercício de sua atividade e

demonstrariam, numa nova postura, reconhecer o valor da tarefa de educar como geradora de médicos com uma forma diferenciada de atuação na área da saúde.

6.4 Síntese comparativa das entrevistas dos proponentes

O Projeto Pedagógico, na sua concepção, apontou para novos desafios a serem enfrentados tanto por professores quanto pelos alunos, pela Universidade, pelo Colegiado do Curso e também por outras instituições não diretamente relacionadas com o ensino médico - os denominados novos cenários de ensino pertencentes à rede municipal de saúde e às famílias em seus domicílios. Desta forma, no que diz respeito ao conteúdo exposto pelos médicos proponentes sobre ser professor, a característica preponderante do tipo de ensino relatado foi estar baseado na transmissão de quem sabe para aqueles que precisam aprender.

A assessoria pedagógica seguiu em outra linha pedagógica que é a do compartilhamento de saberes, visando à autonomia e a emancipação do aprendiz. Estas diferenças foram realmente fundamentais; pois, enquanto através do Projeto Pedagógico e da assessoria pedagógica foi indicado o caminho da formação bidirecional para construção de conhecimentos a partir das experiências prévias, os médicos proponentes não internalizaram esta mudança porque no conteúdo de suas falas prevaleceu a transmissão em detrimento do compartilhamento.

Esta diferença de perspectiva entre os dois grupos, por si só demonstrou cabalmente as dificuldades de introduzir um conceito que, apesar de tudo, foi explicitado e considerado importante de ser alcançado, pelas convicções há muito

estabelecidas e que se desnudaram na simplicidade da conceituação de ser professor. Estas contradições certamente serão percebidas pelos outros professores não envolvidos no processo da elaboração, na medida em que um projeto pedagógico deva ser incorporado por todos aqueles que de alguma forma terão participação no empreendimento. Dificuldades ainda maiores terão os alunos que chegam com anseios e expectativas muito diversas das definidas no Projeto Pedagógico. O trabalho de convencimento, de que o novo enfoque do ensino médico formará um profissional diferente daquele que vem sendo construído, que se dissociou do homem e teve a doença como alvo maior de suas preocupações, é imenso, mas foi o caminho indicado no Projeto Pedagógico e portanto, deve ser implementado.

Seguindo nesta linha, o conceito de saúde demonstrado, novamente colocou em campos diversos os proponentes médicos e a assessoria pedagógica. Os primeiros até avançaram em relação à conceituação de saúde e seus condicionantes psicossociais, mas nem de longe trouxeram a dimensão do auto cuidado como condição *sine qua non* para estabelecer uma relação igualitária entre as pessoas com problemas de saúde e os médicos que as cuidarão. O Projeto Pedagógico não deixa dúvidas quanto à introdução deste tipo de cuidado, ainda que em nota de rodapé. A assessoria pedagógica demonstrou comungar genuinamente da premissa adotada pelo Projeto Pedagógico que, tendo sido fundamental para a construção do mesmo, não elidirá os enormes esforços de mudança necessários para modificar significativamente a abordagem da saúde e seus desdobramentos.

Em relação aos aspectos teóricos do Projeto Pedagógico propriamente dito, as diferenças entre os depoimentos reduziram-se muito, pois existiu uma convergência entre o que está posto no Projeto e o conteúdo das entrevistas. No tocante a fase de

implantação propriamente dita, apareceram tensões significativas no encaminhamento da trajetória seguida. A assessora pedagógica destacou a importância do processo coletivo para implementar mudanças, na construção de um modelo aceito pela comunidade envolvida, na avaliação das novidades implementadas para fortalecer aspectos que estão dando certo e para as correções de rumo, e para viabilizar o trabalho conjunto dos docentes como exemplo a ser incorporado pelos alunos em seu exercício profissional futuro de forma cooperativa. Os médicos proponentes entrevistados, por fazerem parte do Colegiado do Curso e terem a responsabilidade de levar adiante as mudanças desenhadas, decidiram por uma via menos negociada e mais impositiva que encurtasse o início da implantação, o que gerou dificuldades previsíveis no andamento desta etapa.

As convergências em relação à interdisciplinaridade, o trabalho solidário já referido e o perfil do egresso como eixos fundamentais apontados no Projeto Pedagógico, foram muito enfatizados por todos e fizeram parte de um consenso bem estabelecido capaz de alavancar nos seus pares e nos aprendizes as transformações indicadas no Projeto.

6.5 Entrevistas com os professores executores

Foram entrevistados os coordenadores das Unidades de Ensino Médico implantadas, considerados como professores executores, nomeados de P1 a P9, incumbidos de implementar o Projeto Pedagógico.

6.5.1 A primeira pergunta: O que é ser professor?

6.5.1.1 Respostas:

- P1: O viés de ensino ocorreu muito cedo, com a percepção de uma vocação familiar para o ensino e que durante o curso de medicina teve a participação importante de seus professores e colegas que estavam na mesma situação, ou seja, a necessidade de aprender a dar aulas. Ensinar como maneira de aprender - esta a máxima de seu professor e que deveria ser seguida. Buscaram ajuda na didática ensinada no curso de filosofia e matemática como ferramenta para ensinar. Esta o ajudou a ser claro na exposição, não esmiuçar demais tudo para o aluno, usar o desenho e as cores como complementos daquilo que é preciso aprender. Estimular o aluno a usar o cérebro e a memória como elementos fundamentais do processo de ensino-aprendizado.
- P2: Ser professor, como aquele capaz de passar conhecimentos atualizados e manter-se atualizado, tendo prazer em estar em contato com os alunos, de trocar informações e aprender com eles.
- P3: Ser professor é ser educador favorecendo ou capacitando que outras pessoas aprendam.
- P4: Ser professor significa dedicar-se ao ensino e a pesquisa, tanto no que se refere a aspectos teóricos como práticos.
- P5: Ser professor é aquele que é capaz de transmitir a sua experiência profissional, permitindo ao aluno assimilar conteúdos atuais e modernos e permitindo a futura resolução de problemas dos pacientes que irão tratar.
- P6: Como a maioria dos médicos a função de professor ocorreu no acompanhamento de meus mestres, ou seja, durante o estágio de sexto ano e nos anos de residência médica pois fazia parte do treinamento

acompanhar os alunos da graduação nas atividades desenvolvidas por seus preceptores/professores. Portanto me considero um autodidata, que estuda, lê sobre o ensino e que estou atento às necessidades dos alunos como aprendi com meus professores, no sentido de manter um diálogo com os alunos e não somente a transmissão de conhecimentos e sim descobrir o que sabem e depois recheiar E coloco nas minhas atividades docentes o ouvir os alunos e complementar ou recheiar gradativamente o seu conhecimento prévio.

- P7: O professor como um agente que viabilize e seja capaz de propiciar o desenvolvimento das pessoas e que estas sejam capazes de modificar a sociedade em que estão inseridas, de uma forma política e pro ativa.

- P8: Ser professor é um caminho, uma forma de facilitar a transmissão de conhecimentos, ajudar na construção do conhecimento, ser instrumento da aprendizagem, facilitador, catalisador, um líder. Precisa se preparar para ser professor.

- P9: Eu acredito assim que ensinar é o esforço que a gente faz para que o aluno adquira conhecimento ou que ele consiga, depois na vida profissional, procurar subsídios para a solução dos seus problemas, eu acho que é isso que é ensinar hoje. É se mostra os caminho e perceber que o aluno de alguma maneira ele vai conseguir depois no futuro andar com as suas próprias pernas.

Na visão dos entrevistados o professor é um educador, capaz de ser um agente transformador e facilitador da transmissão de conhecimentos atualizados, descobrindo os saberes prévios, dialogando, estimulando o uso do cérebro e a

memória como elementos fundamentais do processo de ensino-aprendizagem, mantendo-se atualizado. Este educador deve preparar-se para exercer a função docente, despertando nos alunos a capacidade de modificar a sociedade em que estão inseridos, de uma forma pró-ativa.

6.5.2 A segunda pergunta: Existem diferenças entre professores de medicina e de outras áreas?

6.5.2.1 Respostas:

- P1: Nenhuma diferença de professor de medicina e de outra área. O professor de medicina tem um comprometimento maior em colher o resultado daquilo que ajudou a semear e plantar na atividade profissional de seus alunos.
- P2: Não. Eu acho que a responsabilidade de todo o professor é um em todas as áreas, acho que no jardim da infância, na pré-escola, da jardinagem até a educação é aquela coisa que eu acho em nível de Brasil, a educação é primordial no desenvolvimento do país que infelizmente a nossa aqui ainda fica devendo bastante, então acho que a educação é uma responsabilidade que tu assume quase como uma maternidade.
- P3: Não, eu não faço diferenciação. Pois eu dou aulas em vários cursos, então eu não faço diferenciação, agora é para a medicina eu não atribuo nem um tipo de... eu procuro me preocupar com a formação profissional de todos os meus alunos da mesma forma, acho que todos têm uma

responsabilidade terão quando formados uma responsabilidade social muito grande, então eu me preocupo com a formação deles de uma forma igual, eu acho que na medicina, pela natureza da disciplina que eu tenho eu consigo ter algumas coisas um pouco diferentes com eles, pela proposta de trabalho que existe, mas eu não faço nenhuma diferenciação entre a medicina e a psicologia ou a relações pública, por exemplo.

- P4: Acho que ser professor não implica de que área for, cada um é específico, de engenharia ou de medicina ou de outras áreas tanto faz, vai ter que aprender dentro daquela proposição que o mestre coloca de enfermagem e tal, então de maneira igual não vejo diferença.

- P5: Não. Independe do curso que ele estiver, acho que cabe a nós professores a aplicabilidade daquele conhecimento. A experiência que ele tem lá e traz para dentro do curso é muito importante e isso acho que ajuda a formar muito dos nossos alunos.

- P6: Eu acho sempre teve uma diferença, hoje talvez tenha menos, mas sempre teve porque, como eu te disse no início, o primeiro nos fomos profissionais médicos, profissionais especialistas e depois professores, hoje muda um pouquinho e nós já temos gente que se dedica exclusivamente a medicina e também junto com a profissão, mas muito mais ao ensino e aqui na nossa instituição a grande maioria dos profissionais que trabalham com os alunos do curso de medicina são em primeiro lugar profissionais e depois docentes. Em alguns outros cursos isso também acontece, como o curso de direito, mas em outros cursos nós temos pessoas que se dedicam quase que exclusivamente ao ensino e muito pouco a atividade profissional fora da universidade, eu acho que isso tem seus pontos positivos, mas deixa de

trazer para dentro da instituição a renovação que a gente tem no trabalho do dia a dia de estar sempre atualizado, porque mesmo se fazendo pesquisa, quem vai fazer pesquisa ele vai centrar a sua pesquisa numa determinada área e às vezes bastante específica, enquanto se tu tiver no dia a dia trabalhando tu vai trazer aquilo que o mercado está exigindo e que acho muito importante para os alunos saber exatamente o que o espera lá fora.

- P7: A passagem foi meio sofrida, por que? Porque chegou um tempo em eu tive que fazer uma opção e essa opção ela inclui também e principalmente a parte econômica. Um professor ele tem que estar meio disponível, professor de graduação principalmente para que ele consiga detectar a vivência do aluno e possa estar presente quando o aluno precisa dele, às vezes não estar presente ou não estar disponível num determinado momento pode se cerrar uma porta que não mais se abrirá, então que chega um momento em que a pessoa tem que optar em ser médico e professor ou ser professor de medicina, que é uma coisa um pouco diferente no sentido de conseguir dar amplitude que a medicina merece, mas que tu consigas transmitir uma atitude de médico que é aquilo que interessa mesmo, precisa de tempo, por que? Porque essa atitude não se transmite ativamente uma grande parte do tempo, na realidade tem a observação do aluno sobre a tua pessoa quando tu não estás te dando conta que tu está sendo observado é que realmente vai fazer diferença, porque uma das coisas que mais podem colocar a descrença no jovem é a dicotomia entre a ação e o discurso, o discurso vazio pode ser extremamente bonito, mas se não tiver uma realmente uma coerência entre aquilo que se diz, se prega e se age e como se age não vai fazer efeito nenhum, porque ele já ouviu tantas vezes aquilo

tende a reproduzir alguma coisa que ele acha que é só para fazer, só para ser bonito mesmo, mas que na prática é só um diletantismo cultural e na realidade não é assim, então tem que ter algum tempo para que haja.. para se dedicar a isso e com isso... e quanto mais tu dedicas a isso mais tu tens que te dedicar, porque tu vais despertando a necessidade em outras pessoas, então esse é o grande dilema, até onde eu vou como professor ou não, me afasto por exemplo do resto da medicina assistencial fora da universidade, no mercado de trabalho, é uma coisa complicada, porque queira ou não queira a ganha pouco como professor se comparado com um médico.

- P8: Eu acho que não tem muita diferença, na realidade que o que tem que acontecer com a Medicina é tu transformares um médico num professor. Esse processo é um pouco mais complicado já que na formação do médico não é muito alentado ou conversado ou estimulado os alunos para que um dia seja professor. Para lecionar Medicina tem que ser médico. Ou, na grande maioria das áreas, o professor deve ser médico. A não ser em áreas básicas ou em algumas áreas específicas, mas só vai ensinar Pediatria quem for um pediatra, então é difícil transformar esse pediatra num professor. Existem caminhos para realizar este processo, não vejo grande diferença em ensinar Pediatria para um aluno da Medicina e ensinar uma criança no ensino fundamental. O processo é o mesmo. A grande dificuldade na Medicina é convencer o médico que acha que pelo fato de ele saber medicina, isto o transforma automaticamente em um docente. Fui à Universidade, para a Faculdade de Pedagogia, para aprender a ensinar. É óbvio que aquelas técnicas de ensino e aprendizagem servem para qualquer

situação. Isto demorou muito para acontecer no nosso curso, demorou muito, muito, para acontecer. Acho que foi um processo... Acho que não é só aqui, acho que isto aconteceu em todas as outras escolas de Medicina. Demorou muito, o cara achando que era o centro do conhecimento, que eu vou ser o doador do conhecimento do meu aluno. Não vejo diferença do professor de Filosofia, acho que inclusive tem que ter mais intercâmbio das áreas humanísticas com a Medicina... O professor de Medicina talvez seja útil num curso de Filosofia e um filósofo útil num curso de Medicina.

- P9: Não. Na medida que a gente consiga mostrar a aplicabilidade da tua área de conhecimento dentro da perspectiva da profissão que o aluno vai exercer, acho que não tem diferença nenhuma.

Para a maioria dos entrevistados não existem diferenças significativas entre o professor de medicina e o de outras áreas. Este grupo majoritário de entrevistados destacou que primeiro foram profissionais médicos nas diversas áreas de atuação, sendo posterior sua transformação para docentes. Para alguns, esta modificação foi dolorosa, para outros mais tranqüila, praticamente uma evolução daquilo que já exerciam na residência médica. Cabe destacar a importância que todos referiram sobre o papel desempenhado pela residência médica no estímulo às atividades docentes, mesmo sendo esta um treinamento em serviço de uma especialidade médica. Poucos fizeram uma habilitação específica para a docência, quer durante o Mestrado/Doutorado ou em disciplinas isoladas da pedagogia, mas foram unânimes em afirmar a necessidade destas ferramentas para uma docência mais qualificada.

6.5.3 A terceira pergunta : Qual o conceito de saúde utilizado na sua prática docente?

6.5.3.1 Respostas:

- P1: Eu tenho um conceito de saúde cartesiano, mas destaco a qualidade de vida como atributo básico da concepção de saúde.

- P2: Utilizo, no curso de medicina de Caxias, que é preparar basicamente o aluno para aquela visão global do paciente em nível de saúde pública, a nível de médico de família, prepara-los para atender a comunidade do bairro, atender a grande massa populacional, não tirando é lógico, o incentivo deles terem futuramente sua especialidade o seu consultório, quanto a isso não, mas eu acho que eles tem que ter uma visão ampla do todo o doente, até porque com semiologia, eu tenho que ver o todo do doente, todas as queixas, todos os sinais do sintomas, todos estado físico e relacionar, principalmente a relação médico paciente, com o paciente, com o familiar que o acompanha, então eu acho a gente... na nossa UEM. basicamente é tentar ver o doente como um todo, não fracioná-lo.

- P3: Não, não uso assim porque eu trabalho com as relações interpessoais, então até vejo que os alunos falam, esses dias até um aluno falou não então a doença existe que existe aquela questão de que as coisas são socialmente construídas, mas eu nunca me... eu até tenho curiosidade naquela aula até os alunos ficaram falando e até não sei se foi com vocês ou com o Dagoberto que eles trabalharam isso e até naquele momento depois me esqueci, mas tive vontade de aprofundar algumas coisas que são da área de vocês tá, mas eu trabalho... assim. Eu procuro puxar muito e até para trazer para os alunos a contribuição da psicologia que eu acho que isso é muito importante, a questão da interdisciplinaridade, então eu procuro puxar as coisas para a

minha área também pensando na área deles, pensando na atuação deles como futuros médicos, mas eu procuro realmente trabalhar com conhecimentos oriundos na área de psicologia a minha bibliografia ela é uma bibliografia da psicologia, vamos trabalhar com um conhecimento que existe, que disponível na psicologia.

- P4: Como se diz, saúde física, mental e social, então nós nos dedicamos a parte física dentro da especialidade sempre dedico o atendimento da parte física do paciente, não se tem visto a parte psicológica ou social do paciente. Mas de acordo com o conceito de saúde das organizações, estas definições mais amplas.

- P5: O conceito de saúde ele é um conceito que está ligado a parte física, a ausência de problemas orgânicos no organismo e ao bem estar emocional decorrente de relações prazerosas , tanto do ponto de vista pessoal quanto daquelas decorrentes das atividades de trabalho e lazer.

- P6: Bom, na primeira aula que nós damos para os alunos no curso de medicina além de um histórico em relação a patologia e que se confunde inicialmente com a própria história da medicina, nós trabalhamos o conceito de saúde e doença: como? Damos os conceitos para eles mostrando ou tentando mostrar o que poderia ser saúde, que na verdade não é, como por exemplo, saúde é o silencio dos órgãos, onde quem não está sentindo um determinado órgão a funcionar é por que ele está bem, só que nós sabemos que a doença pode estar muito avançada e o órgão ainda não tem se manifestado. Nós fizemos sempre uma correlação relação atendimento de saúde e doença desde a Antigüidade até nossos dias, como por exemplo, em primeiro lugar o homem da pré-história sabia o que era saúde e o que era

doença? Não, mas ele sabia que saúde era bom para ele, que como ele tinha que sobreviver, ele tinha que colher, caçar ele tinha que ter saúde, então para ele era importante. Passando pela fase do divino em que aquele que seguisse as normas vigentes e geralmente colocadas pelas religiões teria saúde, aquele que se desviasse seria castigado com doença, até os pensamentos dos gregos, dos romanos, da idade média chegando até a colocação ou a sede das doenças coloca-las nos órgãos, onde nós tínhamos um órgão macroscopicamente se via macroscopicamente a doença, como no tempo... como dizia a patologia de 'Morgani' então ele via o órgão fazia correlação 'anatomoclinica', mas para ele as doenças estavam nos órgãos na medida em que aumentou as tecnologias a doença passou para os tecidos, para dentro das células com a teoria da patologia celular de Virchow e daí em diante tudo o que nós temos até hoje até chegar a ponto de poder mostrar para eles que realmente saúde é o que a Organização Mundial da Saúde propõe que é o bem estar físico, social e mental de um indivíduo, então é mais ou menos o que nós trabalhamos com saúde e doença com esses alunos. bem rapidinho, bem resumido.

- P7: A saúde, que eu tento passar para os meus alunos é um estado do melhor, vamos dizer assim, do bem estar de um psicossocial de um indivíduo inserido dentro da sociedade ou da sociedade em si mesma, nesse dois níveis, é isso que eu procuro utilizar e eu sempre procuro colocar para os meus alunos que o mais importante para um médico, ou deveria ser pelo menos, é não deixa as pessoas saírem do seu estado de saúde ao contrário do que a maioria tenta fazer que é curar os paciente e poucas vezes a gente consegue, e eu cito muitas vezes exemplos de algumas sociedades do

passado em que o médico era pago para não deixarem as pessoas ficarem doente e se elas ficavam doentes eles reduziam os salários , no Oriente tinha várias e na China e na Índia, então na realidade a saúde para mim é manter uma pessoa bem dentro de uma sociedade saudável também, esse é o ponto importante.

- P8: Tu sabes que eu tenho que te confessar que eu nunca leio muito sobre isso, eu nunca estudo muito sobre saúde esse conceitos modernos de saúde, da manutenção, da promoção, da prevenção. Normalmente por muitos anos a gente lidou muito com a prevenção das doenças, mas hoje a gente sabe que não é só isso, nós temos que manter, nós temos que promover, ter atitudes para isso também, então é mais ou menos nessa linha que eu tenho adotado não que eu seja uma grande conhecedora, acho que até ainda são teorias e a gente está tendo ver conceituar, definir o que é saúde, mas eu acho que é isso, saúde é um estado da pessoa de não apenas prevenir mais doenças que ela conheça mas ter um estado de equilíbrio emocional ou físico que ela fique assim estável e em equilíbrio com a natureza.

- P9: É isso é uma coisa complicada, que em saúde ninguém conseguiu fazer direito o pessoal ali está botando um contra pé e é meio complicado. A gente tem a noção de que... eu acho que a palavra melhor que define saúde é bem estar. O conceito clássico de saúde física, mental e geral, mas assim que a pessoa consiga viver no seu cotidiano sem se dar conta de que tem alguma coisa o incomodando, seja problema mental, físico ou outra coisa qualquer que está atrapalhando, então a gente... eu acho que tudo o que interfere no modo de viver da pessoa vai interferir na sua saúde seja lá de que maneira vai interferir, então meio (off life) não sei, mas eu acho que o conceito que eu

uso é assim uma coisa ampla e que não está relacionada especificamente com presença ou ausência de doença que eventualmente a doença pode estar presente e ela invariavelmente quando a tua saúde começa ficar perturbada ela vai acabar vindo, ela vai acabar vindo, mas eventualmente tu simplesmente está insatisfeito com teus ganhos salariais, pode ser alguma coisa que está interferindo na tua saúde de uma forma de entendimento de saúde, então tudo o que está ligado qualquer tipo de atividade da pessoa está ligado a saúde dele, então é um somatório amplo de coisas que pode eventualmente, não é pode, interfere na vida do indivíduo e que num determinado ponto pode aquilo predominar de um lado e pode o cara realmente apresentar uma doença seja lá qual o tipo de doença. Então eu acho que o conceito que eu tenho utilizado é esse aí, na realidade uma gama de fatores que pode interferir no estilo de vida da pessoa e isso aí tu podes dar o nome de saúde, um estilo saudável.

O conceito de saúde defendido pelos entrevistados, de uma maneira geral, avançou no sentido de defini-la como a ausência de doença, enfatizando a prevenção. Relacionaram-na com qualidade de vida e equilíbrio com a natureza, mas demonstrando pouca correspondência com os aspectos destacados no Projeto Pedagógico. Neste, foi preconizada a compreensão de como as pessoas interpretam seus problemas de saúde, visando novas formas de intervenção para manter gradientes desejáveis de saúde em âmbito individual e coletivo. Nenhum dos entrevistados abordou a questão da saúde incorporando a idéia de auto cuidado a ser desenvolvido através da educação para a saúde.

6.5.4 A quarta pergunta: Qual sua compreensão sobre o Projeto Pedagógico implantado?

6.5.4.1 Respostas:

- P1: Cabe aqui destacar que apesar das dificuldades iniciais relacionadas com aquilo que tinha sido discutido e o que deveria ser implantado, a UEM vem fazendo a integração dos conteúdos de forma a propiciar ao aluno uma visão de conjunto e principalmente na sua aplicação através dos casos clínicos que fornecem uma outra visão dos conteúdos, como estes se articulam entre si e como formam a base do conhecimento e as suas aplicações futuras. Outro aspecto a destacar é que na sua opinião a quebra de paradigma tem que ser traumática, caso contrário seria apenas uma adaptação. Neste sentido esta UEM vem desenvolvendo uma mudança importante na forma de ensino de disciplinas que necessariamente precisam fazer conexões para permitir que o aluno possa compreender a formação do corpo humano de maneira integral e percebam as implicações dos defeitos quando existirem e possíveis soluções.

- P2: Ah eu acho que é um projeto assim, tem dois lados: acho que é um projeto positivo que os alunos estão tendo uma seleção mais rigorosa em nível de vestibular, estão entrando só trinta alunos e eu achei que o nível do aluno melhorou um pouco, o nível, me preocupa um pouco ainda, porque a gente não sabe o resultado lá na frente, isso é uma coisa que me deixa bastante insegura pelo atropelamento assim tipo tu teres que resumires um pouco aquilo tu está dando e tem uns que tu tinha um tempo mais longo, mas ao mesmo tempo talvez isso faça com que com que ao alunos

procurem mais, eu achei eles que estão mais interessados, são alunos assim mais interessados, mais preocupados, ocupados porque eles também não sabem o resultado dessa nova implantação de ensino e isso faz com que eles estudem e procurem mais, então basicamente isso, então é uma parte boa nesse sentido além da preocupação que em quatro anos vai conseguir dar todo o conteúdo básico teórico prático e nos próximos dois anos para serem profissionais com capacitação de atender sem ter feito uma residência depois se eles vão ou não conseguir residência médica para aprofundar os conhecimentos.

- P3: Compreendo o Projeto Pedagógico como um resgate da dimensão humana do homem, na medida em que a medicina e outras áreas passaram a dar mais ênfase nas tecnologias e nas especializações, ou seja, a fragmentação do homem. O Projeto Pedagógico vem para tentar reverter este quadro no sentido da dimensão do ser humano e as relações de afetividade dos futuros médicos, inseridos no contexto familiar. Penso ainda, que tanto os alunos como alguns professores a dificuldade de ter esta visão mais abrangente das pessoas e as relações do ensino médico e as implicações no futuro profissional. Vejo as dificuldades do corpo docente médico em estar atento as mudanças propostas, em parte em questões culturais médicas de supremacia histórica desta em relação aos outros campos da saúde. Penso que o Projeto Pedagógico está muito bem fundamentado e estruturado, com uma preocupação enorme do coordenador e dos professores em implementá-lo para a superação do modelo anterior e a sua satisfação em participar deste empreendimento, apesar das resistências que constata em alguns professores e alunos.

- P4: Entrei em contato com o Projeto Pedagógico por escolha dos meus pares e por ser o coordenador. Através das reuniões convocadas pelo colegiado do curso. Houve encontro dos professores, que nunca se encontravam e as trocas de experiências de como cada um estava fazendo o ensino e a avaliação. Isto foi muito importante, a exposição precoce dos alunos em contato com os pacientes, fazendo o contra ponto da teoria.

- P5: Não na verdade eu acho que o que é complicado no começo é a nossa ansiedade de fazer a coisa certa, acho que esse é o grande problema quando você começa e houve que tem que levar adiante muitas mudanças e você não sabe quantificar isso, você não sabe quanto essas mudanças são realmente amplas, na medida que tu relaxa um pouco e nota que o que se quer, principalmente o que eu mais gostava de fazer que é esse tipo de atividade e não ir lá na frente e ficar dando discurso, mas tentar esse tipo de atividade de interação entre as partes, eu tive uma adaptação bastante fácil, vamos dizer assim, mas a grande ansiedade inicial é mas o que estão querendo mudar, então as pessoas têm um pouco de dificuldade de expor claramente o que se está querendo mudar e na verdade o que eu acabei notando assim que eu quem sabe pudesse mudar várias coisas, mas como forma de ensinar e como passar o conhecimento não muito, tanto que eu não mudei basicamente a estrutura do que eu faço, basicamente hoje eu trabalho através de discussões de casos clínicos que são os casos que eu tenho montado a sete, oito a quase dez anos, eu uso o mesmo material, só se enxugou um pouquinho mais. Acho que é muito interessante também nesse projeto, a questão das discussões multidisciplinares, mas vejo muita dificuldade, um exemplo disso aconteceu ontem a tarde, às cinco da tarde

uma colega me ligou dizendo ó amanhã eu preciso discutir o câncer gástrico com meus alunos as onze horas, tu podes ir? A resposta evidente é não, eu tenho o meu consultório agendado, eu tenho compromissos, tu tens que me avisar uns quinze vinte dias de antecedência, então eu acho que ainda é a única falha, porque me parece ser uma dinâmica ótima, a partir do momento que a gente tem a disponibilidade e a partir do momento que o professor universitário possa viver de ser professor universitário isso é fabuloso.

- P6: Como Diretor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, acompanhei o processo de transformação do Projeto Pedagógico, ficando claro que esta modificação era necessária e como já havia tentado anteriormente para ele este novo currículo retoma a dimensão humana e integral do homem, aumentando o interesse dos alunos na pessoa e não na doença, isto sem dúvida um avanço no sentido do conhecimento global.

- P7: Entrei em contato com o Projeto Pedagógico, como outros professores, em reuniões promovidas pelo colegiado do curso, que sinalizou a extinção das disciplinas e o agrupamento destas em áreas afins, com um percentual de 70% de aulas práticas e 30% de atividades teóricas e estas deveriam ser de assuntos prevalentes assumidos pela comunidade médica. A seguir, fui eleito coordenador do curso de medicina e tendo como tarefa prioritária implantar o projeto político pedagógico. Assessoriei-me do NPU e sem este teria imensas dificuldades de implementá-lo na medida que o Projeto Pedagógico desafia o professor a ter uma nova postura e essas novas posturas ele deixa de ser o dono do pensamento e do conhecimento, ele não deve mais apresentar um conhecimento acabado sem muito espaço para questionamentos e sem uma renovação muito intensa. A intensa

fragmentação do curso com mais de setenta disciplinas, baseadas nos professores e não na formação desejada. Outro desafio foi o de estabelecer o diálogo entre os professores dentro da UEM e também entre as UEMs. Outra questão do processo em o que o curso de medicina está envolvido, das incertezas a serem compatibilizadas e para isto os alunos desempenham papel preponderante na medida em que se sentem mais seguros em relação ao seu próprio aprendizado e a sua postura no enfrentamento dos problemas da profissão que estão abraçando, tendo a consciência do seu papel de transformadores da sociedade, utilizando o conhecimento como pilar desta mudança.

- P8: Bom, eu lembro que nós nem estávamos tendo conhecimento que um grupo de professores já do curso de medicina estava se reunindo para tratar desse novo Projeto Pedagógico, era um grupo de colegiado do curso de medicina que fez estudos e discussões por muito tempo e quando num determinado momento acharam por bem mostrar aos demais professores do curso, isso deviam deviam ser seis ou oito professores, aí mostraram para os restantes que eram cento e tanto que ia ter esse novo Projeto Pedagógico, aí nesse ponto eu achei uma falha, porque quando a discussão é mais geral tu talvez fosses absorvendo melhor o Projeto Pedagógico, tu fosses interagindo com os colegas, ir se habituando com esse novo Projeto, então eu achei mesmo que o Projeto foi implantado de cima para baixo, essa a minha visão. Eu não tenho problema nenhum, porque eu me adapto fácil com a situação e de fato esse grupo, do colegiado, estava preocupado porque a performance dos alunos nas provas de qualificação lá da AMRIGS não estavam boas, como não continuam estando, aqui no curso de medicina

em Caxias. Se bem que nós estamos até mais ou menos bem classificados no país inteiro a média como um todo no Brasil é muito baixa, então isso não é o que a gente gostaria que fosse. Então de qualquer maneira a implantação aconteceu mais ou menos desse jeito. Quanto ao Projeto eu acho que é um Projeto bem avançado que pode trazer conseqüências boas para o curso o para o futuro profissional, mas requer um esforço grande de nós professores e está sendo complicado de fazer a interdisciplinaridade que a gente estava muito acostumado a trabalhar sozinho, fechado e agora nós somos uma unidade, então está sendo bem difícil de fazer essa interação em algum momento a gente consegue em outro a gente não consegue, mas nós estamos tentando ao menos fazer essa relação, nós aqui da parte mais básica do curso, parasitologia, já estamos tentando fazer algumas interações com a clinica também. A nossa Unidade não é só parasito e micologia tem microbiologia, virologia e imuno, então nós tentando intra UEM e inter UEMs a fazer essas associações e acredito que a gente vai amadurecer, mas vai levar um tempo.

- P9: A minha participação no Projeto Pedagógico deu-se antes, criando condições para o desencadeamento da transformação em função das dificuldades existentes entre os alunos, exemplificadas pela saída destes para estágios fora de Caxias do Sul. Reconheço os avanços do Projeto Pedagógico principalmente no sentido de uma visão mais global do paciente. Mas na minha visão não atingiu totalmente este objetivo porque as coisas deveriam ocorrer com uma estruturação da parte clinica em cima do ciclo vital e não em cima de sistemas preferiria que este fosse por ciclo vital, com ocorre na Pediatria. Outro avanço é a essa visão da Atenção Primaria, pois

os alunos estão entrando em contato com médicos que atendem as famílias, vendo o atendimento dos pacientes, enfim vendo o mesmo médico fazendo várias coisas e isto é um grande avanço.

Todos os professores entrevistados foram unânimes em afirmar a necessidade premente de mudança do curso de medicina em função de o projeto anterior estar defasado e não atender às demandas dos alunos e, principalmente, pelo desempenho destes nas avaliações externas.

Para os entrevistados, um dos aspectos mais relevantes do Projeto Pedagógico foi a quebra de paradigma da idéia de doença para a idéia de saúde. Talvez neste ponto residiram as maiores dificuldades de mudança da cultura médica existente, na medida em que os docentes precisariam ter uma postura distinta daquela a que estão habituados a trabalhar, onde construíram seus referenciais teóricos, suas maneiras de encarar o atendimento de pacientes, suas performances como professores detentores do saber e acostumados a ditar as regras do ensino e da aprendizagem.

Uma das discordâncias enumeradas disse respeito à forma de implementação do Projeto Pedagógico, que foi imposta e não discutida, na opinião da maioria dos entrevistados. Como consequência, gerou o aumento das resistências e as dificuldades inerentes ao processo de mudança. Outra crítica foi à opção do ensino em torno de áreas médicas agrupadas por aparelhos e sistemas do corpo humano, numa visão mais dissociativa e tecnicista, oposta àquela humanista que considera o ciclo vital das pessoas. Entretanto, todos destacaram os grandes avanços do Projeto Pedagógico em relação a visão mais humana e integradora das pessoas com as quais os alunos irão trabalhar; a questão da interdisciplinaridade; ao incentivo do trabalho em equipe e da maior integração dos docentes tanto intra UEM como inter

UEMs. Defenderam a exposição precoce dos alunos junto às pessoas, famílias e contextos comunitários diferentes daqueles a que estão habituados, como medida fundamental para o enfrentamento das situações do cotidiano, assim como o deslocamento do cenário de ensino primordial – o hospital escola – para outros cenários pertencentes à rede de saúde. Salientaram ainda, o papel preponderante dos alunos na construção do seu próprio conhecimento, assim como para a sustentação e não reversão do processo de implantação deste Projeto Pedagógico.

6.5.5 A quinta pergunta: Exemplificar a sua prática pedagógica frente às novas demandas do Projeto Pedagógico em implantação.

6.5.5.1 Respostas:

- P1: O processo pedagógico estabeleceu que os professores sem reunião não poderiam continuar. Mas tem professores que não vem, isto é problema deles, pois o que foi resolvido é implantado e quem não vem vai lambendo sabão. Grande pedagogia os encontros de atividades, que são a cada 15 dias. Estruturou geneticamente fez nascer embriologicamente então nasceu tem botar as células, tem que botar a histologia, tem botar a genética da coisa que é bastante mesclada para depois vir a morfologia. Eu acho que onde entra campo temático entra autoritarismo. O PP da UEM morfológica teve esta vantagem de fazer os professores discutirem o currículo e não só a carga horária. Sessenta a 70 % do conteúdo bem elaborado, fazendo um verdadeiro elo. Depois o reflexo o caso clínico 2, 3 4 casos referentes aquele passado. O projeto da UEM morfológica é uma coisa muito complexa pq o sr pega o aluno xx, um aluno que nunca escreveu uma carta de amor e ele não

vai poder usar nada a não ser os seus neurônios e o seu oponente do polegar ele vai ter que escrever o caso clínico vai ter que por o português instrumental no papel se não, ele vai ter que fazer relatórios, relatórios para o juiz, descrição de cirurgias, começa aqui, e isso é trabalhoso para o professor mas muito gratificante Não quero ser alpinista de título, entende, então nós temos agora uma visão do novo professor e ao mesmo tempo estamos preocupados com algumas coisas pois nós temos pessoas entende pois temos colegas que tem título e não sabe operar ou melhor o produto dele é me chamar para ajudar a operar. Preocupa-me a hipertrofia titulatória vai fazer com que todo mundo e isto são da natureza humana vá para a pesquisa e ninguém quer enfrentar o aluno. Uma diferença muito grande esse distribuidor de idéias e semeador de idéias. Esses campos de trabalhos nós precisamos de um novo médico eu não concordo, nós temos que resgatar o médico do passado eu fui médico de família. O médico comprometido com o social é uma coisa extremamente importante que ou aqueles momentos da especialização a baniram. Na verdade quando foi nos apresentado esse novo projeto, como eu disse, nós temos que ter tempo é uma turma nova, tinha uma turma de trinta alunos e agora entrou mais um, mais trinta que tem que ser outro dia e outro horário, isso foi colocado para o grupo da cadeira e ninguém tinha disponibilidade, ninguém tinha disponibilidade para outro dia e nem outro horários, então de volta levamos ao coordenador e ele nos solicitou que nós indicássemos professores para isso, para esse período de transição que são três turmas, seriam três períodos e duas depois ia ficar uma turma, mas não teria problema e nós indicamos professores, indicamos e eles solicitaram a graduação, a titulação

dessas modalidades e nós conseguimos dois professores para assumir a nova UEM, no período de transição, seria temporário durante três semestres e para a nossa surpresa no primeiro dia de aula da nova UEM nos foi comunicado que eles não seriam mais contratados e nós teríamos que assumir, então tu imaginas do jeito que dá. Nós temos dado aula no mesmo dia, porque ninguém tem outro dia, não tem outro horário disponível, é claro em salas separadas e enquanto um professor dá para um grupo o outro dá para outro os assuntos são os mesmos, e quanto ao convite de inserção de outros professores na cadeira para participar foi colocado para alguns que não havia compatibilidade de horários que foram divulgados, mas nós temos alguns lá professores que vem em duas cadeiras radiologia, diagnóstico de imagem, tem um professor lá que vem dar essa aula e um para a biologia também, mas basicamente continua a parte teórica e a parte prática semelhante ao período do grupo anterior, eu acho que não mudou. O que mudou? Que nós não temos mais alunos do quarto quinto ano, como nós tínhamos antes um quarto ano que já tinha uma base dentro da cadeira, nós temos alunos do segundo, terceiro semestre, os outros são alunos que precocemente já tem um contato com o paciente.

- P2: Bom, a nossa disciplina já vinha como disciplina trabalhando setenta por cento prática e só trinta por cento teórica, então pra nós não mudou muito, na verdade nós só tivemos uma modificação muito grande em nível assim de novas tecnologias, o que houve foi assim: nós tínhamos só propedêutica, hoje nós temos a propedêutica que foi médica da clinica médica, mais a psiquiátrica na relação médico paciente, mais a parte de imagemnologia com a radiologia, então houve uma interação entre outros profissionais e pratico

assim acho que nós estamos trabalhando muito a pratica , na verdade a gente tem assim, acho que hoje nós estamos com quase uns setenta e cinco por cento com certeza de aulas praticas e apenas... tanto que nós estamos com um bate papo teórico por semana de quarenta e cinco minutos, todo o resto da carga horária é dividida em pratica e nessa pratica a gente tem a intenção de elaborar o máximo possível com eles, toda o desenvolvimento propedêutico e acho que isso não mudou muito porque nós já estávamos com essa função mesmo antes da implantação do novo sistema, não houve assim uma mudança radical, houve uma adaptação mais pratica, grupos menores de alunos, também modificou a maneira de avaliação não está se avaliando a coisa antiga de se fazer só prova teórica, por exemplo, nós até temos um aprova teórica de avaliação dos conhecimentos, mas também nós estamos avaliando a participação, a presença, as anamneses os questionamentos, então se discute bastante tudo isso, está a nossa UEM exatamente avaliar esse aluno de uma forma global e não fracionada.

- P3: Assim na minha prática não só pensando agora em atividades de ensino, eu acho que uma coisa que eu procuro fazer contigo e com o José Mauro que no começo eu acabei fazendo mais assim fui ter acesso a alguns textos que vocês utilizam e, porque eu tento remeter muito assim ó como eu mais ou menos tenho uma idéia do que vocês me fazem procuro remeter aos alunos, ah lá foram visitar uma família e tal o que aconteceu, daí eu vou trabalhar a comunicação, a percepção, então eu procuro sempre estar remetendo ao que acontece nas aulas de vocês, por exemplo, que é onde eu tenho maior circulação, os outros professores a minha circulação é zero, com o Dagoberto a gente circula legal mas a gente não tem, que ele tem

introdução a medicina e aí ele trabalha algumas coisas por exemplo, a morte que eu acabo trabalhando também, então às vezes a gente consegue se falar ah eu estou trabalhando isso e aí eu remeto aos alunos, então eu procuro e eu se eu tivesse mais espaço, gostaria com outros professores também ter essa noção maior das coisas e de que a gente pudesse de que outros professores também ah vocês viram a tal coisa para a tal aula, lá por exemplo quando os alunos vão estudar semiologia que examinam o paciente quanta coisa que eu já trabalhei com os alunos eram outros semestres, que se o professor soubesse que eu trabalhei e poderia muito bem fazer ligações com os alunos, a Paula, lembram que vocês viram a tal coisa com a Paula então a gora como isso vai se refletir aqui no momento da anamnese, por exemplo, só que claro eu não tenho cara de chegar para o professor e dizer, professor, olha aqui o que eu fiz vou estar eu dizendo enfim, me mostrando para ele, acho que isso poderia partir... eu gostaria que houvesse esse tipo de contato, esse tipo de espaço. E em termos de atividade Felipe assim: pensando no aluno no projeto pedagógico que vai prever um aluno que seja crítico que se posicione, que pense, então eu procuro ter atividade de ensino que favoreça o aluno não seja um reprodutor daquilo que eu digo, então assim seja uma dinâmica de grupo, claro que eu não faço isso sempre se não eles levam também acabam achando que é brincadeira, mas assim as atividades que eu planejo mesmo podendo ter algum momento usando um texto como referencia porque isso é importante, usando uma explicação minha como referencia, mas eu sempre procuro proporcionar um espaço e uma atividade, seja em forma de trabalho escrito, seja na forma de apresentação oral, em que ele pensa, em que ele se posicione, em que ele critique e que ele possa

estar refletindo e aí sempre remetendo essas questões da humanização, então isso é o que se reflete... com certeza se eu não tivesse noção do projeto pedagógico, provavelmente as minhas ações seriam diferentes e poderia a não vou dar tal coisa hoje vou lá e vou falar e está dado o conteúdo e não é isso que eu faço, por ter essa noção do projeto pedagógico eu sempre procuro voltar as minhas ações pra isso, para a aprendizagem do aluno enquanto um ser pensante, crítico. Trabalha fazendo correlações daquilo que estão vivenciando em outras UEMs em termos de comunicação e as percepções dos alunos nas atividades de acompanhamento das famílias e em outras atividades como por exemplo temas como a morte para uma reflexão maior e o estabelecimento de pontes com o futuro profissional.

- P4: Não houve mudança significativa na forma de funcionamento da UEM, teve sim um número menor de alunos, de semestre mais cedo, um maior rodízio dos alunos entre os professores e uma precocidade da exposição destes alunos aos pacientes e as situações desenvolvidas nesta UEM.

- P5: Na verdade o que eu fiz foi reduzir o número de aulas expositivas com as quais eu começava o semestre, porque o sistema que eu tinha a minha disciplina organizada era assim, considerando que eu tivesse quinze aulas a dar, eu fazia cinco aulas expositivas e faço dez aulas que são as discussões de casos que são as principais topografias de câncer, câncer de pulmão, câncer de mama e assim por diante, sempre abordando um caso de doença inicial, um caso de doença evolução intermediária e um caso de câncer metastático, como forma assim de mostrar aos alunos como manusear cada uma dessas situações em oncologia. E sempre usei fazer as primeiras cinco aulas de forma expositivas até porque são assuntos que eu acho que é difícil

para o aluno preparar como por exemplo assim, como o aluno vai preparar conceitos gerais de radioterapia, ele vai precisar ler duzentos páginas de um livro e ter uma vivência de cinco a dez anos para poder, então é um pouco complicado, acho que essa é uma aula que tem que ser expositiva, assim como conceitos gerais de quimioterapia e coisas que se faz conceitos gerais de câncer e por aí vai. O que eu acabo fazendo então, o que eu acabo fazendo é usando essas cinco primeiras aulas e já tendo aos alunos os casos clínicos que nós vamos discutir a partir da sexta aula, dar tempo a eles para que não preparem esse material, mas que comecem a já preparar os casos clínicos para que cheguem com eles prontos e é o que estou acontecendo agora exatamente nessa fase com todos os meus alunos eu não tenho mais nenhuma aula expositiva até o final do semestre. Então ficou claro que essa estratégia era a estratégia desejada pelo projeto pedagógico, então me deixou bem relaxado quando eu estava fazendo dessa forma.

- P6: A modificação ocorreu numa maior integração das atividades teóricas e práticas e um tutoramento dos professores junto aos alunos propiciando um trabalho conjunto no aprendizado, uma discussão dos assuntos e o esclarecimento das dúvidas surgidas. outros aspectos a destacar são as inserções em outras UEMs, integrando os conhecimento da patologia com a clínica ou problemas apresentados. O que nós fazemos hoje: antes nós tínhamos dois horários de atividades teóricas por semana terças e quintas e agora o que nós temos: atividades teóricas nas terças-feiras, uma atividade teórica na terça-feira, dois créditos e depois para um grupo nós temos mais quatro créditos, onde nós trabalhamos aqui na nessas salas ou nas salas de microscopia ou lá embaixo nas salas de necropsia mostrando peças e coisas

assim para eles, nós trabalhamos não só os conceitos naquilo que a gente viu na parte teórica, mas novos conhecimentos, então não mais fazendo um teórico, mas um teórico prática, trabalhando mais diretamente com o aluno, com um ensino mais tutorado com eles, nós temos quinze alunos por grupos de atividade que não é aquela formal teórica e nós somos em dois para trabalhar com esse alunos o professor Eduardo Serafini e eu e nós vamos nos revezando com eles, tu vê aqui nós temos três salas para estudos, então eles ficam aqui e nós ficamos trabalhando com eles ou na sala de macroscopia ou também lá embaixo na sala de necropsia, então o ensino que obriga ele a procurar as coisas, a estudar mais e não simplesmente receber, nós entregamos material para eles, discutimos com eles aquilo que nós entregamos, eles lêem, eles estudam, eles perguntam e nós vamos dentro do possível esclarecendo as dúvidas deles, então para nós a modificação foi o fato de nós trabalharmos mais diretamente com o aluno e não simplesmente como docente, aula magistral aqui pronto e acabou.

- P7: A introdução à medicina é uma UEM de dois créditos dos alunos do primeiro semestre ela é dividida em três grandes momentos: um primeiro basicamente é uma UEM de discussão e de troca de experiência entre os alunos e eu, no primeiro momento, que demora mais ou menos um mês ou um mês e pouco dependendo da maturidade da turma, a gente procura fazer uma mudança de concepção de como estudar e de o que eu estou fazendo na universidade. O que a gente estuda basicamente, valores que um médico deve ter, nós escrevemos uma missão para a turma de qual é a visão de médico que eles querem ter, porque é isso, a gente trabalha a importância de valorizar as palavras para que elas sejam exatas, porque não tem outra

maneira de a gente poder pensar a não ser com exatidão, começo a introduzir alguma necessidade deles prestarem atenção em filosofia e outras coisas desse tipo para que eles sejam médicos diferenciados e começo a tentar implantar com eles trabalhando em paralelo com alguém de vocês, conceitos de saúde, de doença, o que é mesmo medicina e como qualquer um entrou... a maioria dos jovens não sabe muito bem o que é que está acontecendo com ele naquele momento, então esse momento é um momento de reflexão. A segunda metade do semestre nós passamos a trabalhar basicamente com a relação médico-paciente e sociedade e nós começamos não de uma maneira técnica, mas eu tenho que despertar a necessidades deles do sentimento dos pacientes que tem que ser sanados por eles ou tem que ser resolvidos de uma maneira humana, uso alguns filmes para isso e a terceira parte do semestre eu tento mostrar para eles que eles conseguem que com aquilo que eles estão treinando serem realmente ativos, eficientes e eficazes, então nós fazemos discussões de caso de edema de pulmão, embolia pulmonar, câncer de alguma coisa... o que eu procuro fazer, eu procuro que eles utilizem os conhecimentos que eles têm de anatomia e histologia para fazer esse tipo de diagnostico, como eles conseguem, isso dá uma segurança bastante grande para eles de que realmente está servindo para alguma coisa, no sentido deles pegarem segurança, essa é um momento. Nós fizemos um desenho de que os alunos foram divididos em quatro turmas práticas e praticamente o contato que nós temos com eles são as atividades práticas, porque como os créditos teóricos são por epidemiologia definidos, então o que a gente vê na realidade, tem um encontro de doenças pulmonares crônicas teóricas, um encontro sobre

asma crônica, um encontro sobre câncer de pulmão, um encontro sobre embolia pulmonar e mais um encontro de pneumonia dividido entre os outros pneumologistas que dão tem pouco encontro teórico, então a gente trabalha mais na prática, tem uma manhã inteira para trabalhar. A minha maneira de trabalhar é a seguinte: nós vamos ao hospital ou ambulatório e os alunos eles na primeira parte da manhã., na primeira parte da manhã eles têm o primeiro contato com o paciente e vão lá e fazem a história e o exame físico mais ou menos em quarenta minutos em duas turmas normalmente que vai quatro alunos para cada lado, porque não adianta dividir em muitos porque depois não vamos conseguir unir no fim ao final desse quarenta minutos eu passo e reviso a história do exame físico com eles e discutimos erros ou acertos, saímos dali e vamos à biblioteca, vamos à biblioteca do hospital esperamos uma hora, uma hora e pouco para trabalhar no início eu dou um diagnóstico e eles vão estudar aquilo que eles viram e vou ver depois eu não dou mais diagnóstico, eles vão ter que descobrir o que eles viram, então e eles devem ler em livros textos e eles ficam uma hora mais ou menos eu fico lá... no começo eu ficava todo tempo junto e olho que isso fica ruim para eles, porque eles não conseguem se concentrar porque existe um professor, então eu dou uns cinqüenta minutos e volto e pergunto se tem alguma dúvida, ao acabar aquilo nós voltamos para uma sala aí com os exames dos pacientes e discutimos os casos e assim se passa a manhã. A avaliação que eu faço, tem uma avaliação teórica que é uma prova que não é dou a contribuição, dou as perguntas, mas a avaliação mesmo principal é uma avaliação que é feita todos os dias em formação e também uma avaliação somativa, somativa por perguntas que são feitas, eles sabem que em cada

uma das aulas algum deles está sendo avaliado de uma maneira mais precisa e por tanto eles e assim que é feita a avaliação.

- P8: Eu tenho trabalhado os alunos eminentemente de forma prática, ou seja, nós vamos para uma enfermaria vemos uma criança, conversa com a mãe eu mando eles conversarem com a mãe depois de receber uma orientação teórica rápida no primeiro encontro, eu tenho um encontro teórico com eles e aí eu dou uma visão geral fundamentalmente dentro do meu objetivo que é mostrar as diferenças da abordagem da criança e do adulto que eles têm que enxergar a abordagem da criança com ênfase no crescimento, então cada caso a gente avalia o crescimento e o desenvolvimento da criança e diretamente nas enfermarias, na emergência para ver alguns casos adultos para pode enxergar mais sinais ligados a criança e sempre discutindo com eles, eventualmente, eu envolve eles mesmo que estão numa fase inicial numa discussão de caso para eles enxergarem a finalidade daquilo que eles estão vendo, por exemplo eu vou fazer um round na emergência com os residentes, doutorandos e esses alunos da semiologia, então eles enxergam porque o cara tem que coletar os dados corretamente porque ele vai ter que fazer um diagnóstico mesmo que ele não entenda ainda. Todos os passos, mas ele entendeu o processo do exercício da medicina, então eu tenho trabalhado dessa maneira que eu acho que o que a gente tem que fazer ao ensinar é procurar imitar como nós trabalhamos como médicos, eu acho que a grande diferença é não ficando dando aula de como examina o tórax, como se examina o abdome, não é mostrar para eles ó aqui tem um fígado bota a mão aqui, bate em cima da mesa para tu aprender eminentemente prática, mas procurando mostrar a

finalidade de o por que ele está aprendendo aquilo, o por que ele tem adquirir aquela habilidade que na verdade tu mostrando para ele habilidade, o conhecimento é meio restrito nessa área, vamos dizer assim, mas tu tens que adquirir habilidade como sendo fundamentais para ele na minha ótica, quando tu aprendesses eu até por uma própria experiência pessoal de um dos melhores professores que eu tive na minha vida foram os da semiologia, isso foi de fundamental importância para a minha prática médica, eu aprendi a importância disso, eu nunca abandonei isso, quer dizer, eu nunca deixei de medir pressão arterial de criança.

- P9: Houve significativa mudança nesta UEM em relação ao trabalho integrado dos professores, a construção de sessões clínicas com professores de outras UEMs para fazer as inter-relações dos conhecimentos adquiridos e as suas aplicações com as pessoas doentes, portadoras de algum elemento estranho ao organismo, suas defesas, a doença e as formas de tratamento. Também cabe destacar a preocupação com as normas de bio-segurança no ambiente hospitalar, sua importância e a real necessidade dessas em relação ao cuidado prestado às pessoas. O aluno consegue perceber a aplicação do conhecimento discutido, tornando-se uma aprendizagem significativa. Olha a gente consegue fazer uma interação muito boa nas aulas iniciais que seriam assim das ações do parasita sobre o hospedeiro e das defesas dos hospedeiros contra esse ataque, então aqui nós conseguimos desenvolver a imuno, a parasita, a mico, a micro, a virologia de uma forma bem objetiva nessa parte. Tem uma parte também da bio-segurança que também importante, o descarte dos subsídios que é sólidos, líquidos que fazem de diferentes setores da saúde que envolve a

medicina em todas as disciplinas, acho que nesse sentido a gente tem conseguido, intra UEM a gente tem conseguido conciliar. Inter UEMs nós temos feito algumas situações assim de mesa redonda sobre toxoplasmose em que a gente chama.... nós fazemos uma parte da parasitologia, por exemplo, e falamos sobre a parte dos ciclos, da transmissão e do diagnóstico e vem assim um obstetra fala sobre toxo congênita, o pediatra, o oftalmo, o clínico, cada um na sua especificidade enfim explica alguma coisa da toxoplasmose, isso é uma coisa que o aluno aproveita muito, os alunos participam também, eles são obrigados a ler o assunto antes de vir para estar mais inteirado. Faz-se também uma coisa prática, depois de eles terem um certo conhecimento, uma visita ao Hospital Geral em que eles vão acompanhar um round com um professor, em que eles vão descrever para o grande grupo uma aula um caso clínico que eles observaram, então eles fazem a descrição, eles têm que estudar sobre o parasito, sobre o fungo, sobre a bactéria que está afetando aquelas pessoas, em fim, eles tem que fazer uma apresentação desse tipo. Na parte inicial também tem uma sessão bastante interessante onde eles visitam vários setores do Hospital Geral para ver como é feito o controle do microbiano, como eles fazem higienização em diferentes setores, eles são distribuídos em grupos e visitam vários setores do Hospital Geral, então isso também é alguma coisa bem integrada que envolve todos os organismos e a parte da bio-segurança.

Algumas UEMs vêm fazendo a integração dos conteúdos desenvolvidos de forma a propiciar aos alunos uma visão abrangente e de conjunto dos mesmos e, principalmente, sua aplicação no exercício futuro da profissão. Um exemplo disto é o estudo dos casos clínicos, cuja abordagem é capaz de fornecer uma outra visão das

informações teóricas da literatura, como estas se articulam entre si e como podem ser aplicadas quando confrontadas com a realidade das pessoas que necessitam do cuidado à saúde. Esta constatação da complexidade de fatores que envolvem a saúde sensibiliza para uma escuta diferenciada das pessoas, promove a integração dos conhecimentos e permite a proposição de intervenções em educação para saúde. Além de incorporar o auto cuidado, paralelamente, discute aspectos relevantes do hetero cuidado, da elucidação diagnóstica e do tratamento, levando em conta todos os aspectos da pessoa e seu contexto. Da mesma forma, reforça a importância dos aspectos preventivos do cuidado à saúde e, conseqüentemente, das novas demandas que surgirão a partir daí, viabilizando a construção de ferramentas (competências) que permitam encarar os desafios advindos do cuidado integral e compartilhado.

Outras UEMs apenas se adaptaram, aumentando as atividades práticas e a exposição precoce dos alunos ao encontro com pessoas doentes e/ou necessitadas de ajuda. Desta maneira, demonstraram um entendimento parcial da proposição do Projeto Pedagógico no que diz respeito às competências que devem ser desenvolvidas pelos alunos.

Outro aspecto importante destacado referiu-se à necessidade de quebra de paradigma de maneira não traumática, sob pena de constituir-se apenas numa adaptação. Neste sentido, a maioria das UEMs vem desenvolvendo uma mudança importante na forma de ensino das disciplinas, que necessariamente precisam fazer conexões para permitir que o aluno possa compreender a formação do corpo humano de maneira integrada e perceber as implicações dos problemas, quando existirem, e suas possíveis soluções. Aliado a isto, devem assimilar a concepção de

homem como sujeito de sua existência, permitindo-se uma interlocução privilegiada, de congregação de saberes e depositário de enormes esperanças.

Nesta perspectiva, a integração dos professores passa a ser fator preponderante na implantação do Projeto Pedagógico, pois o diálogo permanente permite visões diferenciadas e complementares das diversas possibilidades da atuação profissional, do entendimento das pessoas e da construção de processos de cuidado mais adequados, personalizados e completos, ao longo do tempo, mantendo o foco na resolutividade.

6.6 Síntese comparativa entre os docentes executores

Nas entrevistas com os docentes executores das UEMs implantadas, no quesito ser professor, muitos entrevistados revelaram preocupações com a transmissão de conhecimentos atualizados, deixando perceber a influência do modelo de professor centralizador do conhecimento. Ainda assim, alguns expressaram a necessidade de descobrir os saberes prévios dos alunos.

Contrariamente ao que preconizou o Projeto Pedagógico, não deixaram muito clara a preocupação com o compartilhamento de saberes, mostrando-se bastante apegados à forma de ensino de transmissão unidirecional dos conteúdos. Paradoxalmente esperam que os alunos sejam capazes de transformar a sociedade em que estão inseridos, ainda que não relacionem adequadamente este resultado com o tipo de ensino praticado. Quanto ao compartilhamento de saberes propriamente dito, mostraram-se despreparados para explorar adequadamente a exposição precoce dos alunos às pessoas sob cuidado, como se apenas esta mudança significasse uma modificação importante no tipo de aula ministrada. Ficou

evidente uma confusão quanto a determinar o que são mudanças de forma e o que são mudanças de conteúdo. Tornar simultâneo o contato de conteúdos teóricos com situações práticas desde o início do curso, constituiu-se numa importante mudança de cenário ou de forma, sem implicar numa alteração do tipo de abordagem da situação por alunos e professores, já que no modelo de ensino tradicional este contato entre teoria e prática também acontece. Importa saber se quando professores, alunos e pessoas que necessitam de cuidado estão reunidas, existe um fluxo multidirecional de informações demonstrando a valorização de todas as fontes de saber; caracterizando, aí sim, o compartilhamento do conhecimento. Esta postura, entretanto, não pareceu estar adequadamente assumida pelos entrevistados.

No conceito de saúde evidenciaram claramente uma abrangência maior das preocupações com o meio ambiente, embora não relacionassem satisfatoriamente esta macro visão com o auto cuidado. Através de seus discursos, deixaram entrever a apropriação dos fundamentos teóricos do projeto, limitados na execução deste, pelo despreparo específico para a docência. A idéia de auto cuidado defendido no Projeto Pedagógico, ainda que em nota de roda pé, implica em mudanças estruturais e, portanto, também metodológicas no ensino pretendido. Esta profundidade parece não ter sido alcançada pelos executores até o momento da finalização da pesquisa.

Em relação ao Projeto Pedagógico, as maiores críticas são direcionadas para a forma de implantação e não do conteúdo propriamente dito. Existiu uma unanimidade quanto à necessidade de um projeto pedagógico adequado as circunstâncias atuais de prestação de saúde e suas demandas. Os avanços por todos salientados disseram respeito à percepção do homem como sujeito de sua

saúde, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e a maior integração dos docentes tanto intra UEM como inter UEMs. Também existiu um consenso na exposição precoce dos alunos junto às pessoas, famílias e contextos comunitários diferenciados do hospital escola e ambulatório central, exclusivamente.

A implantação do Projeto Pedagógico, através das UEMs já desenvolvidas, segue dois grupos bem distintos: as que fizeram transformações radicais no processo de ensino médico e as que apenas procederam a adaptações sem mexer na estrutura básica. As transformadoras vêm tendo dificuldades maiores na elaboração das estratégias de ensino, mas percebendo resultados alentadores desta empreitada, enquanto aquelas UEMs que apenas se adaptaram, visualizaram a exposição precoce dos alunos à prática médica como avanço um do Projeto Pedagógico.

A real e sentida necessidade de integração entre os docentes, assim como da instrumentalização pedagógica fizeram parte do rol apresentado por todos eles no encaminhamento do processo em curso.

Como todos têm em mente que este trabalho está apenas iniciando nas soluções, dando os primeiros passos na transformação para o ensino médico desejado, as correções de rumo devem fazer parte constante da atenção de todos os envolvidos. Portanto, faz-se necessário um constante olhar crítico ao que foi feito, tanto quanto o estímulo à capacidade de seguir almejando novas transformações com vistas a valorizar o homem e a vida na terra.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Considerações sobre os resultados obtidos

Embrionariamente, o Projeto Pedagógico foi concebido como uma tarefa a ser executada por dois grupos distintos de pessoas – os proponentes, incumbidos de delinear um projeto de ensino que atendesse às demandas identificadas e os executores, com a exclusiva tarefa de inserir na realidade as mudanças idealizadas.

Embora a fundamentação teórica do Projeto Pedagógico tivesse um cunho interacionista, a divisão original do trabalho em dois grupos com tarefas distintas, revelou uma profunda assimetria e uma verticalidade na condução do trabalho, evidentes nos discursos dos entrevistados e nas dificuldades denotadas no decorrer da pesquisa.

Dentre o universo dos entrevistados, apenas um dos proponentes médicos também fez parte do grupo dos executores, ainda que nesse grupo sem uma tarefa específica de comunicar a visão dos momentos distintos do trabalho.

Ao fazer a apreciação das entrevistas dos proponentes individualmente, depois comparativamente, e o mesmo processo com os professores executores que estão implantando o Projeto Pedagógico, foi possível tecer alguns comentários.

O Projeto Pedagógico implantado em 2003, sem dúvida nenhuma, apresentou na sua concepção aspectos inovadores e de uma profunda transformação do perfil do egresso do Curso de Medicina. Esta nova proposta resultou do esforço do Colegiado do Curso, assessorado por uma pedagoga e tendo outra pessoa do Núcleo Pedagógico da Universidade como responsável por acompanhar e assessorar os professores da Medicina no processo de implantação do Projeto Pedagógico.

Mesmo dentro do grupo dos proponentes existiu uma percepção diferenciada do contexto de saúde e seus problemas, assim como das soluções vislumbradas, evidentes entre as colocações dos médicos e da pedagoga, principalmente no que se referiu a visão de ser professor.

Outra diferença fundamental entre os proponentes disse respeito ao trabalho de sensibilização das idéias materializadas no Projeto Pedagógico, sendo que a proponente pedagoga preconizou uma maior valorização do trabalho preventivo no sentido de despertar a consciência dos envolvidos na execução do Projeto. Um dos proponentes médicos defendeu que o trabalho de sensibilização poderia ser feito após a definição das modificações reunidas no Projeto Pedagógico, com vistas principalmente a implantação, considerando a inevitável ruptura entre modelos de ensino médico, a partir do Projeto.

Os médicos professores, com exceção de dois, não tiveram preparo formal para exercer a docência. As suas práticas pedagógicas derivaram de seus

preceptores da Residência Médica. Mesmo os que cursaram Mestrado e Doutorado, pouco acrescentaram de suas titulações ao seu desempenho docente.

O discurso dos executores médicos evidenciou sua concordância com a proposta do Projeto Pedagógico e sua preocupação com a qualidade da implementação, quando reconheceram a necessidade de instrumentalização específica para a docência, disposição para uma integração maior entre eles e um tempo maior de dedicação ao ensino, medidas que só poderiam ser viabilizadas pela Instituição.

Dentre as colocações dos executores apareceu uma genuína preocupação em aliar as experiências cotidianas da clínica médica com o ensino, no sentido de manter o vínculo com a realidade de saúde a ser construída a partir da sala de aula, através de uma docência qualificada.

A assessoria pedagógica, tanto a que ajudou na formulação quanto a que estava fazendo a assessoria até o final da pesquisa, teve uma clareza muito grande sobre as transformações propostas e a mudança do perfil do egresso do curso de medicina – mais alinhado com a visão do usuário de saúde – diferentemente dos médicos que se situaram de maneira dicotomizada na outra ponta do sistema.

Provavelmente por não apresentarem o viés de formação dos médicos, levados a modificar substancialmente suas práticas de ensino, as pedagogas mostraram maior coerência com os novos objetivos e proposições do Projeto Pedagógico.

7.2 Conclusões

Após o primeiro contato com o Projeto Pedagógico, como um dos envolvidos com o compromisso de viabilizá-lo nos aspectos pertinentes a Atenção Primária à Saúde, interessou-me observar de forma mais profunda e sistemática as mudanças que resultaram na concepção do mesmo e aquelas necessárias à sua implementação.

Tenho consciência das limitações do pesquisador participante, descritas por Vieira Pinto (1979), em ser simultaneamente investigador e um dos elementos do problema investigado. Entretanto, foi possível manter uma permanente atitude de vigília em relação à observação da situação encontrada, compartilhada com a visão de Maturana e Varela (2003).

Não obstante, como observador participante e crítico das práticas profissionais e de ensino médico, percebi as prováveis dificuldades que o Projeto Pedagógico teria para ser implantado na sua plenitude, considerando o modelo de formação – a escola médica tradicional – da maior parte dos envolvidos tanto na concepção como na execução do mesmo, quer como professores, quer como integrantes do Colegiado do Curso de Medicina ou mesmo do staff diretivo da Universidade.

A Atenção Primária à Saúde vem sendo defendida pela Organização Mundial da Saúde desde Alma-Ata em 1978 e posteriormente referendada pela Carta de Lubiana em 1996, para construir a base conceitual da Atenção Primária dos serviços de saúde.

Sob a perspectiva acadêmica, o Projeto Pedagógico, tal qual foi concebido, seguiu as orientações determinadas pelas Diretrizes Nacionais Curriculares para os

Cursos de Medicina Brasileiros, refletindo de uma maneira geral, autores como Lampert (2002), Gonçalves (2002), Almeida (1999) e Feuerwerker (2002), assim como minhas convicções sobre a abordagem do ensino médico que responde às verdadeiras demandas de saúde atuais.

Como manifestação concreta, o Projeto Pedagógico materializou a aproximação entre os extremos representados pelo modelo de saúde vigente e a percepção crítica de suas contradições e ineficácias, e o modelo ideal a ser criado para dar conta destas demandas – a dicotomia entre realidade e utopia – como apresentei anteriormente. A idéia de utopia como tal, ou sua tradução como necessidade imperiosa foi partilhada inequivocamente entre os proponentes, independentemente de sua formação acadêmica original. Na disposição de criar uma alternativa de solução, todos eles, no conteúdo de seus discursos, evidenciaram a necessidade de mudança do ensino médico como forma de alterar positivamente o cenário de saúde existente.

Todavia, esta convergência de objetivos sofreu algum tensionamento na medida em que, mesmo entre os proponentes entrevistados, não se observou uma coesão em relação ao modelo de saúde desejado. Existiu uma clara distinção entre a postura daqueles de formação médica e os de formação pedagógica. As diferenças aprofundaram-se na percepção dos problemas do contexto de saúde, na importância do auto cuidado à saúde a ser introduzido, na adequada preparação do educador médico para a função de ensinar, passando pela definição do momento mais indicado para o trabalho de conscientização dos envolvidos no processo.

A proponente pedagoga defendeu o trabalho preventivo de sensibilização para adesão às novas idéias; já os proponentes médicos entenderam que sendo inevitável a ruptura do modelo de ensino médico a partir da implementação do

Projeto Pedagógico, este seria o momento mais eficaz para o trabalho de convencimento. Foi adotada a segunda estratégia, com desdobramentos previsíveis, de resistência natural ao novo, acrescida do impacto das novas exigências. Como consequência, esta abordagem foi percebida pelos executores envolvidos como uma imposição, ao invés de uma criação coletiva.

Outra importante diferença com repercussão substancial na implementação e manutenção do novo modelo proposto pelo Projeto Pedagógico transpareceu na visão dos proponentes quanto à definição do que é ser professor. Esta questão revelou-se crucial na medida em que um dos objetivos foi alterar a percepção dos novos profissionais médicos sobre a relação médico-pessoa. Paulo Freire (2003) nos ensinou que “Saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção [...] – a de ensinar e não a de transferir conhecimento.”

Os proponentes médicos seguiram, entretanto, o padrão de transmissão unidirecional de conhecimentos, o que dentro do atual ensino médico tem mantido a perspectiva hierarquizada da relação professor-aluno e, por extensão, médico-paciente. Fica evidente que restaria ao aluno a posição passiva de escutar e aprender e, por conseguinte, ao paciente acatar as orientações recebidas.

Becker (2001 a) define esta orientação como pedagogia diretiva, alertando ainda:

- Quer nos parecer que uma concepção epistemológica fundada na construção do conhecimento e na crença na interação professor-aluno como mola propulsora deste processo, no âmbito da educação escolarizada, é condição necessária para o abandono definitivo da pedagogia diretiva tradicional que vem dando, na realidade de nossos cursos, sinais de esgotamento.

- Uma simples mudança de concepção epistemológica não garante, necessariamente, uma mudança de concepção pedagógica ou prática escolar, mas sem essa mudança de concepção – superando o apriorismo e o empirismo – certamente não haverá mudança profunda na teoria e na prática de sala de aula. A superação do apriorismo e, sobretudo, do empirismo é condição necessária, embora não suficiente, de avanços apreciáveis e duradouros na prática docente.

Como consequência, fica reforçado o poder médico sobre os indivíduos doentes que têm de assumir uma condição de subordinação. Não raro, estas pessoas, tendo imensas dificuldades de entender o que foi determinado pelo médico, mostram resistência para aderir ao tratamento prescrito, sendo consideradas pouco colaborativas, quando a realidade é muito diversa.

Não foi a proposta do Projeto Pedagógico, tampouco do discurso de convencimento dos proponentes, a manutenção desta relação que perpetua o profissional como detentor único dos conhecimentos e informações capazes de solucionar o problema trazido pela pessoa. A própria substituição da denominação de paciente por pessoa no sentido de reconhecer a capacidade ativa daquele que procura ajuda, administrando de forma compartilhada a gestão da própria saúde, é um dos princípios fundamentais do modelo buscado. Contudo, não há como construir esta visão sem alterar o processo de ensino. Zabala (1998) pontua vários elementos indispensáveis no processo educativo que podem produzir aprendizagem significativa, na medida em os conhecimentos prévios sejam integrados aos novos conteúdos, alicerçados aos aspectos sociais e permitindo trabalhar com uma perspectiva de diversidade.

Enquanto o aluno não for visto e não puder reconhecer-se também como agente ativo na relação acadêmica de ensino, dificilmente poderá internalizar a

sutileza e a importância da mudança requerida. Dito de outra maneira, o aprendiz percebe sua contribuição para o novo conhecimento e sua aplicação futura, transformando as informações em aprendizagens significativas, tanto quanto demonstrando satisfação no processo, como bem descreve Ausubel (1978) A realidade de reconhecer o outro como um legítimo outro, naquela dimensão perseguida por Morin (2000), deve ser incorporada à relação de ensino. Esta questão fundamental, por sua insuficiente compreensão, expôs a fragilidade do processo em curso onde se buscou a mudança de paradigma a ser empreendida por agentes ainda imbuídos dos valores antigos que esperam modificar. Esta discussão merece um destaque especial, para que tanto professores como os futuros médicos se qualifiquem numa ótica de gestão do cuidado integral. De acordo, com Piaget (1998):

A pedagogia é como a medicina: uma arte, que se baseia, ou deveria basear-se, em conhecimentos científicos precisos [...] Assim, é necessário, para todo o educador, conhecer não apenas as matérias a ensinar, mas igualmente os mecanismos subjacentes às operações da inteligência e, conseqüentemente, às diferentes noções a ensinar.

Como até o momento da finalização deste trabalho não existiu um esforço no sentido de promover a interação dos docentes nos vários níveis requeridos pelo Projeto Pedagógico, as colocações dos professores executores apontaram no sentido de preencher a falta de preparação específica para a docência, como uma outra especialização, evidenciando a repetição do modelo do qual são oriundos. Suas práticas pedagógicas repetiram a experiência vivenciada na Residência Médica, cuja metodologia de treinamento em serviço teve comprovada eficácia na aquisição de conhecimentos práticos, mas mostrou-se insuficiente na preparação para a docência. Mesmo os que cursaram Mestrado ou Doutorado não referiram qualquer acréscimo das titulações à sua trajetória docente.

Ainda assim, os executores reconheceram a necessidade da instrumentalização específica para a docência aliada às experiências cotidianas da clínica médica, no sentido de manter o vínculo com a realidade de saúde a ser construída em sala de aula, o que é desejável de acordo com o Projeto Pedagógico. Como recurso complementar, os professores executores enfatizaram a necessidade de uma maior integração entre eles, assim como de mais tempo disponível para o ensino, medidas que somente podem ser viabilizadas através da Instituição e de seu comprometimento com as transformações.

Considerando as diferenças de entendimento entre proponentes médicos e pedagogas, compreendeu-se a tensão interna que permeou as decisões referentes à concepção e implementação do Projeto. Numericamente existiu uma superioridade de proponentes e executores do Projeto que partilharam conceitos originados da formação médica e exerceram uma liderança dentro do curso, impondo esta linha pedagógica, mesmo conflitando com os objetivos do Projeto e da proposta da atual assessoria pedagógica.

O Colegiado do Curso de Medicina, que deveria ser o órgão mediador e fiscalizador da implementação do Projeto, tem refletido a tendência majoritária de opinião dos participantes médicos, conduzindo o encaminhamento de questões fundamentais da implantação do mesmo de maneira parcial demonstrando dificuldade em assimilar os novos parâmetros.

Este quadro de dificuldades tornou mais suscetível a sustentação do Projeto na fase de execução. As críticas e resistências do conjunto dos docentes médicos, acrescidas dos anseios e expectativas dos alunos que ingressaram no curso impregnados pela cultura do modelo de saúde vigente, tenderam a repercutir mais

intensamente junto aos responsáveis pela condução do processo, identificados com o modelo tradicional.

Apesar do consenso sobre a necessidade de mudança, existiu uma natural resistência a ela, presente em todos os processos de reestruturação, refletindo o conflito entre permanência e mutação, conservação e inovação. Somou-se a esta previsível dificuldade, a hegemonia de pensamento consagrado ao longo do último século, enfatizando a doença em detrimento da pessoa e a fragmentação da assistência de saúde em especialidades médicas cada vez mais restritas. Esta cultura médica se desenvolveu de tal forma que determinou valores que ultrapassaram os limites da academia e impregnaram a sociedade afetando também os insumos médicos.

Para dar conta, portanto, de uma mudança desta magnitude todos os envolvidos na proposição e na implantação do Projeto Pedagógico deveriam estar genuinamente convencidos e determinados a defendê-lo nas diversas instâncias do Curso Médico, na Universidade e no meio onde estes profissionais serão inseridos. O que as entrevistas deixaram evidente foi a precariedade deste convencimento que compromete de maneira arriscada a viabilização do Projeto. Morin (2002 b) define a necessidade e a importância do engajamento de todos aqueles implicados na mudança, bem como as dificuldades inerentes a este processo, como "gestão da complexidade".

Os próprios entrevistados indicaram como um importante condicionador para longevidade e a adequada implementação do Projeto Pedagógico, a completa adesão da Universidade aos fundamentos norteadores deste. Entendem a Instituição como responsável por disponibilizar as condições necessárias à concretização das mudanças propostas, sob pena de limitar a amplitude e a

profundidade das mesmas a um cenário irreal, quando muito restrito ao universo acadêmico. Sem o completo envolvimento da Universidade, um dos importantes objetivos do Projeto Pedagógico – preparar profissionais médicos capazes de atender as reais necessidades de saúde existentes e contribuir criticamente para mudança positiva do modelo – fica inviabilizado.

No que diz respeito à expectativa de mudança do perfil do egresso do Curso de Medicina – como um profissional mais alinhado com a visão do usuário de saúde – reside a principal diferenciação entre a perspectiva das pedagogas e a dos médicos envolvidos no Projeto. Os médicos, reproduzindo os valores assimilados em sua formação e exercício profissional, demonstraram resistência e dificuldade para mudar de ponto de vista. As pedagogas, pela formação humanística e distanciamento da prática médica, apresentaram um melhor entendimento dos objetivos traçados pelo Projeto Pedagógico; neste sentido, aproximando-se de maneira empática da visão do usuário do sistema de saúde.

Se os proponentes foram capazes de administrar suas diferentes concepções de saúde e construir um Projeto Pedagógico que avançou no sentido de atender de maneira mais completa as exigências atuais do sistema, comprovaram inequivocamente perceber a imperiosidade da mudança que precisa incorporar uma pedagogia comprometida com a transformação social, rompendo com a tradição filosófico-pedagógica autoritária, nas palavras de Paulo Freire (2003), caminhando para a autonomia e a educação popular que transcende as relações sociais. Entretanto, demonstraram ter atingido apenas um estágio inicial de conscientização, não suficiente para a complementação do processo. Não é bastante a percepção crítica das dificuldades do ensino médico, assim como a adequada proposição de soluções através de um Projeto Pedagógico inovador, se não houver um amplo

comprometimento de todos os envolvidos na transformação. Os docentes, tanto quanto a Instituição precisam internalizar novos valores, refletir sobre práticas consagradas, sedimentando um novo caminho que precisará de esforços contínuos para manter-se aberto e transpor o fosso conceptual entre aquilo que sabemos ser necessário fazer e o que os mecanismos que possuímos nos permitem realizar. Na medida em que o diálogo pertence à natureza do ser humano enquanto ser de comunicação, a viabilização de cenários de ensino diferenciados e a preparação da inserção dos profissionais no contexto desejado, somente ocorrerá se os envolvidos nesta proposta não resistirem em assumir atitudes práticas que a promovam, demonstrando enfrentar o repto permanente de reorganizarem-se em função de novos e contínuos desafios.

Para que isto possa concretizar-se é fundamental entender a necessidade de quebra do paradigma do ensino médico baseado no modelo industrial. Este, representa o passado, dimensionado através de relações de poder restritivas do diálogo entre os participantes da hoje compreendida teia de relações que envolvem a prestação de saúde. A idéia de teia é desenvolvida por Capra (1996), no sentido de elucidar um tipo de relacionamento que demonstra a interdependência entre os envolvidos. Helman (1994) exemplifica a idéia de teia quando considera a rede de informações que atinge os indivíduos, inclusive aquelas de cunho folclórico e popular. O pós-modernismo tem se caracterizado pela globalização das informações; acrescentando àquelas mencionadas por Helman, outras de cunho científico, não mais restritas ao meio acadêmico. De uma maneira geral, considerada a capacidade de acesso às informações disponibilizadas pelos meios de comunicação, inclusive a rede digital, o profissional de saúde, em especial o médico, adquire um papel maior de gerenciador destas informações e de educador que

estimula a apropriação otimizada destes conhecimentos. Assim, a transposição do enfoque restrito, característico da era industrial, para a abordagem mais ampla e integradora exigida pelos tempos atuais, caracteriza, de certa forma, uma nova renascença, um novo humanismo, a exemplo do movimento histórico dos séculos XV e XVI que retomou valores clássicos.

Neste sentido o Projeto Pedagógico constituiu-se num marco que apontou para a retomada de uma perspectiva de valorização do ser humano num contexto mais amplo em que a idéia de interdependência adquire uma dimensão proporcional a quantidade de elementos já identificados no processo.

Quando consideramos o ineditismo da iniciativa materializada através do Projeto Pedagógico sob a perspectiva histórica, percebemos que seus objetivos já foram almejados no passado, talvez como utopia. Apenas quando restringimos sua análise aos domínios do ensino médico e ao cenário pós-industrial, podemos considerar inovadora a abordagem pedagógica relativa ao ser humano presente nas relações de ensino aprendizagem e, no caso específico, nas relações profissionais da área médica. Mais uma vez o homem volta a ser priorizado, desta feita também no processo de busca por saúde em que está envolvido, porém mais adequadamente situado na complexa teia de relações da qual faz parte.

Assim, o inédito torna-se viável na medida em que a utopia é percebida pelo conjunto de protagonistas sociais não só como possível, mas principalmente como necessária e imprescindível para nortear a construção do processo de mudança conciliadora de realidades ainda díspares – o ensino médico tradicional e as verdadeiras demandas de saúde – e desde que haja o eficaz esforço dos envolvidos no processo.

7.3 Estratégias sugeridas para facilitar a implementação do Projeto Pedagógico

Por acreditar que o Projeto Pedagógico implantado em 2003 tem plenas condições de cumprir o papel proposto de transformação do ensino médico; por coerência, entendo pertinente apresentar sugestões e/ou estratégias que contribuam para o encaminhamento positivo das dificuldades constatadas.

Como os professores demonstraram em seus discursos reconhecimento genuíno da necessidade de mudança do ensino médico e dos rumos propostos no Projeto Pedagógico, iniciativas rápidas e pontuais podem oferecer incentivo precioso para a continuidade do trabalho. Trata-se de disponibilizar argumentos que auxiliem o auto convencimento destes que têm a tarefa de implementar a condução do processo em curso. A reunião destes docentes em grupo, juntamente com os proponentes e Colegiado do Curso de Medicina, num encontro de imersão, fomentaria a idéia de participação coletiva, interdependência e espírito de grupo exigidos para a concretização da proposta. A primeira medida deve ser garantir a qualidade da informação a ser partilhada sobre o assunto de maneira a estabelecer padrões de contato e referência interna utilizáveis pelo grupo doravante. Nesta perspectiva, a contextualização do empreendimento proposto deve, necessariamente, incluir a reflexão do homem como protagonista histórico de transformação social, bem como a relevância destas transformações para o ensino médico e a sociedade.

Imediatamente, devem ser constituídos grupos permanentes de trabalho que continuem a ampla discussão do projeto, inclusive sob seus aspectos filosóficos,

aprimorando a comunicação interna do grupo, a troca de experiências e, principalmente, introduzindo técnicas pedagógicas adequadas ao novo modelo.

Paralelamente, a Instituição deve oferecer recursos de instrumentalização específica e incentivo, através de atividades pedagógicas para os professores, ratificando seu comprometimento com o novo modelo construído.

Ampliando o acompanhamento do novo Projeto, faz-se necessária a instalação de um fórum que forneça regularmente informações de *feedback* pertinentes ao imprescindível ajuste das mudanças em andamento. Este retorno deve ser buscado junto aos alunos, conjunto dos professores envolvidos direta e indiretamente e comunidade, através do Hospital Geral e Ambulatório Central.

O diálogo preconizado no arcabouço de medidas propostas no Projeto Pedagógico, através das idéias de interdisciplinaridade e vinculação dos conteúdos aprendidos com a realidade, deve ser estimulado sob todas as suas formas. A Universidade, em suas diversas instâncias, deve manter um canal permanente de discussão com a sociedade que se propõe a servir através de um desenvolvimento sustentado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde, possibilidades de mudança.** Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. [**Projeto CINAEM**]. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: < <http://www.abem-educmed.org.br/#>>. Acesso em: 20 out. 2005.
- AUSUBEL, D. P. **Psicologia educativa: um ponto de vista cognoscitivo.** México: Trillas, 1978.
- BECKER, Fernando. **Modelos pedagógicos e modelos epistemológicos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2001a.
- _____. **Educação e construção do conhecimento.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001b.
- BOFF, Leonardo. **Ética e eco-espiritualidade.** Campinas, SP: Verus, 2003.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação.** 33. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. Diretrizes **Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologa em 0310/2001:** parecer CES 1.133/2001, resolução CNE/CES N° 4, de 7/11/2001. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04.doc>>. Acesso em 20 out. 2005.
- CAPRA, Fritjof. **A teia da vida.** São Paulo: Cultrix Ltda., 1996.

CHANLAT, Jean-Francois. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** São Paulo: Atlas, 1996.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir.** São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC:UNESCO, 2001.

FERREIRO, Emília. **Atualidade de Jean Piaget.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

FLEXNER, A. **Medical education in United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for Advancement of Teaching.** New York: [s.n.], 1910.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FEUERWERKER, Laura. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM, 2002.

FONSECA, Eduardo Giannetti da. **Felicidade: diálogos sobre o bem-estar na civilização.** São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GADOTTI, Moacir. **Pensamento pedagógico brasileiro.** São Paulo: Ática, 1987.

_____. **A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação permanente.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GAUTHIER, Clermont. **Por uma teoria da pedagogia.** Ijuí: Unijuí, 1998.

GONÇALVES, E. Lima. **Médicos e ensino da medicina no Brasil.** São Paulo: USP, 2002.

GREEN, L. A. The ecology of medical care revisited. **New England Journal Medicine**, London, v. 344, p. 2021, 2001.

HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudança Na Formação Médica no Brasil: tipologias das escolas.** São Paulo: Hucitec / Associação de educação Médica, 2002.

MATURANA, Humberto; VARELLA, Francisco. **Árvore do conhecimento**. São Paulo: Palas Athena, 2003.

MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986.

MORIN, E, **A cabeça bem feita**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002a.

_____. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002b.

MORA, José Ferrater. **Dicionário de filosofia**. Madri: Alianza, 1979-1982.

Montangero, Jacques

PIAGET, Jean. **Biologia e conhecimento**. Petrópolis: Vozes Ltda.1973.

_____. **La equilibración de las estructuras cognitivas**. Madri, Siglo XXI, 1978.

_____. **Pedagogia**. Lisboa: Instituto Piaget, 1998

RAKEL, R. **Textbook of family practice**. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1978

RIBEIRO, Marlene. Originalidade de Paulo Freire no pensamento brasileiro. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 29, p. 15-30, jun. 1999.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

Stewart, Moira. **Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method**. 2nd. Edition. Radcliffe Medical Press, 2003.

SECRETARIA INTERNACIONAL DEL PROYECTO CARTA DE LA TIERRA. **La carta de la Tierra; valores y principios para un futuro sostenible**. San José, Costa Rica, 1999.

SMITH, R. How industrial age medicine will invert to become information age healthcare. **British Medical Journal**, London, v. 314, p. 7073, 24 May 1997

THE LUBLIANA charter on reforming health care. **British Medical Journal**, London, v. 312, n. 7047, p. 1664-1665, 1996.

PINTO, Álvaro Vieira. **Ciência existência**: problemas filosóficos da pesquisa científica. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

VYGOTSKY, L. S. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone, 1988a.

_____. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1988b.

_____. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo, Martins Fontes, 1989.

VERGNAUD, Gerard. **Lev Vygostski**: pedagogo e pensador do nosso tempo. Porto Alegre: GEEMPA, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Geneva: World Health Organization, 1978.

ZABALA, Antonio. **A prática educativa**: como educar. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou realizando uma pesquisa que tem por finalidade analisar as concepções pedagógicas dos professores e proponentes do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, implantado em 2003.

O título desta é: **ENSINO MÉDICO EM MUDANÇA: O INÉDITO VIÁVEL OU A UTOPIA IMPOSSÍVEL ?** O trabalho está sob a orientação do professor **JORGE ALBERTO ROSA RIBEIRO**.

Esta análise se dará através de entrevistas semi-estruturadas, inicialmente gravadas, após transcritas, a seguir o texto retornará ao entrevistado (a) para as correções que julgar necessárias. A seguir, proceder-se-á a análise de conteúdo e confrontação com as bases teóricas estabelecidas no projeto inicial. Sobre este material será mantido sigilo e sua utilização não conterà a identificação do entrevistado.

Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados obtidos através das entrevistas (compilação dos dados) farão parte da dissertação, sem que se especifique a fonte particular (nomes das pessoas).

Pretendo, com isto, contribuir para que o Curso de Medicina da UCS possa avaliar a implantação, até o momento, do Projeto Pedagógico.

Por esta razão, sua colaboração, autorizando a realização e concedendo esta entrevista é muito importante.

Espero contar com seu apoio e desde já agradeço.

LUIZ FELIPE CUNHA MATTOS, mestrando do **PPGE da UFRGS**, pesquisador responsável por este projeto de pesquisa. Contato através do telefone 51 3333 8381 ou 51 9188 8202. E-Mail: felipemattos@cpovo.net.

Pelo presente Termo de Consentimento informado, declaro que participo deste projeto de pesquisa, pós-informado, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, compreendendo seus objetivos e suas justificativas.

Autorizo a publicação da transcrição da entrevista por mim concedida, após sua verificação e exclusivamente neste projeto de pesquisa, desde que respeitado o compromisso de sigilo.

Assinatura do Entrevistado

ANEXO B - PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, foi concluído em agosto de 2002, sendo proposto pelo Colegiado do Curso, que está inserido no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade de Caxias do Sul.

A seguir descreverei resumidamente os principais pontos deste Projeto:

I. INSERÇÃO

O Curso de Medicina teve sua aprovação em 1967, tendo seu início em março de 1968.

Em 1984, houve uma substancial alteração curricular que redundou na organização das disciplinas profissionalizantes em unidades clínicas e cirúrgicas. Uma nova discussão conduziu, em 1993, a mais uma reestruturação curricular, em vigor até a presente momento e que dispôs as disciplinas em dois ciclos: básico e profissionalizante.

Em março de 1997, o Ambulatório Central, que até então funcionava no centro de Caxias do Sul, foi transferido para a Cidade Universitária, que representou avanço significativo na qualificação do ensino, pois todas as disciplinas do ciclo profissionalizante neste local; integração da UCS e do Curso de Medicina com as comunidades locais e regionais.

Com a inauguração do Hospital Geral de Caxias do Sul, em parceria com o estado do Rio Grande do Sul, em 1998, a configuração do hospital-escola, com ações interdisciplinares.

Em 2002, foi firmado convênio com a Prefeitura Municipal para a criação do Núcleo de Medicina de Família em Galópolis, para desenvolver ações em Atenção Primária à Saúde.

Por outro lado, com os importantes investimentos que a UCS vem realizando na qualificação de professores, quer através de programas interinstitucionais de pós-graduação stricto sensu, quer através do apoio à capacitação docente em outros centros do país e do exterior, teve início um processo de modificação do perfil do corpo docente do curso, assim como a criação de linhas de pesquisa com os professores doutores.

II. QUADRO TEÓRICO DE REFÊRENCIA

São relatadas as concepções da prática médica, da educação em saúde, análise histórica da Medicina e da Educação Médica no Brasil, concluindo com a necessidade de abordagem mais ampla, solidamente fundamentada no conhecimento científico e princípios éticos, norteados em indicadores sócio-culturais. Educação voltada ao entendimento do profissional médico como integrante de equipe de saúde, manejo/intervenção frente à multifatorialidade determinante do processo saúde-doença, situando a ação médica na confluência do auto e hetero cuidados articulados.

III. CENÁRIO LOCAL DE REFÊRENCIA: OS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO NA REGIÃO DE ABRANGÊNCIA DA UCS

O mercado para o trabalho médico mostra-se visivelmente deformado pelo expressivo número de médicos com formação especializada, em detrimento da

formação generalista. Esta deformação, muito provavelmente tem relação com os modelos pedagógicos convencionais dos cursos de medicina e pelo mercado.

A incapacidade dos egressos na resolução dos problemas prevalentes da população, representa o ponto nevrálgico da necessidade de alteração da concepção curricular.

Sabe-se que 80% dos médicos formados em nossas escolas atuarão junto ao Sistema Único de Saúde, SUS, impondo uma adequação aos preceitos do sistema nacional que visa atender as carências básicas da população no diagnóstico e prevenção das doenças prevalentes.

IV. REAVALIAÇÃO E FORMULAÇÃO DO NOVO PROJETO

Pontos críticos detectados: insuficiente explicitação do projeto pedagógico, nele incluídos os referenciais norteadores, o perfil do egresso, a concepção curricular, as concepções metodológicas e de avaliação; dissociação entre as disciplinas dos ciclos básico e profissionalizante e, no interior dos próprios ciclos; metodologia de ensino centrado no professor; priorização de atividades teóricas e avaliação predominantemente somativa dos conteúdos teóricos

A segunda fase, o planejamento das mudanças necessárias à sustentação de um novo modelo pedagógico, com estabelecimento de alguns marcos como referentes ao trabalho de replanejamento: redefinição do perfil do egresso; formação do profissional para os níveis primário, secundário e terciário de atendimento à saúde; priorização do ensino de diagnóstico, prevenção e terapêutica das patologias prevalentes; instituição das **Unidades de Ensino Médico**, como forma de estruturação curricular interdisciplinar; implementação da área de Saúde Coletiva; entendimento do professor como orientador do processo de ensino-aprendizagem;

comprometimento do aluno com a busca do conhecimento; avaliação somativa e formativa, permitindo a possibilidade de resgatar/desenvolver conhecimentos, habilidades ou atitudes; período de internato de dezoito meses e implementação da área de urgência e emergência.

V. OBJETIVO DO CURSO

Propiciar a formação de cidadãos-médicos eticamente comprometidos com a sociedade que os cerca, proporcionando-lhes oportunidades para o desenvolvimento de competências e habilidades e a incorporação de atitudes que o tornem aptos a exercer a profissão promovendo a saúde, mediante: a compreensão do indivíduo como um todo, em seus aspectos biopsicossociais; o desenvolvimento de ações preventivas e curativas, reconhecendo e tratando as doenças prevalentes nas áreas de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, cirurgia Geral e Clínica Médica; o desenvolvimento de ações de reabilitação e a busca do aprimoramento contínuo nessas e nas demais áreas do conhecimento médico.

VI. PERFIL DO AGRESSOR

O egresso do curso de Medicina da UCS deverá apresentar uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva que o torne apto a resolver, pautado em princípios éticos, problemas prevalentes de saúde, nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, mediante ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

VII. CONCEPÇÃO CURRICULAR

As **Unidades de Ensino Médico** como articuladoras dos conhecimentos e das práticas numa perspectiva interdisciplinar.

Professores e alunos trabalhando como parceiros, realizando pesquisa, construindo metodologias, valorizando as culturas e as histórias.

Transitar em diferentes áreas do conhecimento.

Transformação do trabalho individual em coletivo, apreensão de múltiplos conhecimentos e práticas.

VIII. UNIDADE DE ENSINO MÉDICO - UEM

A UEM constitui um conjunto articulado de saberes e práticas afins, os quais permitem que o aluno seja exposto a temas/situações afetos à formação técnica e humanístico-social, possibilitando-lhe compreender os conhecimentos e práticas de forma integrada e, em decorrência, pelo estabelecimento de relações, inseri-los na prática médica.

O Plano de Execução Curricular prevê o desenvolvimento das UEMs em ciclos de estudos interdisciplinares:

Ciclo 1: Estudos interdisciplinares gerais biomédicos e humanísticos;

Ciclo 2: Estudos interdisciplinares com verticalização nas áreas de medicina interna, clínica cirúrgica, pediatria, tocoginecologia e medicina de família e comunidade;

Ciclo 3: Estudos interdisciplinares em regime de internato.

IX. Perfil docente e discente

O texto Ensino/Aprendizagem na Escola Médica, de Eliana Cláudia de Otero Ribeiro* sustenta a nova concepção do papel docente e discente dentro do ensino médico, exemplificando a nova postura a ser adquirida pelo docente do curso médico, como orientador e não mais como centralizador do processo.

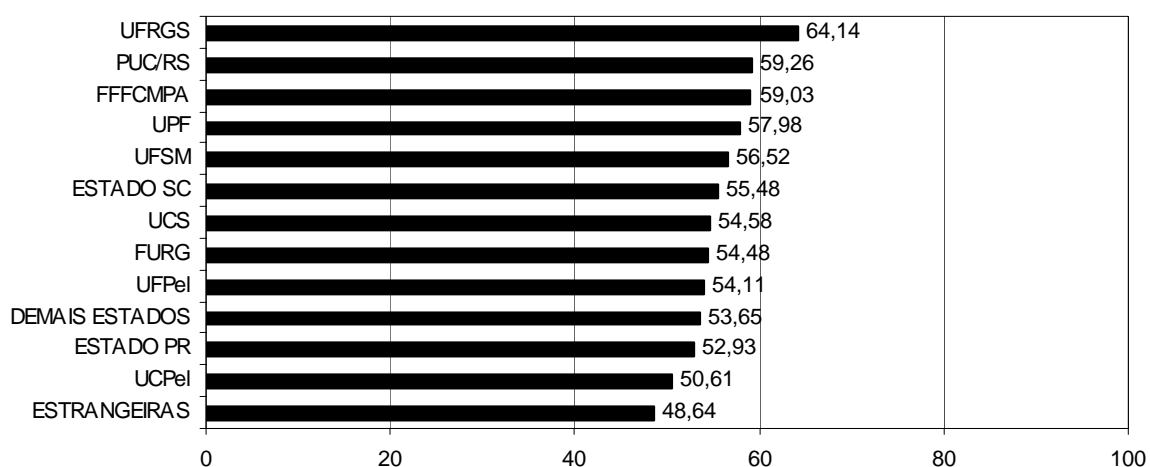
O desenvolvimento exponencial do conhecimento científico tecnológico e a natureza interdisciplinar da geração do saber produzido, atualmente, rompem com toda e qualquer possibilidade de o docente ser hoje aquele que tudo sabe. A universidade, lócus até recentemente privilegiado da transmissão do conhecimento universal, vê-se confrontada com a emergência de novos espaços virtuais nos quais as informações podem ser obtidas e que permitem uma horizontalização do acesso das pessoas a centros de produção e difusão do conhecimento. Tornando-se mais freqüente, por exemplo, que o professor seja surpreendido por seus alunos, que lhe trazem dados obtidos na Internet e que são desconhecidos. Essa realidade traz implicações claras para a redefinição do lugar do docente que enfrenta um contexto de transitoriedade do conhecimento e que, portanto, passa a ter um papel que se vincula não só ao domínio do conteúdo de sua disciplina, mas também, fundamentalmente, a gestão do processo educativo com seus alunos, a preparação do aprender a aprender. Instala-se de forma progressiva a demanda de que o docente seja concomitantemente assessor de conteúdo no âmbito de sua área de especialidade e tutor do processo de ensino-aprendizagem.

*Educação Médica-Eduardo Marcondes, Ernesto L. Gonçalves, Savier, 1998.

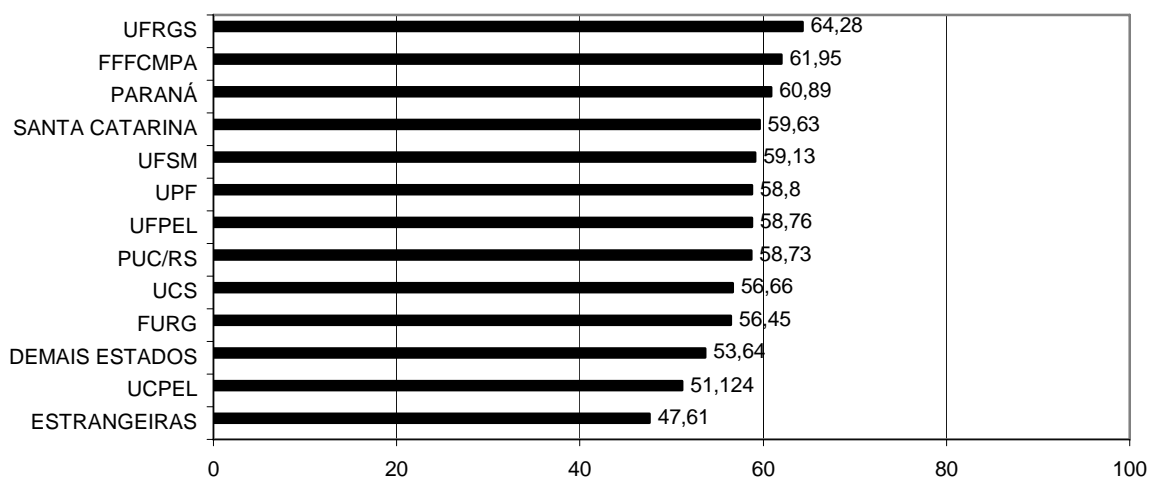
X. PLANO DE EXECUÇÃO

**ANEXO C - TABELAS COMPARATIVAS DO DESEMPENHO DOS INSCRITOS NO
EXAME AMRIGS, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 10 ANOS, DADOS FORNECIDOS
PELA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL**

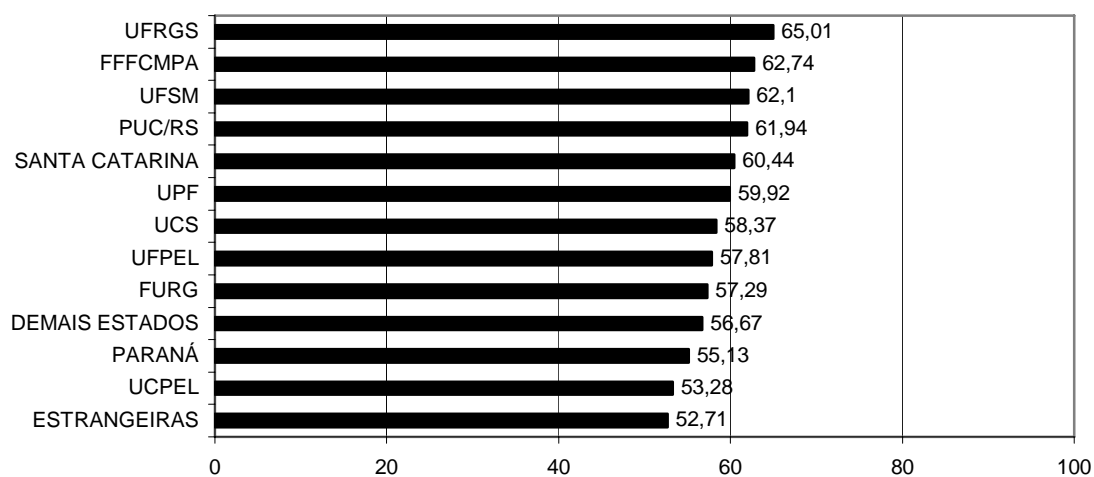
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 1995 - PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE



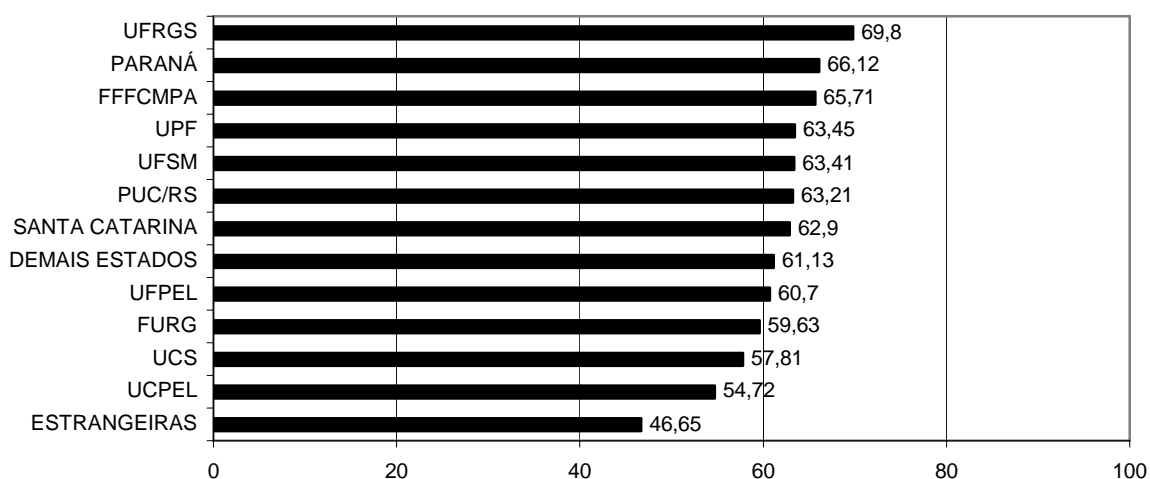
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 1996 - PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE



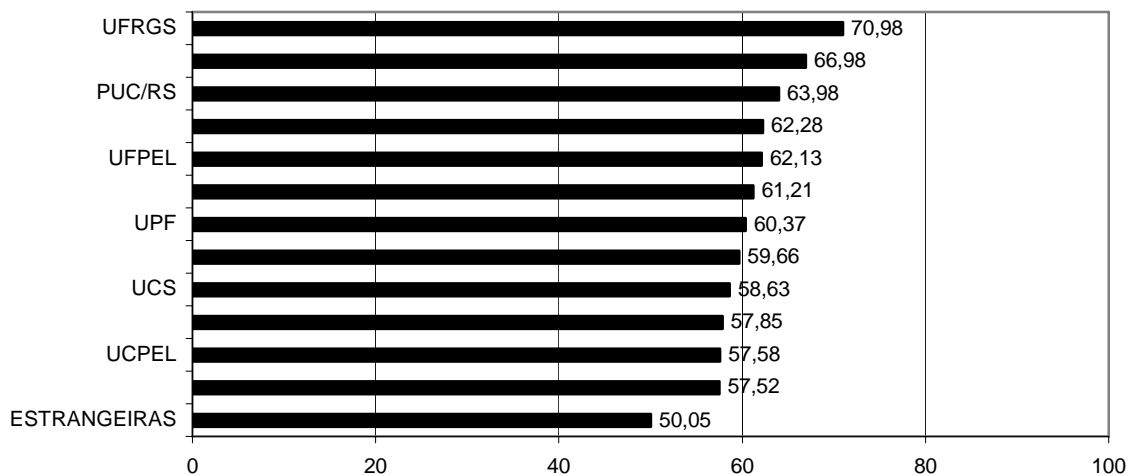
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 1997 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE



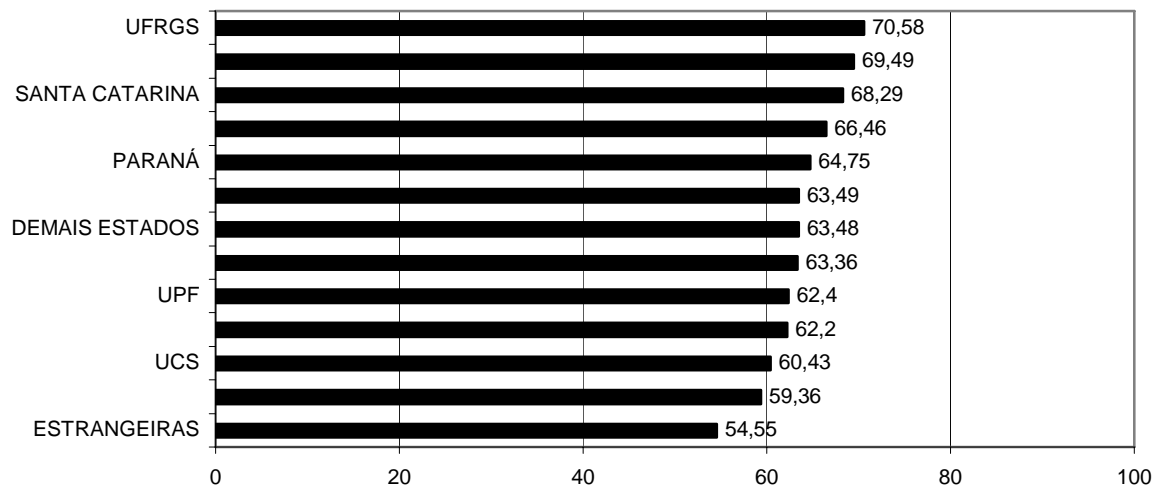
ASSOCIAÇÃO MÁDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 1998 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PECENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE



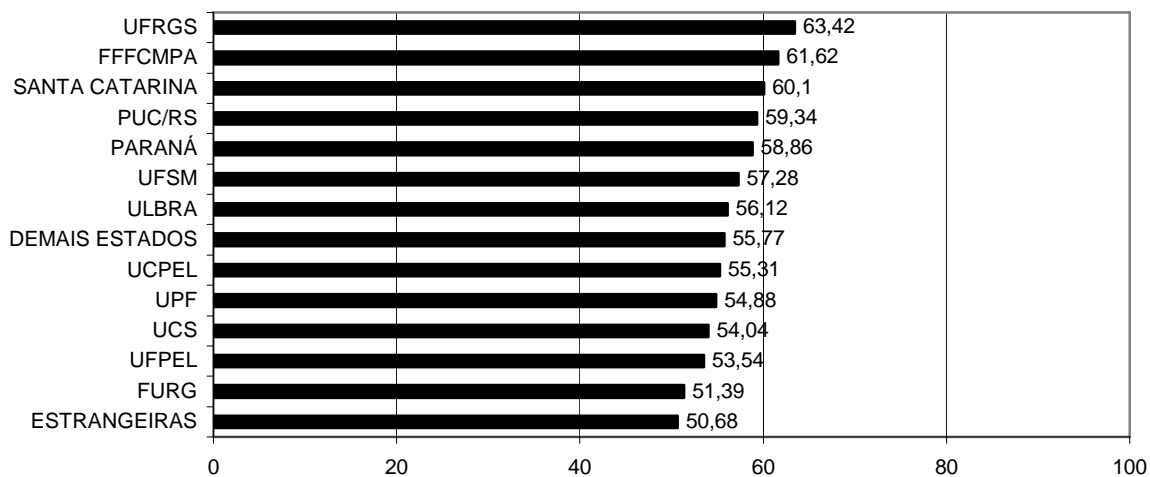
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 1999 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÁDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE



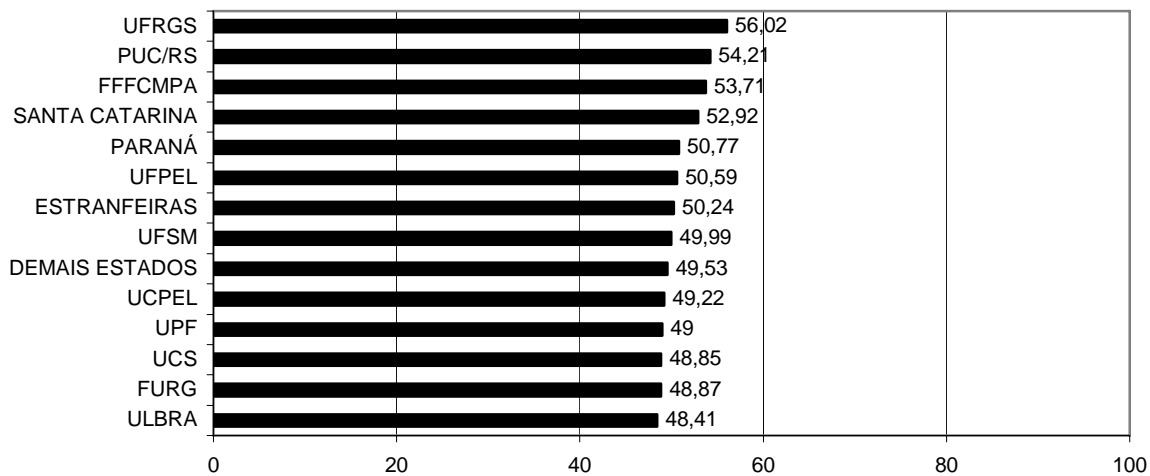
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 2000 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÁDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE



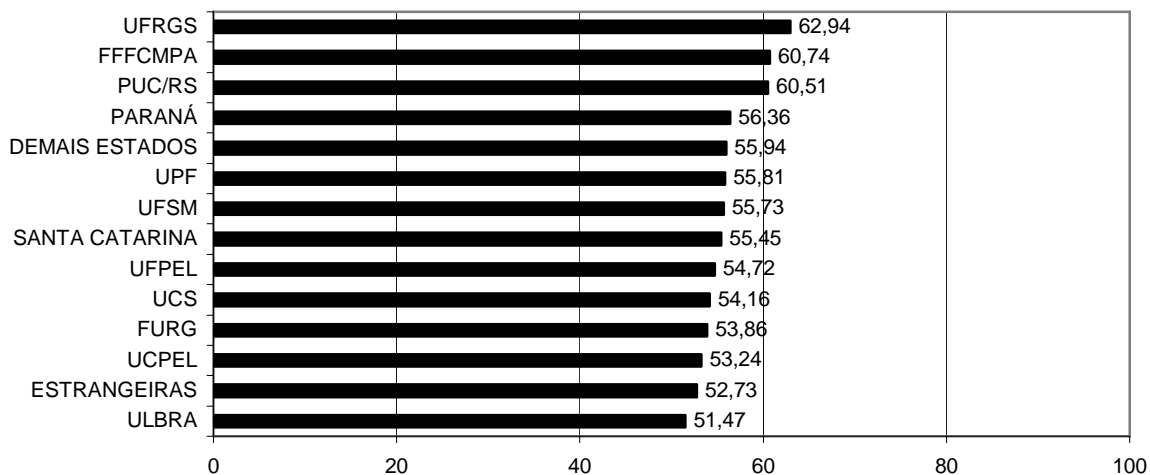
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 2001 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE



ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 2002 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE



ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 2003 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE



ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - EXAME AMRIGS 2004 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - TODAS AS ÁREAS - PERCENTUAL DE ACERTOS POR FACULDADE

