

Ana Lúcia de Moura Pontes

Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico

Dissertação apresentada em 18 de março de 2005
para obtenção do título de “Mestre em Saúde Pública”
pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca –FIOCRUZ.

Primeiro orientador: Sérgio Rego

Segundo Orientador: Aluísio Gomes da Silva Júnior

Rio de Janeiro
Setembro de 2005

Gostaria de agradecer
o apoio de meu pai, Mario, e de minha irmã, Mara
e o amor eterno de minha mãe, Maria Justina;
a compreensão, amizade e dedicação de meus queridos orientadores Sérgio e Aluísio;
o carinho de meus amigos, irmãos e companheiros, Fabiane e Eduardo;
a acolhida e incentivos indispensáveis dos amigos da UFF, especialmente, Gilson,
Lílian, Armando, Claudia e Mônica;
o entusiasmo e energia de Verônica, Ivi, Thiago, Daniele e Thomaz;
a confiança e suporte fundamentais de Eduardo Stotz e Nair Teles
aos que há alguns anos fazem parte da minha história, especialmente, Ana Brêtas, Ale,
Auro, Bel, Borges, Cesinha, Jorge, Karina e Paulo,
pois eu me inspirei e aprendi muito com todos.

“A educação tem sentido porque o mundo não é necessariamente isto ou aquilo, porque os seres humanos são tão projetos quanto podem ter projetos para o mundo.”

Paulo Freire, *Pedagogia da Indignação*.

Resumo

Este estudo procura discutir a concepção de ensino-aprendizagem dos preceptores da disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado II (TCSII) da UFF, visando levantar elementos para a reflexão da prática docente no processo de transformação do ensino médico. Esta proposta se justifica pela necessidade de uma discussão político- conceitual nas escolas médicas. A inserção precoce de estudantes nos serviços de Atenção Básica se configura como uma estratégia freqüente nos novos cursos de medicina, procuramos levantar a discussão da relevância da epistemologia docente nestas práticas, nosso referencial adotado foi o construtivismo. Observamos que os preceptores freqüentemente apresentam uma concepção empirista de ensino, no qual existe uma desarticulação entre teoria e prática e passividade por parte do aluno. Porém, ao refletirem sobre a prática apontam para uma proposta construtivista de ensino-aprendizagem, sendo que a estrutura do TCS II favorece a mesma. Ademais, constatamos diversos elementos, como os *habitus*, presentes no ensino, especialmente na relação com os serviços, que influenciam essas práticas, e que deveriam ser aprofundados pelos preceptores. A partir deste trabalho apontamos a importância de se conhecer os saberes e práticas dos professores como um ponto de partida para uma formação e reflexão crítica do papel docente, para que se consolidem as transformações desejadas na escola médica.

Palavras-chave: Educação Médica, Docentes, Ensino, Aprendizagem, Conhecimento

Abstract

The objective of the present study is to discuss the conception of teaching and learning of tutors in the Trabalho de Campo Supervisionado II of the medical course at Fluminense Federal University. We aim to raise elements to think the practice of teaching in the transformation of medical education. To place medical students in primary care services is usually recommended for new curriculums, we point out the relevance of the epistemology of teaching in those practices. Our theoretical reference is constructivism. As results we obtained that most of the tutors have a empiristic conception of teaching and learning, in which the student is passive. Therefore when reflecting about their real practices, the tutors bring elements of a more active attitude of the student and a constructivistic approach of education. From these study we want emphasize the importance of discussing the conceptions and practices of teaching of tutors to advance in the transformation of medical education.

Keywords: Medical Education, Faculty, Teaching, Learning, Knowledge

Sumário

Introdução.....	01
Capítulo 1: Educação Médica.....	07
1.1 Marcos Históricos.....	08
1.2 A criação das escolas médicas no Brasil.....	10
1.3 O Modelo Tradicional de Ensino da medicina no Brasil.....	12
1.4 Panorama das transformações da Educação Médica no Brasil.....	13
1.5 Cenários de Aprendizagem.....	24
1.6. O curso de medicina da UFF e o Trabalho de Campo Supervisionado.....	25
1.6.1 Histórico da relação universidade-serviços.....	25
1.6.2 A reforma curricular.....	26
1.6.3 O Trabalho de Campo Supervisionado (TCS).....	28
Capítulo 2: Teorias de ensino-aprendizagem e a Prática Docente.....	32
2.1 Teorias de Ensino- Aprendizagem.....	35
2.2 Algumas categorias de análise da concepção epistemológica de ensino- aprendizagem.....	42
2.3 O campo de pesquisa sobre os saberes e prática docente.....	45
2.4 Algumas contribuições de Perrenoud sobre a prática docente.....	48
Capítulo 3: Metodologia e Resultados.....	52
3.1 Aspectos metodológicos.....	53
3.2 O professor de medicina.....	56
3.3 A epistemologia do professor.....	59
3.4 A concepção de processo de ensino-aprendizagem dos preceptores de TCSII.....	60
Capítulo 4: A prática docente no Trabalho de Campo Supervisionado II.....	72
Considerações Finais.....	91
Referências Bibliográficas.....	100
Anexos.....	105
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	106
- Roteiro de Entrevista.....	108

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo Curricular do Curso de Medicina da UFF.....	28
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1: Perfil dos preceptores de TCS II entrevistados.....	58
---	----

Lista de Siglas

PPC – Programa Prático Conceitual

PTD – Programa Teórico Demonstrativo

TCS – Trabalho de Campo Supervisionado

TCSII- Trabalho de Campo Supervisionado II

UFF – Universidade Federal Fluminense

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

P814s Pontes, Ana Lúcia de Moura
Saber e prática docente na transformação do ensino
médico. / Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro :
s.n., 2005.
108 p.

Orientador: Rego, Sérgio
Silva Júnior, Aluísio Gomes da
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola
Nacional de Saúde Pública.

1.Educação médica. 2.Docentes. 3.Ensino.
4.Aprendizagem. 5.Conhecimento. I.Título.

CDD - 20.ed. – 610.79

Introdução

Esta dissertação de mestrado teve diversas origens e percursos até este formato final. E, com muita alegria, percebo que por meio deste caminho conturbado, sem planejar, acabei contribuindo para um objetivo que há alguns anos tenho, ser educadora em saúde. Assim, nossa discussão se inserirá no campo da Educação Médica, que tenho me envolvido desde a graduação. Na época, minha percepção sobre a formação médica era discordante do currículo de minha universidade. O curso de graduação era demasiadamente teórico, com pouca articulação entre as disciplinas, a relação com os docentes era distante, freqüentemente ficávamos quatro horas ouvindo a exposição dos professores, que mesmo quando interessantes, era cansativo e pouco estimulante.

Fui encontrando a inspiração e motivação para terminar o curso nos projetos extra curriculares que me envolvi, principalmente no Centro Acadêmico e nos Projetos de Extensão. Nestes espaços pude participar ativamente na construção de propostas e projetos na área de promoção e educação em saúde, a postura crítica frente às concepções e ações de saúde eram estimuladas, e a relação com alunos e profissionais de diversos cursos também era muito boa, pude entrar em contato com diversas outras áreas do conhecimento, principalmente com as ciências sociais e humanas.

Assim, durante toda a graduação médica, procurei conhecer diferentes formas de trabalho em saúde, e com diferentes populações. Associado a isto, o contato com a prática médica nos hospitais e postos de saúde, levantou uma série de insatisfações, principalmente, com relação ao enfoque biológico do indivíduo, a medicalização da saúde e a relação médico-paciente superficial. Incomodava-me especialmente quando se fragmentava a abordagem e cuidado dos usuários, e se desconsiderava as condições culturais, sociais e econômicas do processo de adoecer. Estas experiências levaram a uma re/desconstrução do significado da saúde, e principalmente do papel do profissional médico. Entendendo este campo como prática social, o profissional passa a ser também um educador, que visa a autonomia, liberdade e autopromoção dos cidadãos. Assim, o caráter educativo da prática médica se ressaltava para mim, pois a relação médico-paciente tinha que ter compromisso com o outro e com o sistema de saúde, tinha que ser dialógica e pactuada, que era rica em novos aprendizados com o outro.

Desta maneira, o curso médico tradicional cada vez mais me pareceu inadequado para o tipo de médico que eu pretendia ser, e que acreditava que o Brasil precisava. Por isso, após terminar a graduação, tinha clareza que não me identificava com uma pós-graduação hospitalar tradicional, por isso, realizei o curso de especialização em “Educação e Saúde” da ENSP/FIOCRUZ em 2002, e ingressei no mestrado em 2003.

Ao mesmo tempo, estou inserida como médica residente de medicina preventiva e social do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, e por causa deste vínculo me envolvi com as discussões e atividades do curso de medicina da UFF. E, quando conheci mais detalhadamente a proposta do currículo me interessei especialmente pela disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado. Num primeiro contato, senti que esta disciplina (ou módulo) favorecia uma relação diferenciada entre professores e alunos, propiciava o uso da criatividade, o compromisso e ação dos alunos, e permitia um contato próximo com a comunidade e serviços visando um enfoque integral na atenção à saúde.

A Universidade Federal Fluminense (UFF) realizou, em 1994, uma reforma curricular, quando procurou desenvolver uma parceria mais ampla com a Rede de Serviços para garantir a implantação de um novo formato curricular, que privilegiava a atuação precoce dos alunos em rede hierarquizada de Serviços e nas práticas comunitárias. Neste novo formato de currículo, por meio do Trabalho de Campo Supervisionado II (TCS II) o aluno conhece a realidade de vida profissional, condições de saúde/doença e a atenção à saúde da população por meio de atividades nas unidades da rede básica do sistema de saúde de Niterói (Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas e Módulos do Programa Médico de Família).

Assim, o curso de medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) tem acumulado experiências de ensino-aprendizagem nos serviços de saúde e na realidade social. Entretanto, algumas dificuldades têm sido identificadas para a plena implementação desta proposta, sendo que alguns questionamentos podem ser feitos, tais como: Como os preceptores envolvidos percebem esta prática de ensino? Será que ela realmente rompe com a estrutura tradicional de ensino? Será que a inserção de alunos nos serviços de atenção básica é suficiente para a mudança no perfil de profissional formado?

Assim, nos propusemos neste estudo a **discutir a concepção de ensino-aprendizagem dos preceptores envolvidos na disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado II**, visando levantar elementos dos saberes e práticas docentes que colaborem para a transformação do ensino médico.

Para desenvolver este objetivo, inicialmente realizamos no **Capítulo 1** um resgate histórico sobre a **Educação Médica**, com destaque para o espaço da prática no ensino médico e para o currículo da UFF. Observamos que a experiência prática na formação médica se iniciou na Europa no final do século XVIII, quando os hospitais se tornaram o local central da prática e saber médico. Entretanto, o ensino médico não

tinha um caráter científico, que só foi adquirir no final do século XIX e início do XX, o que gerou diversos avanços e novos desafios para a prática médica.

O ensino médico tradicional tem forte influência do Relatório Flexner, de 1910, e no seu decorrer acabou por ter como características: o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, com uma sólida formação em ciências básicas, concentração nos aspectos da atenção individual, aprendizagem prática em ambiente hospitalar durante os últimos anos do curso, saberes e práticas estruturados em torno das especialidades médicas e um modelo pedagógico centrado no docente. Sendo que o ciclo profissionalizante no final do curso, momento em que ocorre a prática, é identificado como o espaço privilegiado do aprendizado da medicina.

Assim, a partir da década de 60, este modelo entrava em crise e diversos movimentos se iniciaram, principalmente visando adequá-lo a um novo paradigma para a atenção à saúde com enfoque em métodos e tecnologias práticas para atuação junto a indivíduos, às famílias, e a comunidade, com a participação da população local.

A principal estratégia utilizada foi a aproximação do aluno, desde o início do curso, a práticas de saúde na comunidade e em serviços de Atenção Básica, utilizando-se de metodologias ativas de ensino-aprendizado. Os Projetos IDA, Projeto UNI, Cinaem entre outros movimentos na educação médica foram nesta direção no Brasil.

Entretanto, muitas dessas iniciativas falharam em mudar as escolas médicas, sendo que freqüentemente se observou somente a incorporação de novas disciplinas, uso de novos materiais didáticos ou a incorporação de novas técnicas pedagógicas. Mas, durante a década de 90, foram surgindo exemplos de movimentos de reforma curricular que geraram mudanças consistentes no modelo de ensino médico.

Pudemos identificar o modelo curricular implantado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, em 1994, como um modelo que buscou romper com os padrões tradicionais de ensino médico, mas que encontra uma série de dificuldades para sua plena implementação. Particularmente, um programa chama atenção, o Trabalho de Campo Supervisionado (TCS), que ocorre do primeiro ao oitavo período. Por meio do TCS II, os alunos são inseridos em serviços de saúde da rede Básica de Niterói, em grupos pequenos com uma preceptoria. Mas será que esta estratégia é suficiente para a transformação desejada? Como ela é vivida na prática?

Interessados em compreender este programa específico, o TCS II, buscamos a fala dos preceptores sobre essa experiência. Optamos como “lentes” desse olhar sobre o TCS II, as teorias de ensino-aprendizagem. Se estávamos interessados em investigar rupturas no ensino médico, fomos nos basear nas teorias que subsidiam a prática de

ensino. Desta maneira, nosso referencial teórico se encontra no campo da epistemologia, especificamente no **construtivismo**, enquanto uma teoria que serve de guia da prática educativa, e que é o tema do **Capítulo 2**. O construtivismo vem romper com o enfoque no objeto do empirismo e o enfoque no sujeito do apriorismo. No construtivismo o aprendizado ocorre na interação sujeito e objeto, por meio de mecanismos sucessivos de acomodação e assimilação.

Nosso principal autor consultado foi Becker¹ que realizou um estudo com professores de diversos níveis, e discutiu a epistemologia subjacente à prática dos mesmos. Este autor concluiu que os professores freqüentemente têm uma noção de processo de ensino-aprendizagem no nível de senso comum, principalmente de caráter empirista. Entretanto, ao se confrontarem com os desafios da prática, estes professores apontam para uma perspectiva construtivista.

Nos processos de reforma curricular na medicina, em geral, parte-se do pressuposto de que colocando os alunos num novo ambiente de prática de saúde, necessariamente estes estarão se sensibilizando para uma nova prática, para a saúde coletiva. Esta percepção de que o aprendizado é passivo por parte do aluno, que basta expô-lo a um novo ambiente que eles irão absorver, é um caminho que pode levar ao insucesso dessas propostas inovadoras. No processo de aprendizagem, o sujeito é ativo, ele aprende num processo de acomodação e assimilação constante, sendo papel do professor explicitar as práticas, objetivos e relações deste aprendizado para sua formação e estimular uma reflexão sobre esta nova prática. Senão estaremos fadados a não mudar o perfil do profissional médico formado.

Para isso é importante que compreendamos esse processo de aprendizagem, e para mudar a prática docente se faz necessário compreender os elementos dessa prática. Ademais, tem-se freqüentemente mencionado o construtivismo, ou metodologias ativas ou método Paulo Freire no delineamento teórico dos novos currículos nos últimos anos, mas sentimos a necessidade de uma discussão de como este referencial tem sido apropriado pelos docentes e na prática. Assim, a coleta de material empírico consistiu na realização de **entrevistas com roteiro semi-estruturado**, a metodologia utilizada se encontra no **Capítulo 3**. Neste capítulo também analisamos parte dos resultados, como o perfil dos preceptores entrevistados e a concepção de ensino e aprendizagem dos mesmos. No **capítulo 4**, concentramos a discussão sobre a prática docente no Trabalho de Campo Supervisionado II, explicitando os objetivos e metodologia desta disciplina e a epistemologia subjacente à mesma.

E, ficamos felizes por perceber que na finalização deste trabalho novas perspectivas de encarar nosso objeto e os sujeitos envolvidos surgiram. Nas **Considerações Finais** apontamos as contribuições e importância da reflexão sobre as concepções de ensino-aprendizagem para a **prática docente e transformação da educação médica**. Este trabalho está comprometido com a busca de uma nova formação médica para um novo modelo de atenção à saúde e de prática médica. Pretendemos contribuir para a formação de profissionais comprometidos com a realidade sócio-sanitária e os princípios do Sistema Único de Saúde. Também acreditamos na necessidade de se valorizar a formação e prática docente no ensino superior, prática esta tradicionalmente considerada como um campo de expertise técnica, mas que entendemos como uma atividade complexa, criativa, determinada pelos contextos, e que por isso, exige uma capacidade constante de reflexão crítica e construtiva.

Capítulo 1:

Educação Médica

1.1. Marcos Históricos

Como apresentamos anteriormente, este estudo procurará discutir uma experiência de ensino médico nos serviços básicos de saúde sob a ótica do olhar docente. Desta maneira, neste capítulo, realizaremos um resgate histórico da educação médica enfatizando os momentos e etapas de inserção dos alunos nos serviços e da relação teoria e prática.

Até o século XV, o ensino da medicina, na Europa, era feito por religiosos, e consistia na leitura das obras de Galeno e Hipócrates, sendo que depois de 1540 também foi introduzida a leitura de autores árabes (Avicena, Rhazes e Averróis). Neste período os médicos eram chamados de “físicos”, se distinguindo dos cirurgiões, que tinham uma posição inferior na categoria².

Durante os séculos XVII e XVIII a formação médica era feita pela transmissão de procedimentos, estava ausente o campo de experiências em quaisquer espaços, inclusive o hospital. O Hospital enquanto espaço de atuação e formação médica surge no final do século XVIII. Antes deste período o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, mas sem o intuito de curar, era um local onde os que estivessem para morrer seriam assistidos material e espiritualmente. Assim, era um espaço de caridade, e o pessoal hospitalar era leigo ou religioso. O saber médico era encontrado nos grandes tratados clássicos de medicina.

No decorrer do século XVIII, devido à transformação do saber e da prática médica^a, o hospital passa ser o lugar de cura, registro, acúmulo e formação médica. Entre 1780/1790 o hospital passou a ser o espaço privilegiado da formação médica³.

Assim, o ensino médico como conhecemos hoje se construiu no século XIX, devido, principalmente, a dois eventos: a constituição do Hospital como um espaço de saber/poder médico, como descrito anteriormente é um deles e; a constituição da medicina científica. Esse segundo evento se deu pela orientação das pesquisas biomédicas no sentido de construir um arcabouço teórico, para a explicação das doenças, com base nos saberes físico, químicos e biológicos, numa concepção quantitativa do normal e patológico^b⁴. Esse processo não ocorreu de maneira linear, como descrito por nós, mas marcado por avanços e crises. Edler⁴ também ressalta que essas características da prática e do ensino médico foram construídos com base em negociações, consensos e dissensos entre os médicos e outras categorias de curadores^c, assim, foram condicionados pela estrutura social no qual estão inseridos.

O principal marco da escola médica moderna foi o Relatório Flexner, em 1910, que foi publicado nos Estados Unidos, e repercutiu em todo o mundo. Entretanto, Rego²

ressalta que devemos observar que desde o final do século XIX, havia nos Estados Unidos, um movimento de discussão de mudança das universidades. Inspirados pelo modelo alemão, buscava-se introduzir aspectos práticos no ensino superior, seja na ênfase no ensino de habilidades úteis ou no incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento do conhecimento científico⁴.

Assim, no início do século XX, havia um esforço de avaliação das escolas médicas americanas e algumas universidades já haviam transformados seus cursos médicos. Desta maneira, foi neste contexto que a American Medical Association (AMA) contratou a Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino para realizar uma nova avaliação das escolas médicas. Como produto desta avaliação Abraham Flexner produziu um relatório, cujas recomendações foram incorporadas pela AMA como um padrão para as escolas médicas, que deveriam segui-las.

Neste relatório, Flexner relatou a precariedade do ensino médico nos EUA, e fez algumas sugestões para a transformação das escolas médicas, que Rego² (p.32) resumiu em:

- “exigência da graduação de nível superior para o ingresso na faculdade de medicina e extensão do curso para quatro anos com mais um ano de internato após a graduação;
- obrigatoriedade do ensino laboratorial;
- estímulo a contratação de docentes, mesmo clínicos, em tempo integral;
- expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- vinculação das escolas médicas às universidades;
- ênfase na pesquisa biológica como forma de adequar a educação médica ao desenvolvimento das ciências médicas;
- estímulo à pesquisa e sua vinculação ao ensino.”

Essas recomendações foram seguidas por quase todas as escolas médicas americanas durante a Reforma da década de 10 e 20⁵. Sendo que muitas escolas foram fechadas por não seguirem este padrão. A partir de então a AMA se legitimou para regulamentar as escolas médicas americanas. Esse modelo permaneceu intacto durante várias décadas, mas em 1952 como resultado da Conferência sobre Ensino da Medicina Preventiva, realizado no Canadá, se apontou os principais problemas do mesmo:

“(...)ênfatar a separação entre ações preventivas e curativas e a ausência de uma visão integral das práticas de saúde”⁶ (p.122).

E, desde então, denomina-se de Flexneriano o modelo de ensino médico que privilegia o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, com uma sólida

formação em ciências básicas, concentração nos aspectos da atenção individual, aprendizagem prática em ambiente hospitalar durante os últimos anos do curso, saberes e práticas estruturados em torno das especialidade médicas e um modelo pedagógico centrado no docente ⁷.

Desta maneira, na década de 60, começaram a ser criados departamentos de Medicina Preventiva e programa médicos-sociais para o ensino dos estudantes e para o desenvolvimento do campo da saúde pública ⁸. A Medicina Comunitária foi outra proposta que, apesar de se propor a reformar o ensino médico, só avançou no sentido da criação de centros de saúde, mas sem a integração com o sistema público de saúde.

Em 1978 a Conferência Internacional sobre Atenção Primária a Saúde, em Alma-Ata, propõe um novo paradigma para a atenção à saúde com enfoque em métodos e tecnologias práticas para atuação junto a indivíduos, às famílias, e a comunidade, com a participação da população local.

1.2. A criação das escolas médicas no Brasil

Um dos principais marcos históricos do ensino médico no Brasil foi a criação de uma Escola de Cirurgia no Antigo Hospital Militar da Bahia, em 1808^d, que viria a se constituir na primeira faculdade de medicina em 1832. Na mesma época, com a transferência da capital, fundou-se a Academia Médico – Cirúrgica no Rio de Janeiro.

Antes disso, médicos formados em Portugal chegaram no Brasil, e havia um sistema que permitia que indivíduos sem curso superior, que fossem aprendizes de médicos e cirurgiões, fossem “licenciados” para a prática da medicina. A formação destes aprendizes, ao contrário da formação acadêmica que era eminentemente teórica, consistia de treinamento prático².

Assim, os primeiros cursos médicos no Brasil, primeiro em Salvador e depois no Rio de Janeiro, utilizaram-se de hospitais militares. Até a transformação das escolas médicas em faculdade de medicina, em 1832, se concedia dois tipos de diplomas, o de ‘cirurgião’ e o de ‘cirurgião formado’. O Cirurgião Formado, além dos atos cirúrgicos, poderia exercer a medicina em regiões do Império onde não houvesse médicos. Em 1826, as escolas médico-cirúrgicas conseguem o direito de monopólio sobre a formação profissional ⁴.

Inicialmente, os cursos de medicina e cirurgia eram separados e duravam 5 anos cada, mas em 1884 foram unificados e sua duração estendida para oito anos². O modelo

francês é o que exerce a maior influência nas primeiras escolas médicas, que adotava uma pedagogia voltada para a observação clínica junto ao leito do paciente.

“Em meados do século, o desenvolvimento das disciplinas que transformaram as bases do saber médico, com a introdução do enfoque experimental, encontrou resistências (...).”⁴ (p.76)

Assim, a avaliação das escolas médicas no século XIX mostrava uma situação “caótica”, com o despreparo dos alunos devido à má qualidade da educação científica durante o ensino secundário, professores com baixa remuneração levando-os a se dedicarem a consultórios particulares, falta de concurso para as cátedras, inexistência de ensino prático nas clínicas especiais e nas disciplinas que exigiam um laboratório, bibliotecas desatualizadas, processo seletivo precário⁴.

A formação médica encontrava, no Brasil, nesta época, uma série de dificuldades para seu aperfeiçoamento^e. Esta situação foi se modificar com a emergência do modelo germânico de ensino médico no final do século XIX. Como explicamos anteriormente, o modelo germânico se difundiu no mundo através do Relatório Flexner, sendo que a influência do mesmo nas escolas médicas brasileiras foi mais tardia, ocorrendo a partir das décadas de 40-50 do século XX.

Deste período até 1940, ou seja, em quase um século, foram fundadas somente mais onze escolas médicas, todas elas de natureza pública, no Rio de Janeiro (3), São Paulo (2), Minas Gerais (1), Rio Grande do Sul (1), Paraná (1), Pernambuco (1), Ceará (1) e Pará (1), localizadas nas capitais destes estados.

O ensino de saúde pública, desde a década de 20, se desvinculou das Faculdades de Medicina, e se aproximaram das administrações públicas da saúde federal e estadual, até serem criadas instituições de ensino próprias. A faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo foi fundada em 1945 e a Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, em 1950.

Entre as décadas de 50 e 60 o número de escolas médicas triplicou. Se no início do século havia três escolas médicas, em 1940 chegou-se a treze, entretanto, em 1968 já eram 58 e em 1975, 73.

Entre 1982 e 2003, ocorreu um aumento de 41% das matrículas iniciais, sendo que proporcionalmente o aumento foi maior nas regiões centro-oeste e norte, e em número absolutos foi maior na região sudeste e sul. Observa-se também que as instituições privadas e filantrópicas cresceram mais acentuadamente, sendo que em 2003 corresponderam a 62,7% das matrículas iniciais.

Atualmente contam-se 113 escolas médicas distribuídas em 81 municípios, sendo que se pode observar uma concentração de instituições no corredor Rio-São Paulo-Minas Gerais - que possuem a metade das escolas.

Ou seja, nesse este período houve pouco planejamento do crescimento e ordenamento das escolas médicas no Brasil. Também podemos apontar uma política de flexibilização da legislação para abertura e regulamentação de novas escolas.

1.3 O modelo tradicional de ensino da medicina no Brasil

Segundo Rego², a maioria dos cursos de medicina ainda estão organizados de acordo com a Resolução no. 8, de 8 de outubro de 1969, apesar de as Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Medicina terem sido publicadas em 2001.

Assim, como características gerais dos cursos de medicina, temos: durante os dois primeiros anos observamos as disciplinas básicas como anatomia, fisiologia, histologia, fisiopatologia, genética, parasitologia, higiene, entre outras. Num modelo pedagógico que privilegia a memorização e repetição dos conteúdos, sem correlação com a futura prática.

Durante o ciclo profissional, as disciplinas seguem a lógica das especialidades, ocorrendo nos hospitais universitários ou de ensino. Frequentemente observa-se que existe um grande número de disciplinas, e pouca articulação entre as mesmas. A carga horária é dividida segundo disputas de poder e não de um perfil profissional desejado.

Dentre todas as práticas pedagógicas presentes no curso médico, como consultas na biblioteca, aulas expositivas, seminários, as mais valorizadas são as aulas práticas, que seriam o momento mais significativo do aprendizado da medicina⁹. Feuerwerker¹⁰ também aponta a experiência adquirida pela prática como o momento privilegiado de construção da prática profissional dos médicos, tanto nos aspectos técnico quanto ético. Entretanto, em geral, ao longo do curso existe uma dicotomia entre teoria e prática, sendo que a prática inicia-se efetivamente no Internato.

Ressaltaremos, também, que essa experiência e prática valorizadas são no campo da clínica. Portanto, a experiência prática na comunidade ou nos serviços básicos de saúde no início da graduação frequentemente não tem uma boa receptividade entre os alunos, e frequentemente são identificadas como atividades de “cultura geral ou social” e “não médica”.

Rego² identifica cinco tipo de atividades práticas de clínica que os alunos passam durante a graduação, sendo elas:

- prática nas enfermarias, onde ocorre o primeiro contato com os pacientes, é extremamente hierarquizada, e a atuação do aluno limitada;
- aulas práticas, freqüentemente em ambulatórios, sendo que o aluno é observador;
- estágio de internato, é obrigatório, varia de 18 a 24 meses, e é o momento que o aluno assume uma responsabilidade crescente pelo paciente;
- estágios extracurriculares, que os alunos buscam para iniciarem precocemente sua prática profissional, e freqüentemente sem supervisão;
- atividades de extensão curricular, atividades comunitárias de pesquisa e/ou assistência;

De maneira geral, o hospital é o espaço das práticas, segundo Campos¹¹, 86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos ocorrem em Hospitais Universitários. Assim, como o modelo de atenção desses Hospitais está estruturado em especialidades e no uso (as vezes, não controlado) de alta tecnologia, temos um perfil de profissional egresso diferente do que se tem preconizado como necessário para os dias de hoje, que seria um profissional generalista.

Ademais, até a criação dos hospitais universitários, o ensino médico ocorria em instituições de assistência médica oferecida aos pobres, segundo uma lógica que se beneficiava da vulnerabilidade desses pacientes para utilizá-los como objeto de estudo e ensino. A desigualdade de poderes entre médico e pacientes ainda é uma marca dos serviços que servem como espaço de ensino, e nos serviços públicos em geral.

Porém, se é durante a formação médica que podemos encontrar os mecanismos de perpetuação da ordem médica, ela ocorreria principalmente por meio das relações práticas presentes no ensino médico. Por isso é importante não só mudar os conteúdos informativos veiculados na escola médica como também a relação que se estabelece com a realidade do conhecimento. Desta maneira, a mudança dessa relação poderia refletir numa nova prática médica.

1.4. Panorama das transformações na Educação Médica no Brasil

Antes da década de 50, as influências dos modelos de educação médica estrangeiros chegavam ao Brasil por meio de missões especiais de professores e dirigentes de universidades estrangeiras. A partir dos anos 50, organismos

internacionais, com destaque para a OPAS e Fundação Kellogg, exerceram sua influência nas representações em reuniões nacionais e regionais⁵.

Entre o final de década de 50 e início da década de 60 foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas por influência da OPAS⁸.

“As atividades desenvolvidas por estes departamentos giraram em torno de medidas de prevenção, busca de ações integradas de prevenção e cura, e *fundamentalmente foram responsáveis por todo um conjunto de ações “extramuros”, isto é, fora do hospital de ensino*”, nas quais se envolveram estudantes, docentes de medicina preventiva”⁸ (p.25).

Na década de 70, a OPAS trouxe para a América Latina a proposta de “Medicina Comunitária”. O objetivo desta proposta era estender a cobertura dos serviços em centros e postos de saúde, e foram desenvolvidas por professores dos Departamentos de Medicina Preventiva. Assim, essas duas iniciativas faziam parte de um mesmo processo, e eram desenvolvidas por um grupo restrito de professores das escolas médicas.

Essas duas iniciativas foram posteriormente avaliadas como ineficientes para transformar a formação médica, pois deixaram como marca “a idéia de que as atividades que se executam fora do hospital de ensino são atribuições apenas dos departamentos de Medicina Preventiva e Social”⁸ (p.29).

A partir da segunda metade da década de 70 inicia-se um processo de discussão para a reestruturação e constituição de um Sistema Único de Saúde no Brasil, que culminou com sua promulgação da Constituição de 1988. Este movimento, denominado de “movimento sanitário”, sempre apontou que a questão dos recursos humanos seria fundamental para a plena implementação do SUS. E, neste mesmo período, em 1978, a Conferência de Alma-Ata, influenciou no Brasil a valorização da Atenção Primária e uma concepção de saúde ampla. Esses acontecimentos vieram favorecer a emergência das propostas de integração docente assistencial ao final da década de 70.

Marsiglia⁸ (p.31) apresenta a definição de Integração Docente Assistencial (IDA) da OPAS/MS/MPAS/MEC de 1979:

“união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequados às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino”.

Assim, a Integração Docente Assistencial (IDA) procurou incentivar a articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde, a fim de mudar a formação e práticas em saúde, adequando-as às necessidades da população.

A criação de Distritos Docentes Assistenciais, a ênfase nos serviços básicos de saúde, integração hospital de ensino no sistema de saúde e formalização do compromisso entre os diversos atores eram considerados as prioridades desta proposta⁸.

Era uma proposta para todas as categorias profissionais de saúde, que pressupunha um compromisso entre as instituições e exigia a participação da comunidade. Também se defendia um novo processo de ensino-aprendizagem mediante vivências de práticas na realidade, participação ativa do aluno e interação entre ensino e serviços. Pretendia-se que este processo levasse a mudanças profundas nos currículos dos diferentes cursos da área da saúde, e das relações universidade – serviços⁸.

Marsiglia⁸ realizou uma análise das experiências de IDA no Brasil, no ano de 1992. Constatou que estas experiências são antigas, e institucionalizadas nas universidades, mesmo que de forma marginal. Neste ano ela levantou 36 experiências no Brasil, sendo que a maioria (77,7%) eram relacionadas a universidades públicas, e a maioria se encontrava na região sudeste, 80% atuavam na área da saúde, sendo a principal atividade a organização dos serviços (30,6%), seguida de desenvolvimento de recursos humanos. Essas experiências relataram que a principal mudança foi na universidade (41,7%), seguido de mudança no serviço (16,7%). Nesta articulação as universidades realizavam principalmente a supervisão de alunos (28,9%), disponibilizava de recursos docentes (15,5%) e atividades de educação continuada (8,8%). As Secretarias estaduais de saúde contribuía com a disponibilização de recursos humanos, materiais e financeiros (37,5%), cessão da rede física para o ensino(20,8%) e co-gestão do projeto (12,5%). As secretarias municipais de saúde contribuía com a disponibilização de recursos humanos, materiais e financeiros (33,3%), cessão da rede física para o ensino(16,6%) e planejamento e apoio técnico (12,5%).

No início da década de 80 existiam 34 experiências de Integração Docente Assistencial na América Latina, entretanto uma avaliação do Dr. Marcos Kisil feita em 1985 constatava três falhas nas IDAs: ausência da participação da comunidade, segmentação por faculdade, profissão ou departamento; e não proporcionavam alterações profundas na estrutura curricular das faculdades⁸ (p.35).

Feuerwerker¹⁰ também aponta que as experiências IDA contribuía muito mais para o movimento sanitário no Brasil do que para a mudança dos cursos de medicina.

Como razões para essa pouca influência nos currículos a autora discute o fato que a maioria das iniciativas se concentraram nos Departamentos de Medicina Preventiva. Mas apesar da limitação de seus efeitos, conseguiu-se incluir disciplinas nos currículos com maior ênfase na dimensão social, ampliou-se a assistência, diagnósticos e tecnologias nos serviços e aumentou-se a participação comunitária nos serviços.

Almeida⁵ também cita o resultado de algumas avaliações das experiências IDA, apontando como avanços a maneira efetiva de racionalizar o uso de recursos ; contribuir para a formação de uma massa crítica de líderes; propiciar o desenvolvimento de trabalho em equipe; contribuir para desmistificar a exclusividade da atenção hospitalar. Como debilidades relata a sua dependência de líderes carismáticos; por ser inovadora é destabilizadora, poder ser encarada como atividade marginal por ser desenvolvidas somente por alguns setores das escolas; são excessivamente acadêmicas; apresentaram um desenvolvimento insuficiente de novos modelos de prática; dependência de recursos externos; precariedade de processos de auto-avaliação.

Em 1988 foi realizado um estudo sobre a Educação Médica nas Américas – Projeto EMA – que analisou a articulação entre as escolas médicas e os serviços de saúde tendo as seguintes conclusões⁸ (p.36-7):

- o ensino médico dava grande ênfase aos hospitais de ensino, especialmente às enfermarias com pacientes mais graves;
- constataram uma preocupação com a articulação entre ensino e os serviços que ocorriam em três níveis: 1. colaboração entre as autoridades dos dois sistemas na discussão de problemas comuns e definição de trabalho cooperativo para resolve-los, o mais freqüente; 2. coordenação do trabalho entre ambos, com acordos formais nos quais a escola prestaria assistência integral à população de uma área geográfica determinada; 3. plena integração da educação e dos serviços, que eram as mais raras;
- existia um receio de que a integração desviasse os alunos e professores das tarefas acadêmicas;
- recomendavam: as escolas não deveriam assumir a administração dos serviços; compartilhamento da responsabilidade da área geográfica e populacional entre escola e serviços; faculdades assumindo funções como atualização, pesquisas, assistência médica e epidemiológica; trabalho multiprofissional;

Como críticas ao EMA temos que “sua análise centrou-se nas dimensões educacionais (curriculares) da prática universitária, nas implicações individuais da prática profissional e na extensão dos espaços institucionais de formação, significando suas conclusões, essencialmente, linhas para uma maior eficiência educacional no marco de um modelo educativo não questionado”⁵ (p.61).

Durante as décadas de 70 e 80, as propostas e experiências provenientes do preventivismo, medicina comunitária, medicina geral e/ou de família, da integração docente assistencial e outras foram analisadas e criticadas. Como resultado desse balanço chegou-se a conclusão de que esses movimentos tiveram pouco impacto na essência da educação médica. Como explicações para este resultado discute-se que a educação medica reproduz a ideologia e práticas hegemônicas da medicina, e neste momento ainda é o modelo liberal que é reproduzido pelos docentes⁵.

Almeida⁵ resume as principais tendências da educação médica nos anos 70 e 80: mudança do objeto de estudo, da especificidade de cada disciplina para à saúde da população e processo saúde-doença; enfoques interdisciplinares; integração docente assistencial, como prestação de serviços à comunidade e produção de novos conhecimentos e práticas; incorporação e reconceitualização das ciências sociais nos processos educacionais; inserção da universidade nos processos de transformação dos sistemas de saúde.

Como problemas dessas propostas Almeida⁵ (p.56) aponta: “a) compreensão insuficiente das conseqüências do processo de capitalização do setor saúde sobre a educação médica; b) a subestimação da importância de se trabalhar por transformações dentro das escolas médicas, motivada pela convicção de que era preferível agir na organização dos serviços de saúde e na prática assistencial, já que estas teriam maior poder de determinação sobre a primeira; c) a insuficiência da abordagem dos problemas propriamente pedagógicos da educação médica; d) a superestimação do potencial que a mudança de cenários de aprendizagem tem para transformar o conteúdo e a orientação do processo de formação profissional, o que só acontece se a diversificação de cenários vier acompanhada de mudanças nas práticas de atenção à saúde; e) o equívoco de pretender mudanças na escola médica via processos inovadores desencadeados a partir de um ou alguns departamentos isolados; f) a reduzida capacidade de influência sobre o ensino médico que a introdução de disciplinas como a sociologia, as ciências do comportamento e outras demonstram ter, em razão de não se ter buscado identificar suas contribuições específicas para a formação do médico.”

Almeida⁵ também destaca alguns pontos que o Dr.Mário Chaves considera importantes para a reflexão do impacto dessas propostas. Ressalta que o currículo reflete um sistema de valores da escola médica, e que no momento esses projetos são contra-hegemônicos. Outra questão é a forma de financiamento dos serviços de saúde, com a descentralização passou-se a valorizar a Atenção Primária, e estas atividades foram revalorizadas na universidade, tornando-se “parte da rotina”. Também fizeram críticas às formas de incentivo de mudanças no ensino, que ainda valorizam mais a prática nos hospitais universitários do que unidades básicas na formação⁸.

Rezende⁶ discute a aproximação estudo e trabalho, um dos pressupostos das propostas IDA. Aponta que as dificuldades para essa aproximação são diversas, uma delas é a mudança do objeto de ensino, do nível teórico para o prático, sendo que o pensar é mais valorizado que o fazer na academia.

Outra questão levantada por Rezende⁶ é o deslocamento dos docentes e alunos. O local dessa nova aproximação entre estudo e trabalho é o serviço, o que gera não só um deslocamento geográfico como de condições de trabalho. A universidade costuma ser um local privilegiado, mas a falta de infra-estrutura e de conforto é freqüente nos serviços. Ademais, por vezes são exigidos dos docentes, alunos e profissionais novas funções. Do docente e do aluno se exige a prestação de serviço, e do profissional, um papel de educador, sendo que todos não são preparados nem estimulados para estas novas tarefas. Algumas questões operacionais também se impõem no deslocamento dos alunos e professores, como transporte, por vezes, seguro-saúde.

A própria relação entre esses atores não se dá sem conflito, pois como freqüentemente o pessoal do serviço não participa do planejamento e avaliação das atividades didáticas, podem considerar a presença da academia como ameaçadora. Os profissionais podem perceber a observação e reflexão da academia sobre seu trabalho como uma intromissão. E por não se sentirem comprometidos com o processo de ensino aprendizagem, a presença dos alunos e docentes pode vir a ser considerada negativa, e não como uma contribuição para a melhoria dos serviços.

Essas dificuldades são devido a um processo histórico de construção desta dicotomia teoria –prática, porém, se essas experiências de inserção de alunos nos serviços for desenvolvida com uma postura crítico-reflexiva, e com um intuito de transformar a realidade, pode-se avançar em outro sentido.

1.4.1. Debates sobre educação médica na década de 90

Na discussão do processo de reformulação do ensino médico dois movimentos devem ser destacados, a CINAEM e o programa UNI. Na década de 90, as experiências IDA tinham-se constituídos enquanto rede, e buscavam uma nova proposta que superasse as limitações das ações anteriores.

Assim, a proposta UNI, “Uma Nova Iniciativa em educação nas profissões de saúde: União com a comunidade”, foi uma continuidade das experiências anteriores de Integração Docente Assistencial mas com outros aspectos tais como : equipe multiprofissional, dimensão pedagógica e enfoque familiar, estreitando relações com a comunidade e desenvolvimento de lideranças. Os estágios na comunidade seriam obrigatórios, as disciplinas deveriam ter como denominador comum a epidemiologia, o trabalho multiprofissional e o ensino-aprendizagem se faça nos serviços, tendo o Sistema Local de Saúde (SILOS) como unidade básica do sistema de saúde ⁸ (p.39-40). Com base nessas premissas foram selecionados 15 projetos na América Latina, sendo quatro no Brasil, que seriam financiados pela Fundação Kellogg por três anos, a partir de 1992 ⁸.

Foi uma proposta não direcionada para cursos isolados, mas às escolas de saúde, e enfatizava a articulação da universidade com os serviços de saúde e com a comunidade. A base da seleção dos conteúdos curriculares deveria ser o conhecimento epidemiológico, deveria-se superar a separação entre ciclos básico e profissional e propunha-se a incorporação das ações de prevenção e promoção à saúde na atividade habitual dos profissionais. Essas mudanças deveriam ser incorporadas no currículo e ocorrer ao longo de todo o curso ¹⁰.

Em relação ao modelo pedagógico, preconizou-se três aspectos: diversificação dos cenários de ensino aprendizagem, treinamento em serviço e experiência de aprendizagem em equipes multiprofissionais. As metodologias ativas de ensino aprendizagem deveriam ser predominantes e propunha-se estimular o trabalho em equipe. Assim, a inserção precoce dos alunos na rede de serviços de saúde era um dos pontos de destaque, com ênfase na rede primária. Como consequência dessa aproximação da universidade com os serviços teríamos um reajuste e reorganização dos serviços, estímulo a propostas de educação permanente e o redirecionamento das pesquisas para as necessidades dos serviços e da população ¹⁰.

Na mesma época, em 1991, numa resposta à proposta de se instituir um “exame de ordem” para a categoria médica, onze entidades instituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Primeiramente, a CINAEM realizou por meio de um questionário – que incluía uma avaliação sobre a estrutura política e econômico-administrativa das escolas, infra-estrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de assistência e pesquisa e médico formando - um diagnóstico da situação das escolas médicas no Brasil. Esta avaliação^g concluiu que era insatisfatória a situação¹⁰.

Após três anos, delineou-se três tipos de estudos para analisar alguns aspectos levantados na primeira fase: um estudo transversal para avaliar os Recursos Humanos, um estudo longitudinal com testes cognitivos antes e depois do internato e avaliações periódicas de conhecimentos, habilidades e atitudes para avaliar o médico formando, e, por fim, um estudo com base no enfoque estratégico para avaliar o modelo pedagógico. Na prática, essa segunda fase limitou-se aos estudos longitudinal e transversal¹⁰.

A terceira fase envolveu docentes e estudantes que, por meio de oficinas de trabalho, estabeleceram diretrizes centrais para uma proposta de mudança das escolas médicas. A proposta elaborada recomendava o uso de sistema tutorial e, desde o início do curso, os alunos deveriam estar em contato com os serviços de saúde e com as comunidades. Durante o primeiro ano estudaria-se as dimensões social e psíquica, e a partir do segundo ano, a dimensão biológica. Em seguida, os alunos “aprenderiam a compreender as necessidades dos pacientes, identificar as alternativas tecnológicas de intervenção, a decidir e executar intervenções no processo de trabalho em saúde”¹⁰ (p.56).

Propunha-se também uma gestão transformadora, ou seja, a elaboração de um novo projeto institucional, a gestão horizontal e participativa, o conhecimento e acesso a fontes e formas de captação financeira e a recuperação e ampliação da infra-estrutura material.

Na quarta fase, as escolas deveriam apresentar projetos de transformação. Entretanto, a CINAEM encontrou dificuldades políticas para continuar este trabalho, algumas instituições importantes saíram desse movimento desarticulando o processo e encerrando-o.

1.4.2.As Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina: 2001

Assim, desde a década de 50, tem-se debatido sobre a necessidade de mudança desse modelo de formação, buscando-se valorizar a atenção básica e os determinantes sociais da saúde. Como estratégia de implantação deste novo enfoque nos cursos de medicina, surgiram departamentos de Medicina Preventiva e Social, que desenvolveram diversos projetos extra-muros, como as IDA. Entretanto, esses Departamentos e essas iniciativas foram insuficientes para mudar o perfil da formação médica.

Na década de 90, se destacaram dois movimentos na discussão do ensino médico, a CINAEM e os Projetos UNI. As articulações da Cinaem e do Programa UNI movimentaram as discussões acerca da reforma do ensino médico num âmbito nacional, permitiram a capacitação de estudantes e docentes para este debate, geraram diversas experiências inovadoras e colocaram essa questão na agenda das escolas médicas. Diversos atores que participaram desses dois movimentos acabaram por influenciar a formulação e implementação de políticas públicas do Ministério da Saúde e da Educação acerca do direcionamento do ensino na área da saúde e de formação de recursos humanos em saúde.

Assim, depois de uma década de acúmulo de debate e experiências, as políticas públicas de recursos humanos em saúde estão incorporando algumas dessas propostas de mudanças.

Encontramos nas novas diretrizes curriculares dos cursos da saúde, por meio da Resolução CNE/CES no. 4 ¹², de 2001, um enfoque em habilidades e competências, rompendo com a tradicional estrutura de conteúdos disciplinares mínimos. Esse documento aponta para uma mudança na formação médica, na medida em que estabelece como perfil do formando egresso/profissional:

“Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”¹² (art. 3)

A ênfase é dada para um médico generalista, que saiba integrar ações de promoção e prevenção à saúde com ações de recuperação e reabilitação, preconizando um enfoque integral do indivíduo e uma concepção ampla do processo saúde- doença. O profissional de saúde e o usuário são entendidos como sujeitos, sendo que esta relação deve seguir princípios éticos e de respeito à cidadania.

A reformulação das diretrizes curriculares visa adequar a formação às necessidades e problemas contemporâneos do ensino e da assistência à saúde. Assim, revisa o modelo pedagógico propondo uma metodologia ativa, onde o aluno busca o conhecimento e o docente é um facilitador. O estímulo à troca e criatividade no processo de ensino-aprendizagem seria uma habilidade útil para o enfrentamento de novas situações na prática profissional. Esse aprendizado também deveria ser direcionado segundo às necessidades dos serviços de saúde e da população. A mudança do modelo pedagógico exige uma reformulação dos currículos a fim de que: o aluno seja responsável por seu aprendizado; o currículo seja integrado e integrador dos conteúdos; exista uma maior diversidade dos cenários de ensino-aprendizagem; inserção precoce nos serviços; a avaliação seja contínua e ampla; ocorra experiências de trabalho em equipe e cooperação multiprofissional; exista flexibilidade para novas iniciativas; e haja suporte psicopedagógico para os alunos.

No âmbito das habilidades e competências gerais estabelece-se que estas são ¹²:

- Atenção à saúde: prática integrada que contemple ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- Tomada de decisões: capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade;
- Comunicação: os profissionais devem ser acessíveis e manter a confidencialidade;
- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais devem estar aptos para assumir posições de liderança com compromisso, responsabilidade e ética;
- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer gerenciamento e administração;
- Educação permanente: devem ser capazes e responsáveis por aprender continuamente

Essas diretrizes procuram responder a questões como o volume crescente de conhecimentos e tecnologias, a crise da assistência à saúde devido ao seu custo

crescente e baixa eficácia, a rápida mudança do perfil epidemiológico das populações e dos agravos no Brasil, entre outros. Outro grande objetivo seria direcionar a formação dos profissionais de saúde segundo às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como vimos, os debates acerca do ensino médico apontam para uma articulação ensino-serviços, com um enfoque na Atenção Básica e Promoção da Saúde e metodologias de ensino aprendizagem ativas. A inserção precoce^h dos alunos nos serviços é identificada como uma das estratégias fundamentais.

Nosso estudo se insere num contexto onde a atual forma de produção de conhecimento e de práticas em saúde respondem inadequadamente aos novos problemas e necessidades nas áreas da saúde e da educação. Isto se deve, em parte, a processos gerais de transformação do mundo do trabalho com modos de produção novos, novas maneiras de oferecer serviços, novos mercados e intensa inovação comercial, tecnológica e organizacional. São exigidos do trabalhador capacidades de diagnóstico, de solução de problemas, tomadas de decisões, de intervenção no processo de trabalho, de trabalho em equipe, de auto-organização e de enfrentamento de situações em constante mudanças¹⁰.

Todo este processo de transformação social tem levado a mudanças e crises nos campos da saúde, educação e organização social, que demandam uma concepção centrada na problematização da realidade, com crescente autonomia e participação das pessoas, promovendo a intersetorialidade e gerando novas relações sociais.

Assim, a Universidade e os Serviços de Saúde encontram o desafio de responder à esta necessidade de mudança, sendo que são campos intimamente ligados.

Entretanto, esta reorganização do modelo de atenção e do modelo de formação profissional vai implicar em mudanças nas relações de poder dentre os vários atores envolvidos. E certamente, vão ocorrer conflitos e tensões. Desta maneira, faz-se necessário a participação dos atores internos e externos à universidade, e o entendimento dos diferentes interesses e arranjos de poder.

Assim, é importante redefinir e ampliar os espaços de interação entre Universidades e Serviços de Saúde, de modo a inserir a questão da formação profissional na agenda das diferentes instâncias do SUS e a reforma sanitária na agenda das escolas. É fundamental facilitar e estimular esse processo de interação e reconhecimento, de modo a possibilitar a mobilização de poderes e a negociação de distintos interesses à luz das necessidades sociais de saúde¹⁰. Percebemos que no momento atual o tema da educação dos profissionais tem começado a entrar na agenda

dos gestores, pois a qualidade do serviço é afetada pela questão da formação profissional.

1.5 Cenários de aprendizagem

Temos observado que uma das estratégias mais incentivadas para os novos cursos de medicina tem sido a inserção precoce de alunos de graduação nos serviços de Atenção Básica. Nesses casos, os serviços passam a serem entendidos também como “cenários de aprendizagem”, que se refere a :

“não somente ao local onde se realizam as práticas, mas também aos sujeitos nelas envolvidos, à natureza e conteúdo do que se faz (...) à incorporação e à inter-relação entre métodos didáticos-pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras (...) a valorização de preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas. Eles se relacionam também aos processos de trabalho, ao deslocamento do sujeito e do objeto do ensino e à revisão da interpretação das questões referentes à saúde e à doença, em que se considera sua dinâmica social.”¹³ (p. 40)

Para muitos autores, a concepção de serviços enquanto cenário de aprendizagem configura-se como uma nova forma de pensar a formação em saúde. Entretanto, vemos que existe uma percepção de que a exposição do aluno num novo espaço acarretaria automaticamente em mudança da formação, nos questionamos sobre isso.

Pelo termo “diversificação de cenários de aprendizagem” entende-se a política de ampliar os espaços de ensino para além dos já tradicionais Hospitais Universitários, pois, como Campos ¹¹ (p. 191) alerta, “não é possível formar bons clínicos, nem ensinar saúde pública, apenas em serviços altamente especializados”.

Num estudo realizado em 1995, constatou-se que 86% dos estágios práticos dos cursos de medicina ocorriam em serviços pertencentes aos próprios Hospitais Universitários, ou seja, em espaços cuja lógica de atendimento está centrada na fragmentação do processo de trabalho e uso de alta tecnologia. Assim, caso se pretenda assegurar uma formação que privilegie a atenção integral à pessoa, vínculo

e responsabilização no cuidado, além da eficácia e humanização do trabalho em saúde, deve-se agregar outros modelos de atenção no processo de formação¹¹.

Assim, os vários movimentos do campo da educação médica – como IDA, Projetos UNI, CINAEM, diretrizes curriculares – têm recomendado o ensino médico em serviços da Atenção Básica como proposta para mudar o perfil dos profissionais. Mas, será que esse tipo de estratégia é suficiente para mudar a concepção e práticas dos atores sobre o processo de ensino-aprendizagem ?

1.6. O curso de medicina da UFF e o Trabalho de Campo Supervisionado

1.6.1 Histórico da relação universidade – serviços

A articulação entre ensino e serviço em Niterói começou na década de 70 com a criação de um serviço de saúde dentro da favela Vila Ipiranga, nos moldes da Medicina Comunitária, pelo Professor Dr. Hugo Coelho Barbosa Tomassini do Departamento de Saúde da Comunidade, contando com a participação da Faculdade de Serviço Social. Em 1976, Dr. Tomassini se torna Secretário Municipal de Saúde, e se empenhou na construção de uma rede pública municipal de saúde, sendo responsável pelo primeiro Plano Municipal de Ações de Saúde. Essa articulação visou a implementação de políticas de saúde que estruturasse a Rede de Serviços de Saúde e seu modelo tecno-assistencial¹⁴.

Paralelamente a este trabalho, a equipe de profissionais e docentes que desenvolvia este trabalho discutia a necessidade de adequação da formação profissional para as necessidades da rede. Assim, dessa articulação nasceu o primeiro programa de Integração docente Assistencial com apoio da Fundação Kellogg, o Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil (PRISMA)⁸.

Com as mudanças políticas no município, grupos das faculdades de medicina, nutrição, odontologia, enfermagem e serviço social da UFF constituíram o Projeto Niterói. Neste projeto, criou-se grupos de trabalho articulados com a população para abordar questões amplas de saúde, tais como saneamento, infra-estrutura e urbanização. No processo de discussão do currículo médico, o corpo docente e o movimento estudantil desenvolveram experiências de ensino e estágio que se articulando ao PRISMA deram origem ao Programa de Integração Docente Assistencial de Saúde.

Este grupo também participou ativamente do movimento de reforma sanitária, e vem desde então contribuindo com a consolidação do SUS, e reforçando a importância

da Integração Docente Assistencial e da participação da universidade no processo de construção do SUS⁸.

Na década de 80, implementou-se a Comissão Executiva Local, que envolveria diversas instituições, a regionalização e organização hierárquica dos serviços e a formação do Gerente em Saúde. Em seguida, buscou-se a reestruturação da SMS para viabilizar o processo de municipalização dos serviços e a constituição de distritos sanitários docentes –assistenciais¹⁵.

Em 1992, implantou-se o Programa Médico de Família, inspirado no modelo cubano, mas sendo construído de acordo com a experiência e realidade locais, até porque as realidades brasileira e cubana são profundamente distintas, não possibilitando qualquer transposição mecânica de modelos.

Desde então, vários projetos de articulação ensino-serviço foram desenvolvidos. Junto às comunidades, buscou-se conhecer suas necessidades de saúde e assessorar tecnicamente suas demandas ao Poder Público. Para a Universidade, em especial nos Cursos de Formação de Profissionais de Saúde a articulação era vista como uma oportunidade de ampliação dos cenários de prática docente aproximando-se da realidade dos Serviços e das populações¹⁴.

Pires & Marins¹⁵ (p.38) destacam que:

“a interseção das ações, ora originadas na área acadêmica e, em outros momentos, na do serviço, em resposta a evolução técnico-científica ou aos movimentos sociais (...)tem evidenciado um processo permanente de construção de teias que articulam-se nos seus diversos “nós””.

Assim, destas diversas iniciativas tem-se conseguido gerar ações práticas que tem permitido avançar na implementação do SUS em Niterói valorizando: a territorialização, adscrição da clientela, vinculação profissional/população, a hierarquização, a visão inter-setorial, a promoção e prevenção à saúde, e o controle social. Esse processo tem requerido e fomentado a mudança da formação profissional, para se construir uma nova lógica de Atenção à Saúde.

1.6.2 A reforma curricular

O processo de reforma curricular inicia-se no final da década de 70, por um grupo de alunos e docentes descontentes com o modelo então vigente. A partir de 1983, um grupo de trabalho desenvolveu um diagnóstico da formação médica da UFF, e elaborou uma proposta de reformulação curricular. Porém, segundo Koifman¹⁶, esta

nova proposta curricular só se desenvolveu quando o sistema de saúde em Niterói sofreu profundas mudanças para a implantação do SUS.

A construção da proposta finalizou-se em 1992 e foi implantada em 1994. Entretanto durante este processo não ocorreu um verdadeiro diálogo e debate da mesma, assim, não houve unanimidade e nem consenso de todos os departamentos da faculdade de medicina para a implantação do novo modelo curricular. Com este novo modelo, buscou-se um perfil profissional que fosse capaz de atuar, não exclusivamente, em programas de saúde da família¹⁵. O modelo curricular foi estruturado:

“na integração entre a informação científica e o treinamento de habilidades práticas, em níveis crescentes de complexidade, além de envolver o aluno no processo de produção do saber, objetivando sua formação crítica no que se refere aos movimentos determinantes das linhas de produção tecnocientífica”¹⁵ (p. 39).

Esta reforma curricular procurou privilegiar a atuação precoce dos alunos em rede hierarquizada de Serviços e a práticas comunitárias. E, ampliar a participação dos alunos nas atividades práticas, como o Internato que passou para 2 anos. Por isso, reconhecendo a importância da parceria Interinstitucional, essa Proposta Curricular do Curso de Medicina foi apresentada e aprovada no Conselho Municipal de Saúde¹⁷.

O novo currículo, por meio dos programas curriculares (Programa Teórico – Demonstrativo – PTD, Programa Prático-Conceitual – PPC, Programa de Internato – PI e programa de Iniciação Científica – PIC), procura dar concretude às seguintes concepções¹⁸:

Fase 1 (1 e 2 períodos): dimensão biológica, psíquica, social, cultural e política que constroem o ser humano e o cidadão e o seu projeto de vida, saúde e trabalho;

Fase 2 (3 e 4 períodos): a vivência do ser humano e do cidadão no processo saúde-doença, os mecanismos de respostas individuais e coletivas para o sofrer, adoecer e o morrer;

Fase 3 (5 e 6 períodos): a transformação do processo saúde-doença em objeto de prática, a constituição do processo de trabalho como resposta aos agravos mais frequentes no âmbito da atenção em primeiro nível.

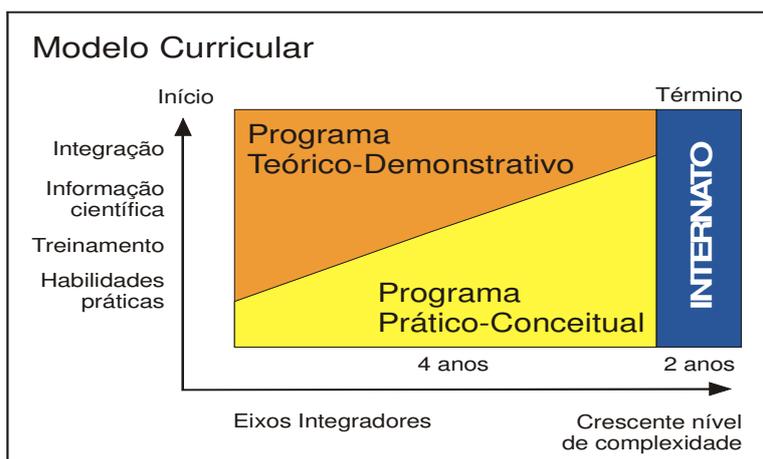
Fase 4 (7 e 8 períodos): a transformação do processo saúde-doença em objeto de prática, a constituição do processo de trabalho como resposta aos agravos mais frequentes no âmbito da atenção em segundo e terceiro níveis;

Fase 5 e 6 (9, 10, 11 e 12 períodos): a prática profissional, tendo como base o internato nas áreas básicas (Internato Obrigatório: Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia-

Ginecologia, Cirurgia Geral e Psiquiatria) e áreas de escolha do formando (Internato Eletivo).

As cargas horárias dos programas Teórico Demonstrativo e Prático Conceitual vão se invertendo progressivamente durante os quatro primeiros anos, como mostra a figura a seguir:

Figura1 – Modelo Curricular do Curso de Medicina da UFF.



Fonte: Currículo Pleno do Curso de Medicina da UFF, 1992¹⁸.

A inserção dos alunos na rede básica de saúde se dá por meio do Trabalho de Campo Supervisionado do Programa Prático Conceitual (PPC).

1.6.3 O Trabalho de Campo Supervisionado

O Trabalho de Campo Supervisionado (TCS) ocupa 2/3 da carga horária do PPC (2430 horas) e corresponde a parte prática do programa, que envolve também as disciplinas de Epidemiologia, Saúde e Sociedade, Planejamento e Gerência. O objetivo do TCS seria “desenvolver no aluno, a partir de uma realidade imediata, e no interior do SUS, o espírito crítico, a criatividade, a capacidade de discernimento, a capacidade de planejamento e ação (...) e o compromisso ético para com a população”¹⁸.

O TCS se desenvolve durante os quatro primeiros anos do curso, sendo que são formados grupos de 8 a 10 alunos que são supervisionados por um docente ou tutor.

Durante o primeiro ano (TCS I), busca-se identificar os condicionantes (qualitativos e quantitativos) sócio-ambientais que possibilitem definir as condições de vida, saúde e trabalho das populações e indivíduos, o conceito central deste módulo

seria a cidadania. Durante esta etapa os alunos visitam uma diversidade de instituições e espaços.

No segundo ano (TCS II), busca-se identificar o perfil epidemiológico (morbidade e mortalidade), construir análises e propostas de funcionamento das unidades de saúde e analisar o impacto das ações programadas sobre as condições locais diagnosticadas. É nesse período que todos os alunos são inseridos nos serviços de saúde, que pode ser uma Unidade de Saúde, Policlínica ou módulo do Programa Médico de Família. Durante o TCS II os alunos desenvolvem dois tipos de atividades, vão observar e progressivamente se inserir no processo de trabalho na unidade e vão desenvolver um projeto de estudo específico a partir de uma demanda do serviço. No nosso estudo entrevistamos os preceptores deste momento de TCS.

No terceiro ano (TCS III), as equipes atuam no campo da prática clínica (atividades individuais e coletivas) e na vigilância epidemiológica, nas unidades de primeiro e segundo nível de atenção à saúde. Durante o quarto ano (TCS IV), se inserem nas práticas clínicas do Hospital Universitário Antônio Pedro ¹⁹.

“Esta estruturação não só garante o desenvolvimento de um ensino centrado no processo de trabalho, na comunidade e na prática docente assistencial, como também acompanha os processos saúde-doença e o desenho da organização –hierarquizada e regionalizada- da rede de serviços de saúde“¹⁵ (p. 39).

Pires & Marins ¹⁵ relatam que 70% dos serviços de saúde do município de Niterói estão articulados como campo de treinamento, onde participam cerca de 600 alunos de medicina.

O TCS representa um dos aspectos mais interessantes do curso de medicina da UFF, que é a inserção do aluno, desde o primeiro período, em atividades práticas, para além do Hospital Universitário ¹⁶. Entretanto, a plena implementação do TCS constitui, ainda hoje, o principal desafio do novo currículo.

Assim, a experiência do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) tem mostrado muitos pontos positivos na inserção precoce dos alunos nos serviços de saúde e na realidade social, tais como a integração entre teoria e prática, autonomia e criatividade na aprendizagem do aluno, vínculo e responsabilidade no cuidado, ampliação da concepção saúde –doença, entre outros.

Como dificuldades para a inserção dos alunos na rede de serviços temos o número reduzido de docentes interessados em participar do TCS, devido ao deslocamento físico, e a deficiência na formação docente e dos demais profissionais

para atuarem segundo os novos métodos de ensino-aprendizagem e referenciais de modelos tecno-assistenciais, como a integralidade e a interdisciplinaridade^{17, 14}.

Também se relata que os diferentes perfis dos preceptores que atuam no TCS vêm dificultando uma melhor integração com a unidade de saúde e movimento social local, assim como levando a uma grande variedade entre as experiências de diferentes grupos de alunos¹⁹.

No campo do conhecimento, a desarticulação entre os saberes estruturados e as vivências dos alunos em campo, evidencia a dificuldade de integração entre ensino e serviço, e é percebida pelos alunos e docentes. Mesmo na área da Saúde Coletiva, segundo alguns docentes, existem poucos conteúdos adequados ao ensino da graduação¹⁹.

Ademais, a operacionalização da inserção dos alunos nos serviços passa por constantes avanços e retrocessos devido a uma dificuldade de se associar as lógicas dos órgãos formadores à dos prestadores de serviços, as constantes mudanças políticas fazem dos serviços de saúde um campo de permanente negociação e articulação que por vezes dificultam os objetivos da aprendizagem¹⁹.

Também existem relatos de manifestação de profissionais da rede de serviço que se sentem “desconfortáveis” com a presença dos alunos, as razões deste desconforto ainda precisam ser investigadas.

Essas dificuldades fortaleceram a necessidade de educação permanente dirigida à formação e aperfeiçoamento de profissionais. Assim, implementou-se um Curso de Atualização e Especialização em Supervisão em Saúde da Família e Preceptoria de Graduação e outras atividades para o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS pela parceria UFF/FMS.

Entretanto, nos parece que a caracterização dos atores envolvidos na implementação do TCS e suas representações acerca desse processo de ensino-aprendizagem, permitiriam repensar seus objetivos, suas estratégias e seus resultados.

Identificamos o processo de trabalho como espaço privilegiado para o ensino da saúde. Porém, a *articulação ensino-trabalho* não se dá sem conflitos, pois, tradicionalmente, universidade e serviços estabeleceram poucas parcerias e funcionam sob lógicas diversas. Numa proposta de inserção de alunos nos serviços, temos a negociação de diversos interesses, concepções e poderes. Por isso, *uma das estratégias fundamentais para essa articulação seria conhecer as representações, aspectos simbólicos e valores dos profissionais, estudantes e docentes, já que cada um desses atores têm uma visão de mundo diferente*^{20,21}.

Desta maneira, esse estudo pretende contribuir com a discussão do ensino médico refletindo sobre a experiência do Trabalho de Campo Supervisionado do curso de medicina da UFF. E, é importante enfatizar que a discussão deste estudo se situa nesse movimento de busca de uma *nova formação profissional para um novo modelo de atenção à saúde*.

^a Conhecido como o nascimento clínica, descrito por Foucault.

^b Para aprofundar este tema ver Georges Canguilhem em “O normal e o Patológico”.

^c O autor se refere ao processo de legitimação do conhecimento técnico científico na medicina.

^d Este evento coincide com a vinda da família real portuguesa para o Brasil fugindo das invasões napoleônicas, neste momento iniciou-se um intenso desenvolvimento de atividades culturais e econômicas.

^e Edler (1998) afirma esta crise era reflexo dos valores da sociedade escravocrata, a dependência do poder pessoal e da elite burocrática, descompasso entre o novo paradigma científico, que se desenvolveu a partir da fisiologia experimental, e a terapêutica.

^f O grifo é nosso.

^g É importante destacar que foram constatados alguns erros metodológicos na análise dos dados da CINAEM, como discutido por Rego (2003).

^h Entendemos por “inserção precoce” do estudante de medicina no serviços aquela que ocorre antes do tradicional ciclo profissionalizante, ou seja, durante os primeiros anos da graduação.

Capítulo 2:
Teorias de Ensino- Aprendizagem e
a Prática Docente

“Nossa hipótese é a de que a transformação da postura pedagógica implica uma instância crítica que não se confunde com a crítica eventualmente inerente ao conteúdo curricular. A crítica a esta postura passa por outra mediação sem a qual nada se fará neste plano didático-pedagógico: a crítica epistemológica. O professor trabalha com o conhecimento e não fundamenta criticamente a “matéria-prima” do seu trabalho. É “sujeito” de uma epistemologia inconsciente e, com alta probabilidade, de uma epistemologia que não gostaria e não admitiria ser sua (...) uma prática não se transforma sem teoria (crítica) e uma teoria que não impregna a prática corre o risco de tornar-se estéril “¹(p. 320).

Como apresentamos anteriormente, há algumas décadas se discute a crise dos modelos de ensino médico, no Brasil e no mundo. Muitas propostas de mudança têm sido debatidas, mas poucas escolas médicas, de fato, passaram por um processo de transformação da estrutura curricular.

Freqüentemente, o que se observa nos processos de reforma curricular é a incorporação de novas disciplinas, uso de novos materiais didáticos ou a incorporação de novas técnicas pedagógicas ¹⁰. Desta maneira mantêm-se a ênfase de um ensino baseado na transferência de conteúdos, onde o aluno é passivo, os problemas são teóricos e os saberes e práticas são fragmentados.

Nesses processos tradicionais de reforma curricular pode-se encontrar a discussão sobre o papel da escola médica ou perfil do médico, mas raramente discute-se a concepção de saúde, conhecimento ou educação.

Assim, gostaríamos de reforçar que:

“Os currículos expressam o modo como uma instituição educacional se vê no mundo, ou seja, qual o seu papel, que relações ela deve estabelecer, quem são seus interlocutores, como se concebe o conhecimento (como ele é produzido, para que serve), como se concebe a educação, qual o melhor jeito de aprender, como a escola se organiza considerando os elementos anteriores, o papel (e o poder) que cada um tem dentro da escola. No caso de uma escola de medicina, o currículo também expressa a concepção que se tem sobre saúde, sobre o papel do médico na sociedade, sobre o médico que se quer formar etc.” ¹⁰ (p.23)

Desta maneira, nos processos de reforma curricular temos a disputa entre vários atores que defendem diferentes concepções de escola e práticas médicas. E, num território onde a hierarquia e os rituais de poder são extremamente valorizados e

consolidados, como nas escolas médicas, existe uma grande dificuldade na transformação real do currículo médico.

Mas continuamos a afirmar que para se formar um profissional que atue segundo uma nova lógica, voltada para a humanização e integralidade do cuidado, necessitamos de um novo modelo de formação, quiçá, um novo modelo pedagógico.

O curso de medicina da UFF inserido nessa discussão implantou como estratégia para formar este novo profissional um novo modelo curricular, e dentro deste novo modelo, um cenário de aprendizagem se destaca, o Trabalho de Campo Supervisionado II, que apresentamos no capítulo anterior.

Neste capítulo iremos discutir os três referenciais epistemológicos que subsidiam teorias de ensino-aprendizagem: o empirismo, o apriorismo e o construtivismo. Nossa ênfase será no construtivismo, uma teoria que, na nossa concepção, melhor dá conta do processo de ensino-aprendizagem. Iremos justificar esta posição no decorrer do texto, também é importante destacar que realizamos uma aproximação com algumas das teorias de ensino-aprendizagem, não abordamos todas e nem pretendemos esgotá-las.

Entretanto, um questionamento se impõe: Qual a relevância de se discutir a concepção epistemológica dos docentes para refletir sobre uma prática de ensino-aprendizagem?

Entendemos que os referenciais e teorias servem como guia da prática educativa, pois entendemos que a prática docente esta sujeita a imprevistos, elementos inconscientes e externos que não são de controle do professor. Assim, o professor para refletir sobre o que faz precisa recorrer a determinados referenciais que guiem, fundamentem e justifiquem sua atuação.

Ressaltamos assim o caráter instrumental das explicações teóricas, para interpretar, analisar e intervir na realidade. Os professores, assim, necessitam de teorias sobre como se aprende e como se ensina. E, cada professor, de acordo com sua bagagem e experiência, irá atribuir um sentido e um significado particular a essas teorias para torna-la significativa e funcional no seu trabalho ²².

Desta maneira, a concepção construtivista é um referencial que mostra sua potencialidade na medida em que: “é utilizado como instrumento para a análise das situações educativas e como ferramenta útil para tomar decisões inteligentes, inerentes ao planejamento, aplicação e avaliação do ensino” ²² (p.10).

Assim, estamos realizando uma reflexão de uma prática de ensino por meio da análise dos saberes docentes. Entendemos que a prática docente é organizada, mesmo que intuitivamente, segundo uma concepção do processo ensino-aprendizagem, do

currículo e da formação médica (neste caso específico). Por isso, um dos objetivos deste estudo é analisar as concepções epistemológicas dos preceptores ao discutir a disciplina de TCS II.

2.1. Teorias de ensino-aprendizagem

Adotamos como referencial teórico de análise o *construtivismo*, que explica a produção de conhecimento, resultado do processo de ensino-aprendizagem. O construtivismo rompe com duas teorias: a *apriorista* (ou inatistas) e a *empirista*. Iniciaremos por uma rápida apresentação dessas duas correntes para depois nos determos mais aprofundamento no construtivismo.

2.1.1. O Apriorismo

Para os aprioristas, e nestes se incluem os inatistas, a origem do conhecimento está no próprio sujeito, ou seja, este seria inato. Chauí²³ (p.70) apresenta Platão (século IV a.C) como um dos precursores deste pensamento, para ele:

“conhecer é recordar a verdade que já existe em nós; é despertar a razão para que ela se exerça por si mesma. Por isso, Sócrates fazia perguntas, pois, através delas, as pessoas poderiam lembrar-se da verdade e do uso da razão”.

Outro filósofo que defendeu o inatismo foi Descartes (século XVII) para o qual “a razão é a luz natural inata que nos permite conhecer a verdade”²³ (p.71), seria uma marca de Deus no espírito humano.

Nesta concepção o conhecimento é algo inerente ao sujeito, que precisa ser despertado. O raciocínio seria inato, e o ensino teria o papel de expandir o que já vem constituído na bagagem hereditária.

Desta maneira, caberia ao professor estimular o aluno para que o conhecimento aflore. Como consequência deste tipo de concepção observa-se que o ensino deixa de ser responsabilizado pelo êxito precário na aprendizagem discente¹.

2.1.1. O empirismo

Numa concepção oposta, para os empiristas, as bases do conhecimento estão na observação e percepção dos objetos. Segundo esta concepção o aluno nada tem de conhecimento a priori, todo ele virá do meio externo^{24,25}.

Muitos filósofos subsidiaram esta teoria, para os quais o conhecimento é uma verdade no mundo, que vai ser percebido pelos sentidos. Nada deve ser aceito sem antes ter passado pela experiência dos sentidos, isto é, com as sensações. O conhecimento é algo que vem do objeto e o sujeito é passivo, utilizando-se dos seus sentidos para absorver esta verdade do mundo do objeto. A memória, então, é tida como um arquivo que acumula informações vindas de fora, é estática ¹.

“As idéias, trazidas pela experiência, isto é, pela sensação, pela percepção e pelo hábito, são levadas à memória e, de lá, a razão as apanha para formar pensamentos” ²³ (p.72).

O homem é considerado uma espécie de *tábula rasa*, na qual são impressas, progressivamente, imagens e informações fornecidas pelo ambiente, cabendo a ele repeti-las ²⁶.

Esta epistemologia fundamenta práticas pedagógicas do tipo repetição ou reprodução. Este campo seria fértil para o autoritarismo, e sua fundamentação na teoria e prática ¹.

Nesta perspectiva, as experiências práticas de ensino-aprendizagem seriam um recurso sensorial por meio do qual se retira a teoria do objeto. A teoria seria algo que está no objeto. A ação do aluno durante a prática é extrair esta teoria da experiência. O papel do professor seria quem passa os conceitos para o aluno, e conhecer consiste em apreender uma verdade.

Assim, o empirismo subsidia a idéia de ensino por técnicas de treinamento ou de condicionamento. E, treinar implica uma relação unidirecional do objeto para o sujeito. Elimina-se a interação, e a ação do sujeito é reduzida à condição de reprodutora de estímulos, cuja seleção e controle escapa-lhe das mãos, sendo exercida por sujeitos estranhos ao seu processo de conhecimento ¹.

Esta concepção embasa a escola tradicional, cujas características gerais, apontadas por Aranha ²⁷, são: centralidade no professor, que detém o saber e a autoridade, e na transmissão do conhecimento, sendo o aluno o receptor da tradição cultural. O conteúdo visa a aquisição de noções, dando um caráter abstrato ao saber. Quanto à metodologia, valoriza-se a aula expositiva, com exercícios de fixação, leituras repetidas e cópia. O currículo é rígido e os alunos são considerados como um grupo homogêneo, não havendo preocupação com características individuais, interesses ou vontades dos mesmos. A avaliação valoriza os aspectos cognitivos, ou seja, a aquisição dos conhecimentos transmitidos, supervalorizando a memória, e as provas adquirem um

papel central e um fim em si mesmo. As normas são rigidamente estipuladas, visando garantir a disciplina e ordem, sendo a obediência considerada uma virtude.

A escola seria o local de excelência da educação, com ênfase às situações de sala de aula, e caracterizado pelo verbalismo do professor e pela memorização do aluno. Sendo que os objetivos e conteúdos são escolhidos pela escola e/ou pela sociedade, e não pelos sujeitos do processo. A relação professor-aluno é vertical, suprimindo-se qualquer afeto ou emoção que são considerados como impeditivos de um bom aprendizado. Assim, é um modelo de educação como um produto, pois os modelos a serem alcançados já estão estabelecidos, por isso a pouca preocupação com o processo²⁶. Paulo Freire²⁸ denominou este tipo de sistema de ensino de “educação bancária”, ou seja, uma educação que “deposita” no aluno conhecimentos, informações, dados e fatos.

2.1.3. O Construtivismo

Este pensamento tem como um dos principais formuladores Jean Piaget, que elaborou uma teoria que articula as duas concepções apresentadas anteriormente. Segundo sua teoria, a Epistemologia Genética, sujeito e objeto se constroem mutuamente na interação.

Para Piaget o conhecimento não é nem inerente ao sujeito (apriorismo), e nem provém do meio externo (empirismo); o conhecimento principia na interação. Assim, o sujeito realiza ações para poder interpretar e internalizar o objeto nas suas estruturas cognitivas, esse processo de transformação no mundo objetivo ele denominou de *assimilação*. Por outro lado, o sujeito altera suas estruturas cognitivas para poder compreender o objeto, realiza uma transformação em si mesmo, denominada de *acomodação*.

Assim, assimilação é ação transformadora do sujeito sobre o objeto. Acomodação é ação transformadora do sujeito sobre si mesmo. Desses sucessivos processos de assimilação e acomodação vai-se dando o processo de desenvolvimento cognitivo segundo Piaget.

Por ser uma teoria que pressupõe que o conhecimento não é dado, nem terminado, e que se constitui pela força da ação, denominou-se essa teoria de construtivismo. Essa construção, portanto, depende das condições do sujeito e do meio

Considera-se que o sujeito é construído por meio de sua própria ação no espaço e no tempo, sobre o meio social, econômico e cultural. Desta maneira, o sujeito é considerado um sujeito histórico, cultural, social, político...¹.

Para Piaget as estruturas não estão pré-formadas no sujeito, este as constrói a medida das necessidades e das situações, a experiência não é uma recepção passiva, é um processo ativo. Num processo dinâmico e constante de novas acomodações. A atividade do sujeito tem uma enorme significação neste processo¹.

“Aprendemos quando somos capazes de elaborar uma representação pessoal sobre um objeto da realidade ou conteúdo que pretendemos aprender”²²

(p.19)

Outra questão que se põe é que o sujeito aprende como um todo, quando aprende, esse aprendizado repercute globalmente na pessoa, não é possível dissociar o cognitivo, o afetivo e o moral²².

“Na realidade, a educação constrói um todo indissociável, e não se pode formar personalidades autônomas no domínio moral se por outro lado o indivíduo é submetido a um constrangimento intelectual de tal ordem que tenha de se limitar a aprender por imposição sem descobrir por si mesmo a verdade: se é passivo intelectualmente, não conseguiria ser livre moralmente. Reciprocamente, porém, se a sua moral consiste exclusivamente em uma submissão à autoridade adulta, e se os únicos relacionamentos sociais que constituem a vida da classe são os que ligam cada aluno individualmente a um mestre que detém todos os poderes, ele também não conseguiria ser ativo intelectualmente”¹.

O sujeito constitui-se constituindo o mundo. Por sua capacidade de construir significantes o homem pode-se apropriar em nível simbólico de sua própria existência, para além do saber prático de existir. Isto permite um nível de saber distinto, “o saber que sabe de si mesmo, o saber que se apropriou de si mesmo”¹ (p. 87).

Tomada de consciência seria o sujeito apropriar-se do próprio saber, tomando consciência deste saber e para isso precisa apropriar-se do próprio processo de formação do conhecimento¹. Importa nesta concepção a capacidade transformadora do sujeito sobre a cultura e a ação transformadora da cultura sobre o sujeito.

Desta maneira, coloca-se sobre a questão da aprendizagem uma nova perspectiva, o ensino não é mais sua fonte, mas a ação do sujeito. O Professor adquire uma nova função, a de propiciar situações nas quais o aluno possa construir o conhecimento.

A prática do ensino tradicionalmente está baseada na transferência dos conhecimentos prontos, mesmo ciente de que estes são resultado de processos metodológicos e históricos. No construtivismo preconiza-se que o aluno passe pelo processo de construção do conhecimento, através da interação entre sujeito e objeto.

E interação significa que o conhecimento se originará numa zona intermediária entre sujeito e objeto, ou seja, não se origina nem no sujeito nem no objeto. O mundo do objeto provocaria perturbações e desequilíbrios nas estruturas do sujeito, e este por meio das ações de assimilação e acomodação modificaria suas estruturas, produzindo conhecimento. A cada nova interação este processo continuaria, por isso o termo construtivismo.

E o papel do professor seria trabalhar e desafiar o aluno para construir o conhecimento para além das aparências, das percepções cotidianas e ações práticas. “Abstração é a busca do que está por trás do fenômeno, a busca do processo pelo qual as coisas se manifestam de certa forma”¹ (p. 89).

O fator que dispararia este processo de construção do conhecimento seria a afetividade. Parte-se do pressuposto que todas as ações humanas são motivadas por algum fator. Gostar e conhecer determinam-se mutuamente. O sentimento humano implica numa capacidade simbólica, ou seja, é tributário do aspecto operativo do pensamento. O afeto é o motor da ação e a ação é o motor do conhecimento¹.

Mas Becker²⁵ (p.20) ressalta que para Piaget “não há sentimento, atração afetiva, interesse ou motivação para um conteúdo qualquer se não houver estrutura de assimilação, previamente construída”. Ou seja, o professor tem que partir dos conhecimentos prévios do aluno, por isso, ele tem que ser capaz de fazer este diagnóstico inicial.

O ensino, então, é entendido como uma ajuda necessária ao processo de aprendizagem. E é entendido como ajuda pois não deve substituir a atividade mental construtiva do aluno²⁹.

Desta maneira, o ensino como ajuda tem algumas características: a) deve levar em conta os esquemas iniciais de conhecimento dos alunos e tomar como ponto de partida os significados e os sentidos que os alunos tenham sobre o conteúdo; b) deve provocar desafios que estimulem o questionamento desses significados e sentidos favorecendo modificações, ou seja, apontando para o que o aluno não conhece.

Assim, o ensino dependerá do ponto de partida do aluno, e se dará através de desafios que o aluno enfrentará dentro de suas possibilidades e dos apoios e instrumentos oferecidos pelo professor. Nesta perspectiva a atuação docente incluirá

desde a intervenção direta com o aluno ou grupo de alunos, escolha e ordenação de conteúdos, escolha de atividades, orientações, até a organização da situação da aula como escolha do horário, local, organização e estrutura da classe.

O objetivo final seria que os instrumentos e recursos de apoios utilizados pelo professor possam ser progressivamente retirados, e que o aluno, por meio das modificações nos esquemas de conhecimento neste processo, possa enfrentar autonomamente situações similares.

Um autor que deu grande importância à relação e interação com outras pessoas durante o processo de aprendizagem foi L. S. Vygotsky, por meio do conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). Assim, Leite ³⁰ ressalta que Piaget fundamentou consistentemente a dimensão construtivista do aprendizado, enquanto Vygotsky caracterizou melhor a dimensão interacionista.

Para melhor entendermos o papel da interferência do outro na aprendizagem nos apropriaremos do conceito de ZDP, que é definida como “a distância entre o nível de resolução de uma tarefa que uma pessoa pode alcançar atuando independentemente e o nível que pode alcançar com a ajuda de um colega mais competente ou experiente nessa tarefa” ²⁹ (p.127). Assim, é na ZDP que se pode, graças aos suportes e à ajuda de outros, desencadear o processo de construção, modificação, enriquecimento e diversificação dos esquemas de conhecimento. Espera-se que o que a pessoa realiza com a ajuda de outras pessoas, poderá, posteriormente, ser realizado de maneira autônoma.

Alguns pontos necessitam ser enfatizados em relação à ZDP, o primeiro seria que ela não tem efeitos lineares nem automáticos sobre os alunos, eles tem que ser conectados ao processo de aprendizagem dos alunos. O segundo aspecto seria que o ensino não pode proporcionar ajudar homogêneas e idênticas para todos os casos e alunos. E, por último, esta ajuda deve ser ajustada na dimensão temporal do processo de aprendizagem do aluno, sendo ajustada para cada momento.

Onrubia ²⁹, assim, apresenta 08 critérios e processos para a interação professor – aluno que estão relacionadas com a criação de ZDP e de avanço no processo de aprendizagem do aluno através delas. Estes são:

1. Inserir ao máximo a atividade pontual realizada pelo aluno a cada momento no âmbito de marcos ou objetivos mais amplos, nos quais essa atividade possa adquirir significado da maneira mais adequada;
2. Possibilitar, no grau mais elevado possível, a participação de todos os alunos nas diferentes atividades e tarefas, mesmo se o seu nível de

- competência, seu interesse ou seus conhecimentos forem em um primeiro momento muito escassos e pouco adequados;
3. Estabelecer um clima de relacionamento afetivo e emocional baseado na confiança, na segurança e na aceitação mútuas, em que caibam a curiosidade, a capacidade de surpresa e o interesse pelo conhecimento em si mesmo;
 4. Introduzir, na medida do possível, modificações e ajustes específicos, tanto na programação mais ampla como no desenvolvimento concreto da própria atuação, em função da informação obtida a partir das atuações e produtos parciais realizados pelos alunos;
 5. Promover a utilização e o aprofundamento autônomo dos conhecimentos que os alunos estão aprendendo;
 6. Estabelecer, no maior grau possível, relações constantes e explícitas entre os novos conteúdos que são objeto de aprendizagem e os conhecimentos prévios dos alunos;
 7. Utilizar a linguagem da maneira mais clara e explícita possível, tratando de evitar e controlar possíveis mal-entendidos ou incompreensões;
 8. Utilizar a linguagem para recontextualizar e reconceitualizar a experiência.

E, na interação cooperativa entre os alunos também pode ser organizada para propiciar a criação de ZDP, aponta três características: a) o contraste entre pontos de vista moderadamente divergentes a propósito de uma tarefa ou conteúdo de resolução conjunto; b) a explicitação do próprio ponto de vista; c) a coordenação de papéis, o controle mútuo do trabalho e oferecimento e recepção mútuos de ajuda.

Os trabalhos de Vygotsky enfatizam o papel da interação social ao longo do desenvolvimento, o processo individual de construção do conhecimento teria sua raiz na sociedade e na cultura. Desta maneira, para este autor “a aprendizagem é concebida do exterior do sujeito para o interior^a (fruto das interações com o mundo) por meio de um processo de internalização das ações sociais, transformando-as em ações intrapessoais (internalizando o conhecimento adquirido)”³¹ (p. 8).

Acreditamos que os trabalhos de Piaget e Vygotsky não entram em contradições, mas ressaltam diferentes aspectos do processo de aprendizagem na concepção construtivista^b. Na verdade utilizando os trabalhos destes dois autores adotamos a idéia de que o “no homem, o aspecto biológico encontra-se enredado o tempo todo no

processo sócio-histórico, representado pelas transformações das expressões culturais”²⁷(p. 205).

A atividade do sujeito, tão bem explicada por Piaget, deve ser considerada nas interações sociais, que são culturalmente determinadas. Assim, para compreender as atividades do sujeito *torna-se de fundamental importância entender o contexto e as relações interativas do sujeito com o contexto*³².

2.2. Algumas categorias de análise da concepção epistemológica de ensino-aprendizagem

As concepções epistemológicas apresentadas anteriormente subsidiam a idéia de conhecimento, aprender e ensinar. Entretanto, existem algumas outras categorias que pretendemos observar nas entrevistas realizadas para este estudo. Consideramos que essas categorias também são “bons marcadores” das concepções epistemológicas dos professores.

○ *Relação teoria – prática*

A relação teoria-prática expressa a concepção epistemológica dos professores, sendo que no empirismo a prática é vista como um fazer mediante o qual retira-se do objeto ou da ação a teoria neles contida. O conhecimento é algo que vem de fora (primeiro momento) e que por vivência (segundo momento) se transforma em conteúdo mental. A teoria é algo que está no objeto, e é extraída pela prática. Desta maneira, retira-se o caráter histórico do sujeito e do conhecimento¹.

A passagem de um conhecimento menor para um maior, se faz como simples produto da aprendizagem, de acumulação quantitativa, de conteúdo e não de estrutura. Numa concepção empirista de conhecimento, a prática é somente uma estratégia que torna possível a apreensão da teoria. E a teoria é um conteúdo conceitual, ideal, desvinculada de qualquer prática anterior e transmitida pelo ensino.

O conhecimento, assim, aparece como um tributário de uma fonte externa ao sujeito. A teoria vem de fora trazida pelo professor, a prática é um recurso sensorial que permite a retenção da teoria pelo sujeito da aprendizagem. Ou seja, aprender seria uma apreensão de uma verdade externa ao sujeito, e não uma construção da interação sujeito-meio¹.

Numa concepção empirista, a cultura, o meio externo, exerce uma ação determinadora do sujeito, a ação do sujeito seria se adequar-se a cultura. Não existe uma transformação do sujeito sobre a cultura e vice-versa.

Diferentemente, no construtivismo entende-se que a teoria é construída pelo sujeito mediante sua interação com o meio físico e social. A teoria não é cópia do mundo, mas modelo construído no plano subjetivo resultante da troca do sujeito com o mundo. O sujeito cognoscente por meio desta interação elabora abstrações apoiando-se não somente no objeto mas também na sua própria ação, de maneira contínua e progressiva ¹.

“A teoria é aquele olhar significador que estrutura a prática jogando-a para além de si mesma (...) engrandece-a na medida em que mostra os seus limites e aponta para suas possibilidades de crescimento” ¹ (p.158).

Assim, se a teoria não mostra os limites e possibilidades da prática ou que retira o movimento de sua construção, e não são transformadas pela ação do homem, pode-se dizer que se tem uma má teoria. Desta maneira, se a prática pode colaborar para o avanço do aprendizado, sem uma visão teórica interacionista pode ser mal aproveitada ¹.

○ *Motivação e estímulo e interesse*

No empirismo, na relação sujeito/ objeto o objeto ou estímulo é o determinante e o sujeito o determinado, a relação é fixa e estática. Passar de um conhecimento mais simples para um mais complexo depende do estímulo e de um acúmulo quantitativo, muda-se de conteúdo e não de estrutura. Ao sujeito cabe apenas colaborar, adequar-se, para que o estímulo externo possa exercer competentemente seu papel ¹.

Assim, o aluno que já sabe aprende bem, o aluno que não sabe não aprende nunca. Não se considera que para um motivação e um aprendizado de uma matéria mais abstrata é necessário que o aluno tenha constituído uma sólida estrutura lógico-formal.

Segundo o construtivismo, a motivação emerge da lógica construída pela ação do sujeito através do seu próprio processo de desenvolvimento, ela é endógena e não externa ao sujeito.

“quando um estímulo atinge um sujeito, isto acontece porque este sujeito construiu esquemas que o tornam suscetível de ser atingido por este estímulo; e estes esquemas não se originaram de outros estímulos mas da ação assimiladora e acomodadora anterior do sujeito. A condição prévia para

que um sujeito possa ser estimulado por qualquer estímulo são seus esquemas de ação”¹ (p. 62).

Para Piaget o interesse faz parte da dimensão da própria estrutura, enquanto para o empirismo é algo produzido por estimulação. Assim, para ativar a capacidade construtiva do aluno não basta ensinar bem é preciso organizar bem a ação do aluno. O professor precisa conhecer os conhecimentos prévios do aluno e a partir daí, encontrando pontos de interesse, construir a prática educativa significativa para o aluno.

○ *Experimentação e vivência*

Na concepção empirista, a experiência é uma vivência no plano sensorial passiva por parte do sujeito, a vivência seria determinada pelo mundo externo. Caberia ao sujeito, talvez, um esforço subjetivo de entender como as coisas são e sempre serão¹.

Os sentidos, para os empiristas, são instâncias passivas, enquanto, para Piaget, experiência/ vivência é ação seguida de abstração, até os sentidos são ativos.

Desta maneira, no construtivismo, a vivência é sinônimo de experimentação. Ou seja, pressupõe uma relação entre sujeito e realidade, na qual o sujeito age, e não apenas aprende, recebe ou capta informações do objeto. Becker¹ (p.70) apresenta uma frase de Aldous Huxley bastante significativa para entendermos isso: “Experiência não é o fizemos. Mas o que fazemos com o que fizemos”.

A divergência entre a concepção empirista e a construtivista não está na presença do meio ou do estímulo, mas ao sentido desta relação. Para o empirismo o meio tem o papel determinante hegemônico nesta gênese e deste desenvolvimento do conhecimento, independente da ação do sujeito. Enquanto, para o construtivismo, o meio exerce sua pressão e assume significado somente na medida da ação assimiladora do sujeito.

○ *Relação entre professor e aluno*

Na aprendizagem entendida como transmissão do conhecimento, de base empirista, é cobrado, do aluno, uma atitude passiva, de ver e ouvir a fala e exposição do professor. Na relação pedagógica o papel do professor é transmitir e o do aluno é receber a transmissão¹. Neste contexto, por vezes, a sala de aula é um espaço de prática do autoritarismo.

No construtivismo qualquer situação onde haja interação social pode existir aprendizado, e encontra sua forma ótima nas interações em ambientes de liberdade e no qual há lugar para a ação espontânea do aluno ¹.

O papel do professor é ativo, de criar situações propícias para que o aluno construa o conhecimento, muito mais do que um orientador, como explicamos anteriormente, a partir do conceito de ZDP. O papel do aluno, em contrapartida, seria de questionar o professor, inclusive, ajudando-o em sala de aula. Para Becker toda vez que o professor estimula o aluno a elaborar algo por si e apresentar isto aos outros, mesmo que por meio de uma pergunta, ele pode estar superando o empirismo.

“A aprendizagem do aluno só acontece na medida em que este age sobre os conteúdos específicos e age na medida em que possui estruturas próprias, previamente construídas ou em construção” ¹(p.122).

No aspecto didático-pedagógico a concepção construtivista gera implicações para a relação professor-aluno, que passariam a ser dinâmicas, com regras redefinidas pelo grupo de alunos com o professor. O professor além de ensinar, aprende e o aluno além de aprender, ensina. Por isso pode-se identificar uma democratização das relações no ambiente de ensino. O próprio espaço da sala de aula deixa de ser único e se busca outros espaços.

2.3.O campo de pesquisa sobre os saberes e prática docente

A discussão sobre o ensino, os professores e seus saberes tem se expandido desde a década de 80, e é um campo que tem englobado uma grande diversidade conceitual e metodológica de pesquisas. Borges ³³ e Fiorentini, Souza Jr & Melo ³⁴ realizaram análises e sínteses de tipologias e classificações desse campo de pesquisa. O trabalho desses pesquisadores serviu para demonstrar a complexidade e divergências deste campo, e reforça que o fenômeno educativo pode ser encarado e investigado de diversas formas, tanto teórico –metodologicamente quanto empiricamente.

Borges ³³ lança também uma crítica as pesquisas, que ficam distante da realidade dos docentes sendo apropriadas somente enquanto discursos dos e entre os pesquisadores. Sugerindo que o eixo dessas pesquisas deveria ser o de gerar conhecimentos válidos para solucionar os problemas da prática docente.

Para melhor situar nosso trabalho no campo das pesquisas sobre saberes docentes, apresentaremos algumas perspectivas. O autor de maior repercussão sobre a discussão do saber docente é Lee Shulman, que “valoriza o saber do professor sobre

aquilo que constitui o conteúdo do ensino e da aprendizagem”³⁴ (p.315). Para isso, este autor distingue três categorias de conhecimento do professor: a) conhecimento da matéria que ensina, sobre a reflexão teórica e epistemológica da matéria; b) conhecimento pedagógico da matéria, que seria o conhecimento que é objeto de ensino/aprendizagem e os procedimentos didáticos; e c) o conhecimento curricular, sobre o currículo específico e conexo às disciplinas que ensina. Desta maneira, ele chama atenção para aspectos da formação teórica do professor³⁴.

Numa perspectiva que procura valorizar tanto a teoria quanto a prática na construção dos saberes docentes, Britt-Mari Barth³⁴ (p.320), aponta:

“O que é saber? O que anima o processo de ensino-aprendizagem? As nossas ‘teorias’ implícitas nesta área influenciam forçosamente a nossa prática pedagógica. Em geral, elaboramo-las durante nossa experiência como educandos. Por isso, deixam de ser satisfatórias tal como são para quem se tornou educador ou formador: ele precisa de ferramentas de análise para modificar e alargar a sua percepção intuitiva.”

Desta forma, a autora propõe que se investigue como o saber toma forma durante a ação. Barth qualifica o saber docente como sendo: estruturado, pois é organizado conceitualmente; evolutivo, ele é produzido constantemente segundo a experiência de cada um; cultural, ele é partilhado e transforma-se no coletivo; contextualizado, pois é no contexto que se compreende o significado do que foi produzido; e é afetivo, o saber é invadido pela emoção³⁴. Entendemos que nosso estudo se situa nesta perspectiva de trabalho docente, valorizando tanto a reflexão do professor sobre o conteúdo do ensino, quanto como este saber se transforma na prática. Também não estaremos separando nossa concepção de saberes docentes de nossa discussão anterior sobre construtivismo, pois a própria já é uma explicação de como estes saberes docentes podem ser entendidos.

Uma outra perspectiva se situa na valorização da pesquisa-ação, e enfatizando a reflexão sobre a prática docente, defendido por autores como Carr, Kemmis, Elliot e Zeichner³⁴. A pesquisa-ação neste contexto tem um caráter distinto do tradicionalmente usado nas ciências sociais, pois os professores são os pesquisadores e as pesquisadoras, não se encontrando numa posição hierárquica inferior a pesquisadores externos. Neste caso os professores são sujeitos do processo de produção do conhecimento, visando seu desenvolvimento profissional, sendo um instrumento fundamental para a implantação de reformas educacionais ou de transformação da escola. Assim, Geraldi, Messias & Guerra³⁵ aponta que a pesquisa-ação teria três dimensões neste caso: a do

desenvolvimento profissional; a da prática social e política; e a busca de tornar visível o conhecimento produzido pelos professores. Estas dimensões são decorrentes do fato de que os professores e professoras pesquisam sobre a sua prática, as condições sociais de seu trabalho, o contexto sócio-político e cultural no qual estão inseridos, de forma que os temas são definidos por eles mesmos.

2. 3.1. Enfoques sobre a função e formação docente

Gómez ³⁶ distingue quatro perspectivas básicas da função e formação docente: perspectiva acadêmica, perspectiva técnica, perspectiva prática e perspectiva de reconstrução social.

A perspectiva acadêmica concebe o ensino como transmissão de conhecimentos e aquisição da cultura pública que a humanidade acumulou. Assim, o docente é concebido como um especialista nas diferentes disciplinas e sua formação estará vinculada estreitamente ao domínio dessas disciplinas cujos conteúdos deve transmitir.

Com uma intenção de dar ao ensino o status e rigor como outras carreiras, o enfoque técnico, visa a qualidade dos produtos e a eficácia e economia no ensino. Desta maneira, o professor é um técnico que deve aprender conhecimentos e desenvolver competências e atitudes adequadas à sua intervenção prática, apoiando-se no conhecimento que os cientistas básicos e aplicados elaboram, ou seja, deve dominar as rotinas de intervenção técnica que se derivam do conhecimento científico.

Partindo do pressuposto de que o ensino é uma atividade complexa, determinada pelos contextos, com resultados frequentemente imprevisíveis e carregados de conflitos de valor, a perspectiva prática concebe o professor como um artesão, artista ou profissional clínico. Assim, o professor desenvolve sua sabedoria experiencial e criatividade para enfrentar situações únicas, ambíguas, incertas e conflitantes. A formação estará baseada na prática, para a prática e a partir da prática.

Na perspectiva de reconstrução social concebe-se o ensino como uma atividade crítica, uma prática social. O professor é considerado um profissional autônomo que reflete criticamente sobre a prática cotidiana para compreender tanto as características do processo de ensino-aprendizagem quando do contexto de ensino, de modo ao desenvolvimento de um processo educativo emancipatório.

2.4. Algumas contribuições de Perrenoud sobre a prática docente

Preocupado com questões reais da prática docente, Perrenoud³⁷ faz uma análise da mesma, na tentativa de elaborar algum substrato teórico. Segundo este autor, para se elaborar uma teoria da prática docente deve-se articular consciência e inconsciência, razão e outras motivações, decisões e rotinas, improvisação e regularidades, pois são todos elementos presentes na realidade concreta da docência.

Portanto, primeiramente há de se reconhecer que a prática docente não é a concretização de normas, de uma receita, que a prática pedagógica é uma sucessão de micro-decisões, pois numa sala de aula o professor deve se posicionar diante de uma série de situações.

Assim, mesmo que o professor tenha um certo modelo de aula, ele nunca vai conseguir segui-lo a risca. Por outro lado, se o professor se encontra confrontado com uma situação nova, as receitas não vão funcionar, ou em situações rotineiras possivelmente o professor utiliza esquemas de respostas que são em larga medida inconscientes.

Nesses dois casos particulares fica mais claro que o professor se utiliza na prática pedagógica de esquemas de ação, percepção, de avaliação e pensamento de ordem mais ou menos conscientes, são os *habitus*, que dão um caráter improvisado a prática docente.

O que não exime a preparação da aula, que deve dar uma direção e estratégias para a antecipação do que ocorrerá, mas na prática ele também se utilizará desse:

“sistema de disposições duradouras e transponíveis que, integrando as experiências passadas, funciona, em cada momento, como uma matriz de percepção, apreciações e de ações e torna possível a concretização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas que permitem resolver os problemas da mesma natureza”³⁷ (p.39).

São disposições duradouras pois, apesar de poderem ser modificadas ao longo do tempo, estas inclinações a perceber, sentir, fazer e pensar de uma certa maneira tendem a resistir a mudança e serem constantes na vida de uma pessoa. São transponíveis pois adquiridas ao longo de certas experiências mas têm efeito sobre outras esferas, e permite dar múltiplas respostas a diversas situações encontradas a partir de um conjunto limitado de esquemas de ação e pensamento³⁸.

Os *habitus* seriam um sistema de disposições socialmente construídas, são estruturas sociais de nossa subjetividade, estruturas estruturadas e estruturantes, que vão

formar um conjunto de práticas e ideologias característica de um grupo ³⁹. E também são princípios geradores de práticas distintas e distintivas – o que e como cada ator faz, assim como são esquemas classificatórios, de princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes ⁴⁰. Corcuff ³⁸ (p.51) diz que os *habitus* “representam a maneira como as estruturas sociais se imprimem em nossas cabeças”, pois são decorrentes das condições objetivas de existência e da trajetória social.

Considerando que o professor tem que estar constantemente percebendo o que acontece, o que foi feito, o que desejaria fazer, o que ainda pode fazer, o que está ocorrendo, é esse esquema do *habitus* que permite que o professor responda de uma maneira mais ou menos eficaz. Bourdieu ⁴¹ (p.55) também aponta que:

“não há indício algum de pertencimento social, nem mesmo a postura corporal ou a indumentária, o estilo de expressão ou o sotaque, que não sejam objeto de “pequenas percepções” de classe e que não contribuam para orientar – mais freqüentemente de maneira inconsciente – o julgamento dos mestres.”

Ou seja, Bourdieu ⁴¹ alerta para o caráter de reprodução e manutenção de práticas e ideologias de um grupo por meio das avaliações dos alunos pelos professores, em sala de aula. Iremos retomar este aspecto posteriormente, mas já iremos ressaltar que os docentes são fundamentais para a manutenção da ordem e poder médicos hegemônicos.

Isso também nos leva a inferir que “a transformação das práticas passa tanto por transformar o *habitus* como por pôr a disposição do ensino novas teorias da aprendizagem ou novas receitas didáticas” ³⁷ (p.40).

E para Perrenoud essa concepção de *habitus* de Bourdieu coincide com os conceitos piagetianos de esquemas de ação, de assimilação e de acomodação. Entretanto diferem no ponto de vista de sua gênese, enquanto Piaget enfatiza a atividade própria do sujeito e na reorganização permanente das suas próprias estruturas lógicas e dos seus esquemas de ação, Bourdieu refere que o *habitus* é a incorporação de estruturas sociais nos indivíduos, que são interiorizados por meio de constrangimentos e visam garantir a conformidade das práticas e a sua constância através do tempo.

O *habitus* permite uma produção livre de pensamentos e ações dentro dos limites das condições de produção, ou seja, a estrutura governa a prática. Isso nos leva a sugerir que a mudança do *habitus* está subordinada a mudança das estruturas, como interiorização de constrangimentos objetivos.

Perrenoud ³⁷ lembra que se discute a mudança da ação pedagógica há muito tempo, entretanto pouca coisa mudou nas condições de trabalho na sala de aula. Ou seja, o movimento de idéias pedagógicas teria poucos reflexos sobre as práticas. As transformações das condições objetivas, tais como a criação de escolas numa atmosfera aberta, trabalho em equipes, abertura entre turmas, estratégias de participação dos pais e de uma gestão diferente, teriam mais influência na mudança das práticas do que a difusão de idéias ou receitas pedagógicas novas. O que coloca um olhar mais atento ao papel dos detentores do poder na instituição, o problema talvez esteja na vontade de transformação da autoridade política ou dos vários níveis da hierarquia escolar.

Considerando que no momento da ação o professor tem pouco tempo para refletir, pode-se encontrar na releitura da experiência, numa reflexão retrospectiva o incentivo a uma nova leitura da experiência e ser um fator de mudança, de reorganização de esquemas ou levar a um conflito cognitivo encontrado na possível contradição entre as decisões tomadas em sala de aula e uma teoria, norma ou outra experiência. Essa reflexão, talvez em conjunto com outros professores, poderia levar a tomada de consciência de que muitas escolhas são arbitrárias, de que o professor improvisa reações que seriam diferentes se ele tivesse maior tempo e uma mente mais aberta. E esta reflexão poderia ser alimentada por paradigmas interpretativos, teorias que seriam chaves de interpretação do que se passa numa sala de aula, que talvez pudessem constituir uma formação básica docente.

Perrenoud ³⁷, então, discute o planejamento da ação pedagógica, que tradicionalmente deixa pouca liberdade para o professor inovar, pois tem as preocupações de avançar o programa e manter a ordem em sala de aula. Esse planejamento numa pedagogia tradicional se dá a partir de uma carga horária e plano de estudos pré-determinados, para o ano letivo.

Em contrapartida, um professor que tem um sistema de trabalho mais aberto, que pratica uma pedagogia ativa, muito raramente terá suas atividades em sala de aula feitas a partir de um modelo e de materiais pré-concebidos. Perrenoud compara a pedagogia ativa ao “bricolage”, que seria um modo de trabalhar com os meios disponíveis, reutilizar textos, situações e materiais, gerando uma reinvenção de atividades e materiais, talvez uma alquimia. Estimula-se o elemento criatividade para alcançar os objetivos com os meios disponíveis, as práticas não são definidas pelos produtos mas pelos meios/ processos. A pedagogia ativa também prefere que os projetos partam dos alunos, cabendo ao professor possibilitar a sua realização, criar e manter as condições materiais dos projetos e assegurar a sua animação e coordenação.

Perrenoud conclui dizendo que:

“para modificar as ligações entre a prática e a investigação em educação, é necessário elaborar uma teoria mais realista da prática, mais descritiva do que prescritiva, incidindo tanto no trabalho na aula como naquilo que acontece à margem dela (...) Se a prática for considerada mais como expressão do habitus do que como concretização de receitas, a interrogação sobre as condições de transformação do habitus, o papel dos constrangimentos e possibilidades estruturais em oposição à difusão de idéias é inevitável”³⁷ (p.51).

^a Este é um ponto onde os trabalhos de Piaget e Vygotsky entram em conflito, mas adotamos a perspectiva do Vygotsky como um alerta de que os conteúdos, prática e habitus aprendidos são social e historicamente contextualizados, para detalhes sobre a confrontação dos trabalhos destes autores ver Henriques (1993) e Leite.

^b De fato, Piaget e Vygotsky partiram de pressupostos teóricos e formações muito distintas mas, por causa destas mesmas razões, seus trabalhos entram em conflito mas não se aniquilam, podendo ser usados complementarmente.

Capítulo 3 :

Metodologia e Resultados

Neste capítulo iremos apresentar os materiais e métodos utilizados na nossa coleta de dados empíricos, e discutiremos nossos resultados. A análise das entrevistas será dividida em dois capítulos, neste, iremos discutir a epistemologia do professor, para isso, mostraremos o perfil dos entrevistados e, em seguida, procuraremos entender a concepção de processo de ensino-aprendizagem dos mesmos. No capítulo 4, iremos focar na prática docente na disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado II do curso de medicina da UFF, buscando problematizá-la.

3.1 Aspectos metodológicos

“Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada”.
⁴²(p.48)

O atual formato do curso de medicina da UFF tem onze anos de implantação, neste período já foram detectados avanços e dificuldades neste processo de mudança do ensino médico. O TCS é considerado a grande inovação desse formato curricular, sendo necessários ajustes para sua plena implantação, tornando relevante estudos dessa experiência a fim de apontar os “nós” críticos e possíveis caminhos futuros. O TCS II foi apontado pelos professores do Instituto de Saúde da Comunidade como o módulo de TCS que mais necessitava de avaliação e re-orientação. Ademais, representa o momento em que todos os alunos são inseridos em serviços de saúde da Atenção Básica, o que nos permite refletir sobre uma das estratégias mais utilizadas na mudança do ensino médico, como apontamos no Capítulo 1.

Assim, o objetivo geral desse estudo era refletir sobre as opiniões e concepções dos preceptores envolvidos com a disciplina de TCSII do curso de medicina da UFF sobre o processo de ensino-aprendizagem e sua prática docente, visando contribuir para a melhoria da formação médica. Para atingi-lo seguimos alguns passos metodológicos que explicitaremos ao máximo a fim de “tornar as bases destes julgamentos tão explícitas quanto possíveis, de modo que outros possam chegar a suas próprias conclusões” ⁴³ (p.20).

Considerando que esta é uma pesquisa social, estamos cientes de que a presença da pesquisadora causou interferências no decorrer da coleta de dados, iremos, assim, buscar ao máximo explicitar a relação pesquisadora-atores a fim de considerar esse elemento como um dado a mais na análise “tornando os aspectos sociológicos e

interacionais do método parte do material a ser submetido à revisão analítica e lógica”⁴³ (p.28), e, por isso, mantivemos um diário de campo.

Esta pesquisa foi obedecida os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/ FIOCRUZ, em agosto de 2004.

O método da pesquisa baseou-se na observação participante e na realização de entrevistas com roteiro semi-estruturado (Anexo 1), partindo do pressuposto de que :

“A linguagem não é um simples veículo para expressar nossas idéias (...) a linguagem faz muito mais do que representar o mundo porque é basicamente um instrumento para “fazer coisas”. A linguagem não só “faz pensamentos” como também “faz realidades”⁴⁴ (p. 33).

A realização de entrevistas foi considerada como a estratégia metodológica pertinente, pois permite compreender as atitudes, valores e opiniões dos sujeitos⁴⁵.

A escolha pela fala dos preceptores ocorreu porque consideramos que os mesmos são os atores que, no cotidiano, são responsáveis pela construção e direcionamento do currículo. Principalmente, considerando que nos processos de reforma do ensino médico, que buscam implementar novas metodologias, existe um movimento cotidiano do professor que resiste à mudança de sua prática docente. Pretendíamos capturar este movimento de mudança e resistência da prática docente.

A opção por focalizar o TCSII ocorreu pelas razões apresentadas anteriormente, mas também porque cada módulo do TCS tem conteúdos e objetivos distintos, e este módulo específico correspondia a uma discussão de Saúde Coletiva, que é a área que se aproxima da área de atuação da pesquisadora.

Então, definimos como nosso universo de entrevistados todos os preceptores de TCS II. Assim, realizamos, no período de setembro a outubro de 2004, entrevistas com roteiro semi-estruturado (Anexo 1) com oito dos dez preceptores da disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado II, a fim de entender as concepções a cerca do processo de ensino-aprendizagem. Dois docentes não tiveram disponibilidade de tempo para serem entrevistados.

O roteiro semi-estruturado serviu como um condutor da conversa, permitiu-se que o entrevistado falasse livremente sobre os tópicos que lhe parecessem mais relevante. Desta maneira, as entrevistas duraram entre 20 minutos e 1h 30 minutos.

O contato dos preceptores foi fornecido pela coordenação de TCS II e ao serem contatados para participar da pesquisa foram extremamente solícitos. As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelo entrevistado com a solicitação que fosse em

ambiente propício à gravação. Antes de cada entrevista, os participantes leram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo 2), o procedimento foi explicado e após concordância do mesmo deu-se início à entrevista, que foi gravada.

Devido ao fato de que a pesquisadora é médica-residente da Universidade Federal Fluminense, cinco dos entrevistados a conheciam previamente, percebemos que em alguns casos isto pareceu favorecer uma conversa mais aberta e em outros não. Percebemos que um dos entrevistados se sentiu de alguma forma intimidado, ou pelo menos por se sentir avaliado teve uma postura defensiva, durante a entrevista, assim, foi uma entrevista de difícil análise. Desta maneira pudemos comprovar que :

“a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador”⁴⁵ (p.114).

Percebemos que, de maneira geral, os entrevistados se sentiram mais à vontade para falar da experiência de TCS II do que sobre os conceitos de ensinar e aprender. Conseqüentemente, as respostas sobre o processo de ensino-aprendizagem foram mais vagas e curtas, o que de certa maneira é um elemento passível de ser incluído na análise.

Todas entrevistas foram realizadas no local de trabalho do preceptor, seja em salas da universidade ou nos serviços. Isto de alguma forma prejudicou as entrevistas, pois os ambientes não eram muito silenciosos e houve interrupções, além de que por ocupar o tempo de trabalho pode ter levado a distrações e ansiedade.

A entrevistadora se sentiu à vontade durante as entrevistas, mas percebemos que algumas vezes as perguntas não foram devidamente compreendidas, de modo que foram adequadas durante o processo. Assim, o roteiro sofreu modificações. Também percebemos uma dificuldade da entrevistadora em direcionar a conversa, sendo que por vezes os entrevistados dispersaram demasiadamente.

O contato com a Coordenação de TCS II foi eventual, mas sempre que possível acompanhamos suas reuniões com os monitores e com os preceptores. Também acompanhamos a aula inaugural de dois semestres, e alguns encontros de um grupo de alunos. Nestes momentos, foi possível entender melhor alguns problemas apontados pela coordenação, e a organização da disciplina. Tentaremos pontuar estas observações junto com a análise das entrevistas.

Com a análise dos dados pretendemos levantar uma série de considerações sobre a prática docente no curso de medicina, e acreditamos que poderemos realizar tal

análise com esta amostra de oito docentes, pois “cada indivíduo é portador da cultura e das subculturas às quais pertence e que é representativo delas”⁴⁶ (p.197), e a partir destes dados individuais pretendemos buscar o que é sociológico, cultural.

Em relação ao tratamento analítico dos dados consideramos que o mais apropriado para nossos objetivos e prazos era a análise de conteúdo, que foi definida por Bardin⁴⁷ como sendo:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens” (p.42).

Especificamente, realizamos uma análise temática, que procura descrever os núcleos de sentido referentes a um objeto visado, no nosso caso a concepção de processo de ensino-aprendizagem.

Inicialmente, as entrevistas transcritas foram inseridas no programa Logos^a, que a partir de categorias determinadas pela pesquisadora, realizou uma organização dos dados. Nossa análise procurou relacionar a fala dos entrevistados com três concepções de processo de ensino-aprendizagem: o empirismo, o apriorismo e o construtivismo. Para melhor compreensão das sutilezas e contradições das falas também delimitamos algumas categorias analíticas: relação teoria e prática; motivação, estímulo e interesse; experimentação e vivência; relação professor e aluno. Todos esse conteúdo teórico foi abordado no capítulo 2.

3.2.O Professor de Medicina

A docência na medicina apresenta algumas características particulares que devem ser levadas em conta durante a análise, para compararmos esse perfil de preceptor de TCSII.

Batista⁴⁸ apresenta um resumo dos dados da CINAEM referentes ao perfil dos docentes de Medicina no Brasil, sendo que destacou:

- A maioria é do sexo masculino, e se encontra na faixa etária de 30 a 49 anos;
- Mais da metade se formou na escola onde leciona, e também teve continuidade de sua formação com a residência médica na mesma instituição, e 31% da amostra estudada tinha mestrado e 7% doutorado;

- Somente um quinto atua em regime de dedicação exclusiva, 30% referem que mais da metade da renda mensal provém da atividade docente;
- Nos últimos dois anos 41% publicou artigo em periódico nacional, 25% em revista internacional, 21% capítulo de livro ou livro e 14,1% estão ou estiveram envolvidos em projetos de pesquisa financiados.

Os pesquisadores da CINAEM, então, concluíram que a docência em medicina se configura como uma atividade complementar à profissão médica dos professores e que a política de incentivo à capacitação profissional e à carreira docente é deficiente. Assim, os professores apresentam qualificação técnica e pedagógica insatisfatória, são mal remunerados, e tem pouca dedicação e motivação com a escola médica⁴⁸. Este quadro tenderia a manter e estimular o modelo hegemônico de ensino médico. Desta maneira, este seria um dos “nós” críticos para a transformação das práticas de ensino.

Entretanto, Pimenta & Anastasiou⁴⁹ alertam que esta desvalorização técnica e social da carreira docente é generalizada no ensino superior. Apontam, que predomina no ensino superior um despreparo docente e uma individualização das práticas, pois a docência no ensino superior não exige uma formação específica no campo de ensinar, devido a um consenso de que basta o domínio de conhecimentos específicos da área técnica.

A prática docente no ensino superior estaria mais relacionada com a experiência individual enquanto aluno, nas concepções e esforços individuais desse professor, à incorporação da rotina dos sistemas de ensino e à próprias experiências enquanto docente. Assim, os professores ao ingressarem nas universidades “não recebem qualquer orientação sobre processos de planejamento, metodológicos ou avaliatórios, não têm de prestar contas, fazer relatórios”⁴⁹ (p.37), essa seria uma prática desenvolvida individualmente.

Na universidade percebe-se também um status de menor importância às atividades de ensino, principalmente na graduação, quando comparada à pesquisa ou pós-graduação. Também os critérios de avaliação docente priorizam as atividades de pesquisa e publicações, deixando a docência num segundo plano. Todos estes aspectos levam a uma desmotivação do professor para a envolver-se com projetos de melhoria do processo de ensino-aprendizagem.

No campo específico da Medicina, a docência segue estas mesmas características e influências, sendo que gostaríamos de enfatizar que percebemos que a identidade profissional dos docentes está mais relacionada com a área de especialização, então, os professores do tradicional ciclo básico são pesquisadores e os do ciclo profissionalizante

são médicos especialistas. O ingresso na carreira docente configura-se mais como um título que aumentaria o capital social deste médico.

Isto ocorre porque, geralmente, a graduação e especialização do médico não têm como objetivo a formação de um professor. E, no ingresso na universidade avalia-se a competência específica e desempenho como profissional ou pesquisador.

Brito & Siqueira (apud Batista⁴⁸) também constataram que muitos professores de medicina não têm qualquer preparo didático-pedagógico para a docência, e esta, quando ocorre, é mais uma didática instrumental, de métodos e uso de tecnologias que reproduzem um modelo tradicional de ensino. É freqüente que o professor desconheça a estrutura curricular formal do curso e a relação das disciplinas entre si, aspectos que são fundamentais para uma atuação docente consciente, reflexiva e integrada.

Diante deste quadro, repensar a dimensão pedagógica do trabalho do professor de medicina se configura como um ponto importantíssimo na mudança das escolas médicas. A educação permanente do professor possibilitaria a reorientação da educação médica em face dos desafios de ordem tecnológica e social que estão postos na sociedade atual. Assim, as questões de profissionalização do professor, que serão apresentadas no capítulo seguinte, ganham uma relevância fundamental.

Neste estudo, encontramos dados que confirmam este perfil nacional do professor de medicina, mas com alguns pontos divergentes. Foram entrevistados oito dos dez preceptores de Trabalho de Campo Supervisionado II da UFF (TCS II). Sendo que destes oito preceptores, três são homens, e a faixa etária encontra-se entre 40 a 65 anos, seis são médicos, e dois de outro curso da área da saúde. Cinco destes docentes têm alguma pós-graduação no campo da saúde pública. O tempo médio de docência é de 19 anos, sendo que três apresentam mais de 25 anos de docência, e três menos de 15 anos, um dos preceptores não é docente da UFF.

Tabela 1: Perfil dos preceptores de TCS II entrevistados.

Idade (anos)	Formação	Especialização	Tempo de docência / Preceptoría TCSII (anos)
52	médico	Doutorado Saúde Pública	10 / 10
44	médico	Residência em Medicina Preventiva	08 / 08
55	médico	Mestrado em Cirurgia	29 / 02
53	não médico	Especialização em Saúde Pública	14 / 10
52	médico	Residência em Medicina Preventiva	21 / 10
64	médico	Residência em gastroclínica	29 / 06
Não declarou	médico	Residência em ginecologia e Curso de Educação em Saúde	26 / 10
42	não médico	Mestrado em Saúde Coletiva	15 / 02

Questionamos os preceptores sobre sua formação para a docência, sendo que dos oito preceptores, três auto-referiram que haviam tido alguma formação específica, um durante a capacitação pedagógica do “Projeto Larga Escala”, outro durante o mestrado com a disciplina de Sociologia da Educação e um preceptor fez “Curso de Formação de Professores” (antigo “curso normal”). Dos cinco demais preceptores que negaram a formação específica para a docência, dois referiram que tiveram aula de didática, dois consideraram que o trabalho na área de educação em saúde forneceu algum subsídio, e um deles disse que buscou leituras sobre o tema.

Em relação ao tempo de preceptoria observamos que a média foi de 7,25 anos, sendo que quatro docentes estão desde o início da implantação do TCS II, e os mais novos estão há 2 anos. Como justificativa para entrada na preceptoria de TCSII, temos que seis referiram afinidade com a articulação com a rede de serviços e se identificaram com o perfil deste trabalho, um justificou pela necessidade de cumprir carga horária, e um referiu que a motivação foi a possibilidade do ensino da “medicina integral”.

3.2. A epistemologia do professor

Percebemos um estranhamento, e às vezes um constrangimento, dos professores ao serem interrogados sobre suas concepções de conhecimento e processo de ensino-aprendizagem. Fazendo-nos interrogar até que ponto existe uma ausência de reflexão epistemológica por parte dos professores, que desta maneira, tenderiam a adotar noções do senso comum para gerenciar suas práticas.

Em “A epistemologia do Professor”, Becker ¹ faz sérias críticas a esta falta de reflexão epistemológica do professor, dando um caráter de denúncia, de falha do sistema de ensino brasileiro, a este quadro. Inclusive, em parte, creditando a esta falta de reflexão a causa da má qualidade no sistema de ensino brasileiro. Este autor, afirma que existe, inclusive, um desconhecimento por parte dos professores que muitas das dificuldades que eles encontram no cotidiano têm relação com a sua concepção epistemológica, da escola e dos alunos. Para o autor, o ensino acadêmico pode estar obstruindo o processo de desenvolvimento do conhecimento dos alunos.

Becker ¹ também trabalha com a hipótese que sem uma teoria epistemológica que seja capaz de re-significar a prática docente, não será possível reestruturá-la e re-significá-la. Ele enfatiza que a capacidade crítica e vontade política de mudança da educação são produzidas socialmente, desta maneira pode-se a partir dessas falas de

docentes para traçar um panorama do contexto ideológico que esses professores foram formados como cidadãos e, em particular, profissionais da educação.

Como resultado de seu trabalho, Becker ¹ aponta que o empirismo é a epistemologia que mais caracteriza a fala dos professores. E parte da fundamentação desta epistemologia empirista utiliza-se de componentes inatistas. Entretanto percebeu que ao serem questionados sobre a sua prática, os professores respondem com ensaios construtivistas.

“Levanto, por isso, a hipótese de que o professor ao falar espontaneamente da origem do conhecimento comporta-se empiristicamente. Ao perceber falseada sua teorização empirista, responde de forma aprioristicamente ou inatista. Ao ser colocado perante a realidade que se desdobra cotidianamente aos seus olhos, da qual participa ativamente, responde dialetizando os componentes subjetivos e objetivos “¹ (p.191).

A partir dessa observação, ele sugere, então, que a formação docente se inicie com a reflexão sobre a prática pedagógica da qual o professor é sujeito, para depois se introduzir teorias que possam romper com a postura conservadora e iniciar uma prática pedagógica inovadora.

3.3. A concepção de processo de ensino –aprendizagem dos preceptores de TCS II

Na análise deste trabalho não pretendemos tão somente classificar os docentes como empiristas, aprioristas ou construtivistas. Pois entendemos que atribuir um rótulo em um discurso representaria uma contribuição limitada às reflexões sobre o processo de ensino-aprendizagem. Assim, optamos por identificar a maior quantidade de elementos que nos permitam uma reflexão mais ampla sobre a prática docente. E, principalmente, considerando que esses preceptores fazem parte de uma disciplina que pretendia ser inovadora no campo da saúde, apontar alguns aspectos que colaborem para a reflexão sobre o movimento de mudança do ensino médico. Esperamos ter conseguido atingir este objetivo.

Observamos muitas contradições nas entrevistas, possivelmente, pelo fato do roteiro de entrevista ter sido estruturado em dois grandes blocos, um sobre a experiência de TCSII e outro sobre o processo de ensino-aprendizagem em geral. E, esta forma de estruturação foi muito relevante, pois pudemos, então, confrontar a elaboração desses preceptores sobre a sua experiência prática com uma idéia mais geral sobre o processo de ensino-aprendizagem.

Devido ao fato do grupo de entrevistados ser muito pequeno só estaremos os identificando nos extratos de suas falas, deixando de relacioná-los com outros elementos de seu perfil que, possivelmente, levariam à sua identificação.

Assim, quando inquiridos sobre o que seria aprender, um aspecto freqüente foi a distinção entre aprender e apreender, como expressa a fala a seguir:

“Aprender é levar para a prática, não é? Levar um conhecimento para a prática.”(D7)

“você leu num livro, você apreendeu, você registrou, você guardou um montão de informações, mas em determinados momentos, você vai aprender. Você vai colocar o que você apreendeu para o aprendizado da pessoa. Entende? Transformar o que você apreendeu em realizar, por em prática isso.” (D4)

Segundo o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa⁵¹ (p.147), apreender significa: “segurar, pegar, agarrar, prender; ou assimilar mentalmente; entender, compreender: Apreende rapidamente tudo o que lhe ensinam”. Partindo desse sentido de apreender, parece-nos que, então, no processo de ensino-aprendizagem existiria uma dicotomia entre teoria e prática, sendo que a prática seria uma forma de melhorar a apreensão da teoria e ou de testar a apreensão da teoria. Sendo a teoria um conteúdo ideal e imutável a ser transmitido pelo professor dissociado da prática.

Por outro lado, Freire²⁸(p.69) referia que somos capazes de aprender pois temos a “habilidade de apreender a substantividade do objeto aprendido”, a partir da qual podemos reconstruir, mudar o mundo. O sentido de “apreender” de Freire é o de ser capaz de realizar uma ação que chama de “segundo grau”, ou seja, de buscar e compreender os mecanismos íntimos da ação, o que permitiria ser capaz de gerar esquemas generalizáveis e lidar com situações diversas, e criar a partir do aprendido. Assim, o “apreender” do entrevistado parece estar mais relacionado com a memorização, do que com o sentido de compreensão de Freire.

Assim, esta valorização da prática, poderia ocorrer num sentido crítico ou mesmo de vislumbrar a prática como objeto de reflexão. Perrenoud⁵¹ nos apresenta a distinção entre refletir para agir e refletir sobre a ação proposta por Donald Schön. Para Donald Schön não existe ação sem reflexão, todos refletimos acerca da situação, dos objetivos, dos meios, do lugar entre outros aspectos das nossas ações, porém, refletir sobre a ação seria diferente, seria tomar a nossa própria ação como objeto de reflexão. A reflexão sobre a ação, e que não necessariamente ocorre somente *a posteriori*, remete a que o sujeito, distanciando de uma ação singular, reflita sobre “as estruturas de sua ação e

sobre o sistema de ação do qual faz parte”⁵¹. Busca-se, desta maneira, questionar os fundamentos racionais da ação tais como as informações disponíveis, seu tratamento, os saberes e os métodos nos quais se baseia. Para entendermos este tipo de reflexão temos que nos voltar novamente para o conceitos de Piaget, principalmente para o que ele designou de “esquema ou estrutura da ação” que seria:

“tudo aquilo que, em uma ação, pode ser transposto, generalizado ou diferenciado de uma situação com relação à seguinte, ou seja, tudo o que existe de comum nas diversas repetições ou aplicações da mesma ação.”⁵¹ (p.38).

Este processo envolve o reconhecimento de que não somos conscientes de todos os nossos atos, mas que estes seguem estruturas estáveis, que Bourdieu denominou de *habitus*^b. Esta reflexão sobre a ação, fundamentalmente, visa atingir a transformação do sujeito, para além de sua prática, mas sobre sua história de vida, formação, identidade pessoal ou profissional.

Ou seja, a perspectiva da prática numa concepção construtivista é mais ampla do que simplesmente a capacidade de ser capaz de colocar em prática o que foi ensinado como alguns de nossos entrevistados apontaram.

“É até aquela diferença de aprender para apreender, não é? Que é muito mais importante você aprender como você vai fazer, do que às vezes, até o próprio conteúdo. Não é?(...) Você muda de lugar, por exemplo. De realidade você pode...Ele pode até também conseguir improvisar e acertar.” (D1)

Em relação a esta fala, ressaltamos que pode-se correr o risco de se limitar a um saber-fazer, simplesmente, e não à construção permanente do conhecimento a partir da prática, de modo a formar profissionais reflexivos. Senão pode-se novamente atribuir a produção teórica para os acadêmicos, e aos profissionais caberia somente aplicar as teorias. Pelo contrário, pretendemos que os estudantes, e os docentes, incorporem a reflexão e construção do conhecimento, a partir também de suas práticas, no seu *habitus* profissional.

Neste momento, é importante ressaltar que esta discussão surge a partir de movimentos que questionaram os modelos tradicionais de ensino baseados num modelo positivista de ciência, e à tendências como a da escola tecnicista^c, que no Brasil teve grande impulso durante a ditadura militar e que deixou conseqüências dramáticas no sistema de ensino brasileiro. Acreditamos que alguns preceptores percebem suas práticas inseridas neste conflito de modelos de ensino.

“O aprendizado na minha opinião ele se dá pelo componente da racionalidade (...)Eu digo na racionalidade técnica, (...)Agora o subjetivo também você tem possibilidade de estimular através das sensações, das emoções. Bem, mas eu acho que como a linha da aprendizagem, ela é vinculada à ciência, então tem muito de racionalidade, tem muito da razão.(...) Porque a gente vive numa sociedade racional, esse momento é um momento, o ocidental é assim. De repente se for para outras culturas, talvez a muçulmana ou islâmica, talvez não...”(D2)

A fala deste preceptor nos faz lembrar que o ensino não é neutro, as instituições formadoras são responsáveis pela socialização das novas gerações, existe, portanto, uma ideologia por trás dessas instituições, de seus currículos e das práticas de ensino. Vygotsky foi um dos autores que ressaltou, que o aprendizado é cultural, que existe uma forte determinação social da educação. Não se ensina qualquer conteúdo nas escolas, mas aqueles considerados relevantes para determinado contexto cultural.

“Eu acho que a educação formal, essa da sala de aula ela é pontual, entendeu, ela é um momento. (...) ela é um componente vamos dizer assim, do que é o ensino/aprendido, porque você está no mundo.Você está no mundo absorvendo várias informações, ainda mais agora que a gente ta na sociedade de informações, os acessos são rápidos, a sociedade de informação, o momento social. Então você vai com um comportamento, com a cultura... “(D2)

Na escola médica, esse componente da socialização foi estudado por vários autores que, fundamentalmente, vão discutir como as atitudes e valores dos estudantes vão mudando no decorrer do curso médico ^{9,2,52}. Carapinheiro ⁵² (p.166) resalta os trabalhos de Merton que pontuam que a escola médica teria duas funções principais:

“por um lado transmitir um saber técnico e, por outro, transmitir esses valores e essas normas, definindo a socialização médica como o processo pelo qual os estudantes de medicina aprendem o papel profissional de médico”

Os docentes e preceptores exerceriam um papel essencial nesta perpetuação da ordem médica, principalmente por meio das aulas práticas, que são identificadas como o espaço ideal de aprendizado da medicina ⁹.

Mas, retornando à fala do preceptor, percebemos que ele se refere ao aprendizado como: “Você está no mundo *absorvendo* várias informações” (D1), e conseqüentemente, devido ao termo “absorvendo”, nos questionamos se a concepção de

processo de ensino aprendizagem de fundo não seria empirista, pois sua característica principal no ensino é considerar o aluno como *tábula rasa*, na qual o professor irá imprimir as informações, o aluno é passivo. Em outro momento de sua fala também percebemos esta característica:

“Agora o subjetivo também você tem possibilidade de estimular através das sensações, das emoções.”(D2)

O sentido de “estímulo” apresentado não fica claro, parece-nos que neste caso os sentidos são passivos, reforçando a característica empirista, ou pode-se dizer que se aponta também para um apriorismo, no sentido de despertar no aluno o conhecimento. Entretanto, mais adiante na conversa ele apresenta que cada tipo de aluno irá ser influenciado de maneira diferente, pois cada um já chega com uma concepção do que é o ensino médico, e aponta:

“Porque eu estava conversando com uma outra preceptora, e a gente estava categorizando os alunos em três categorias, quer dizer, tem o aluno que vem e que já vem com o construído do que ele quer, ele vem muito fechado. Vem construído que é médico, com a atividade médica e ele já sabe o que ele quer, vem com aquele modelo biomédico fechadinho. Tem um que já vem com a sensibilidade, já traz a sensibilidade, ele percebe a profissão dele, o que ele vai ser e percebe a atuação dele na sociedade como um social, como um cidadão. E tem um que é mais ou menos, ele não sabe bem, entendeu, ele está meio ali, ele está procurando... Porque esse da área social, ele prescindiria do nosso conteúdo, ele prescindiria do currículo, ele daria o seu jeito, com sua resistência. Pelo menos ele tentaria manter isso. O que vem construído como médico, ele já passa pela gente. E o mais ou menos, a gente estava brincando que esse é o alvo (...) esse é o nosso público alvo.”(D2)

Desta fala, levantamos alguns pontos de discussão, um deles retoma a questão da ideologia, e desta maneira, esta disciplina seria percebida por este preceptor como uma contra-proposta ao modelo tradicional e predominante na medicina atualmente. Esta é uma questão pertinente para a discussão da mudança da escola médica, e que iremos debater no próximo capítulo. Por outro lado, de alguma forma esta fala aponta para o pólo do sujeito no processo de ensino-aprendizagem, nos parece que existe um reconhecimento de que o sujeito tem construído algo previamente – que seriam as estruturas segundo Piaget. Existe, por parte destes preceptores, um reconhecimento de que o sujeito-aluno influencia no processo de ensino –aprendizagem:

“tanto que é muito interessante porque nenhum semestre ele é igualzinho ao outro. Nem dá até porque os alunos não são iguais também.”(D2)

Assim, apontando que o aprendizado depende do sujeito:

“Eu acho que isso(aprender) é uma coisa muito pessoal” (D6)

“Eu acho é você querer aprender.”(D6)

“tem o predicado da disponibilidade de se dispor a aprender. Porque é impossível você transmitir ou o conhecimento chegar a quem não esteja disposto a receber aquele tipo de informação”(D3)

Entretanto, novamente, percebemos que existe na fala dos preceptores uma concepção de fundo empirista, pois pontua que a participação do sujeito é a disponibilidade em receber informações, e que a vontade existe *apriori* no sujeito. Ou, até mesmo, ficamos com a impressão que se atribui uma grande importância a uma bagagem fixa de cada aluno, e que dependendo da mesma pode-se despertar ou não o conhecimento, que seria uma tese apriorista. No construtivismo, a vontade ou disponibilidade de aprender é entendida como em construção, e depende das estruturas anteriores do sujeito. O sujeito vai ter interesse em aprender algo que suas estruturas prévias reconhecem.

Os preceptores, na nossa interpretação, limitam a participação do aluno a questão da vontade do aprendizado, e não deixando claro como eles lidam na suas práticas educativas com estas estruturas prévias do aluno, será que estas seriam substrato para o aprendizado?

Um dos pontos fundamentais do construtivismo é que a aprendizagem se torna mais significativa quanto mais estiver relacionada com os conhecimentos prévios do aluno e quanto maior forem as relações com o objetivo da aprendizagem, sendo que este deveria ser o ponto de partida do processo de ensino. Pois, “para sentir interesse, deve-se saber o que se pretende e sentir que isso preenche alguma necessidade - de saber, de realizar, de informar-se, de aprofundar”⁵³ (p.35).

E a interação com o professor e as condições “objetivas” das situações de ensino ganham um destaque. Ao professor caberia explicitar ao máximo as atividades a serem desenvolvidas, os objetivos das mesmas e sua relação com os outros conteúdos e atividades. Sendo que a interação com o professor deveria ser presidida pelo afeto, promover a responsabilização dos alunos por este processo de aprendizado e permitir que eles assumam um papel ativo neste processo. Por outro lado, isto requer uma maior disponibilidade de tempo, além de exigir uma estrutura curricular que permita a

articulação entre os diversos conteúdos e disciplinas, flexibilidade no trabalho docente e um sistema de avaliação coerente ⁵³.

Podemos dizer que encontramos alguns preceptores que apontam para esta perspectiva mais dinâmica de aprendizado:

“Vivendo e dentro da vivência você tem leituras, você tem interlocuções, você tem congressos e você tem surras (...) É a experiência (...) ensaio e erro.”(D5)

Este preceptor conceitua o termo experiência como algo em construção constante, em que os erros são substrato para o aprendizado, e que as leituras seriam subsídio da vivência. Encontramos, uma outra elaboração interessante de um preceptor, que identificamos como construtivista:

“Como se aprende? Seria assim, seria eu vivendo e em cima da vivencia refletindo sobre essa vivencia e essa minha reflexão, óbvio, alimentada por um conjunto de pessoas que já pensou sobre isso, já escreveu sobre isso, já está discutindo isso e eu fazer essa relação entre essas coisas. E ter a possibilidade de olhar para minha experiência de uma outra forma.”(D8)

Gostaria de enfatizar o final desta fala, na qual o preceptor diz: “possibilidade de olhar para minha experiência de uma outra forma”. Ele caracteriza muito bem esta perspectiva de que o processo de conhecimento é um processo inacabado e contínuo, pois a cada “novo olhar” sobre um objeto ou experiência irá resultar num novo conhecimento, e assim num processo de superação constante. Isto nos remete a “consciência de inacabamento” de Paulo Freire ⁵⁴, que segundo ele seria núcleo fundamental onde se sustenta a educação. Porque o homem se percebe como um ser inacabado, ele deve ser sujeito de sua própria educação em comunhão com outros que se percebem inacabados. Assim, a educação seria uma “busca permanente de si mesmo (...)feita com outros seres que também procuram ser mais” ⁵⁴ (p.28).

E, um dos aspectos que gostaria de destacar das respostas sobre o ensinar foi que vários preceptores relativizaram o papel do docente enquanto “fonte do saber”. Por um lado, isso pode ser um receio do professor devido à rapidez e quantidade do conhecimento produzido na sociedade da informação. Até mesmo podemos questionar uma relativização perigosa da necessidade de um conteúdo por parte do professor, mas, por outro lado, pode significar um questionamento da tradicional percepção de que o processo de aprendizado ocorre pela transferência de conhecimento do professor para o aluno. Ou seja, talvez eles estejam criticando o empirismo, e enfatizando o processo contínuo de produção do conhecimento.

“ E, sobretudo, saber o seguinte, eu adoro quando dizem assim, o quê que é isso? Eu digo, não sei vou procurar saber. Não é? Porque é sinal que o aluno está andando acelerado, não é? E ter muita tranqüilidade de dizer, não, eu não sei isso. Eu não sei tudo, não é? Nem sou para saber... Nem vim aqui para te dizer tudo que existe no mundo.”(D1)

Esta possibilidade fica mais clara quando eles valorizam a dúvida não resolvida pelo docente como uma importante estratégia de aprendizado para o aluno. E quando apontam que o docente deveria ser capaz de despertar no aluno esta vontade de aprender, conhecer. Desta maneira, vão ressaltando a participação do aluno na construção do conhecimento, pela pergunta e dúvida.

“Essa frase me ficou profundamente marcada, porque realmente desvendar o conhecimento, ter acesso ao conhecimento, você aprender alguma coisa, apreender aquilo que você aprendeu, realmente abre um universo, realmente abre uma fenda, não é? Um caminho que você realmente... Se nós docentes (...) formos capazes de fazermos isso com os nossos alunos, com os nossos filhos, com as pessoas que não têm acesso a informação, eu acho que nós vamos estar construindo uma sociedade diferenciada.”(D3)

Neste processo de construção do conhecimento, Piaget sempre enfatizou a necessidade do professor partir dos esquemas prévios do aluno, ou seja, este deveria “diagnosticar” quais são esses esquemas para a partir deles iniciar o processo educativo. Além do mais tem que ser capaz de perceber e mediar a diversidade de alunos e de situações. Caminhando numa elaboração nesta direção identificamos a seguinte fala:

“O ensinar eu acho que você tem que ter uma paciência muito grande! Sabe? No momento de você ensinar. E você compreender a cada aluno, porque a visão de cada aluno é totalmente diferente de uma do outro. Entendeu? Eles, os alunos, nos trazem perguntas as mais variadas possíveis, às vezes dentro daquele próprio assunto, porque a visão dele é diferente.”(D6)

Não temos muito claro se quando o docente se refere “a visão “ do aluno, ele está identificando que cada aluno traz em si uma bagagem de aprendizado, como os aprioristas identificam, mas levantamos esta hipótese.

E, de certa maneira, indicando a importância do diálogo no processo de aprendizado, ouvimos algumas falas que reforçam a importância de uma comunicação salutar entre professor e aluno, que permita a crítica e que não seja autoritária. O diálogo ganha uma dimensão muito importante no construtivismo, pois a fala é sempre uma ação de segundo grau, ou seja, ação sobre alguma ação anterior. Por meio da fala

constrói-se o conhecimento como estrutura e como conteúdo ¹. E o diálogo com o professor e com os colegas permite o contraste entre diversos pontos de vista, a explicitação da própria opinião, é um exercício de prática de termos científicos entre outros aspectos ²⁹.

“Não que eu seja o dono da informação. Mas porque eu tenho o conhecimento e a partir disso, você disponibilizar esse conhecimento não de uma forma autoritária, mas de uma forma compartilhada com aquele outro que não tenha esse conhecimento. Mas deixando aberto ao outro, a possibilidade de criticar a você e trazer novas informações que muitas das vezes você não sabe”(D3)

Mas ainda a palavra “disponibilizar” de certa forma nos aponta ainda para uma concepção empirista subjacente, ao “ensino bancário” criticado por Freire ²⁸, o que em alguns casos ficou clara como sendo a maneira pela qual o preceptor entende o processo de ensino-aprendizagem, como o caso a seguir:

“Acho que ensinar é transmitir a sua experiência, entendeu? O seu conhecimento. Eu vou passando adiante. E para isso a didática que você tem que ter, a psicologia que você tem que ter é que você tem que saber fazer. Porque não adianta você ter um conhecimento muito grande dentro da sua cabeça e não saber passar.”(D5)

“Transmitir o que a gente aprendeu.” (D7)

Estes preceptores inclusive nos lembram a concepção tecnicista de ensino, no qual a didática é entendida como a incorporação de tecnologias que facilitem a transmissão de conhecimento. E, freqüentemente a percepção de formação docente recai nessa perspectiva, que não transforma as práticas educativas. Esses preceptores nos mostraram claramente como na concepção empirista a teoria é uma verdade que se encontra na realidade, e o papel do docente seria apontar esta verdade, a teoria.

“Depois a gente vai para outra salinha que tem lá dentro, que é a sala dos médicos, aí eu chamo todo mundo lá para dentro. Olha, é isso, isso, isso, isso, isso, isso. Aí passo a teoria. A teoria, minha. Aí peço para eles, agora, vocês vão ler quando chegar em casa. Tem o capítulo do... Eu dou lá algumas referências bibliográficas que tem, tá? E vocês vão ler. Se vocês tiverem alguma dúvida vocês tragam para cá na próxima aula que a gente conversa.”(D5)

O diálogo entre professor e alunos se refere a uma verdade dada e construída, que vai ser identificada na realidade. A teoria não é uma construção, é uma verdade a

ser percebida na realidade. Mas encontramos preceptores que quando questionado sobre o que seria ensinar, mantém uma postura construtivista, significando a prática como objeto de reflexão a partir do qual se constrói a teoria.

“E querer trabalhar a partir da realidade do que as pessoas estão vivendo, aquele conjunto de questões que estão colocadas por disciplina.”(D8)

É interessante notar que alguns preceptores desenvolveram melhor suas idéias quando questionamos sobre o aprender e outros sobre o ensinar. Entretanto, foi curioso observar que, quando questionamos os preceptores sobre o papel do professor e do aluno no processo de ensino-aprendizagem, vários depoimentos foram contraditórios com a visão empirista predominante inicialmente, e mais próximos de uma concepção que enfatiza a interação entre professor e aluno.

“Eu acho que é mais estimular. E aí bem... A gente remete logo a questão da pesquisa como sendo... Não é? Um instrumento de ensino aprendizagem muito importante (...) Então, essa palavra chave da problematização, ela é importante (...) quando eu falei do início aquela coisa de compartilhar um pouco esse processo de ensino aprendizagem.” (D1)

Porém, na fala deste preceptor, um pouco mais adiante, vemos que esta construção está mais relacionada com a grande quantidade de conhecimento sendo construído e com a velocidade de produção de conhecimento, que o professor sairia prejudicado se tivesse a “presunção” de saber tudo, e com a internet o aluno tem um acesso muito fácil e rápido ao conhecimento. Mas, de qualquer maneira, seria papel do professor diante dessa realidade estimular o aluno a buscar este conhecimento.

“eu percebo o papel do professor um papel de sensibilizador e facilitador, entendeu, que ele pode até ter conteúdos diferenciados, mas ele é um facilitador. Porque o conteúdo, o aluno se ele tiver sensibilizado ele pode buscar.”(D2)

”É você saber estudar junto com os alunos. Entendeu? Eu acho que isso é muito importante porque o aluno traz muita coisa para a gente.”(D6)

Talvez a ênfase na construção do conhecimento fique mais clara na fala a seguir, pois reforça não só esta busca do conhecimento mas, principalmente, a discussão do processo de produção do conhecimento. Como Becker ¹ enfatizou, Piaget esclarece que o mais importante que o conteúdo, é a estrutura, o aluno incorporar os mecanismos de produção do conhecimento.

“Ser uma pessoa que estimule a busca pelo aprendizado, não é? E uma pessoa que compartilhe dessa construção do aprendizado. Não é? Muito bom

fosse se todos os alunos tivesse possibilidade de participar desse momento, mas também da construção do conhecimento.”(D8)

Paulo Freire²⁸ (p.23) diz “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”, com isso consegue valorizar os dois atores envolvidos neste processo de construção do conhecimento, dialetizando-os.

Também encontramos a associação do papel do professor como um intermediador entre a experiência prática e a teoria. Novamente, apresentando uma concepção empirista em que a teoria é retirada da prática, que seria somente um recurso sensorial.

“Eu acho que é ser ponte. Tá? Entre a matéria científica que eu li e a experiência deles.”(D5)

Assim, o docente seria responsável por reforçar que as teorias se encontram na realidade:

“O que eu preciso fazer é propiciar ao aluno que teve aquele conhecimento, aplicá-lo no trabalho de campo. Aí eu vou estar produzindo um ensinamento para ele.”(D3)

Quando analisamos as falas sobre o papel do aluno no processo de ensino aprendizagem, observamos que as mesmas variam entre um interesse e disponibilidade do aluno para “receber” e “captar” o conhecimento e um pólo mais participativo, de construção do conhecimento. Então, num pólo mais passivo identificamos as seguintes falas:

“Eu acho que ele tem que gostar do que ele está fazendo, do que ele escolheu.”(D4)

“É de utilizar o que ele vai aprender, o que ele vai escutar o que ele leu, para colocar em prática e de apreende.”(D5)

“Quanto mais interessado é o aluno, mais ele vai aprender, mais ele vai ajudar o professor”(D6)

“Abrir o coração para ele aprender e continuar”.(D7)

E, num pólo mais participativo, e apontando para uma possibilidade de construção de conhecimento, identificamos as seguintes falas:

“O aluno também, eu acho que tá na troca.”(D2)

“E do aluno seria ser uma pessoa que também vai construir esse conhecimento com o professor, não é?(...) Então assim, e o aluno seria participar ativamente desse processo de formação dele, não é? Não ser um aluno que fosse passivo, um receptáculo de conteúdo. Não é?”(D8)

E, um dos preceptores apontou uma questão importante, que é a formação que eles tiveram, predominantemente numa perspectiva tradicional e que também é o modelo predominante na própria faculdade de medicina. De modo que romper com este modelo é uma dificuldade para os docentes e para os alunos.

“Eu acho que a gente primeiro tem um grande desafio. Eu aprendi da forma que eu acho que eu não tenho que ensinar. Que é aquela coisa de estar em sala de aula, de professor que vai trazer, que a gente fica passivo esperando, pá, pá, pá, pá, pá, pá. E isso é uma coisa muito forte.”(D8)

Por outro lado, também se apontou que a prática desses preceptores muitas vezes é baseada na experiência anterior como aluno, o que nos faz lembrar das considerações de Perrenoud ³⁷ de que a prática docente está baseada em *habitus* que são reproduzidos.

“Então, quer dizer, as boas experiências que você teve, você fica querendo também, repassar. E as más, não é? As suas deficiências, você fica procurando não reproduzir. Não é?”(D1)

Assim, as falas desses professores devem ser entendidas à luz do fato de que eles não tiveram uma formação específica para a docência, nem mesmo para esta disciplina específica implementada depois da reforma curricular. Esta característica, como já referimos, foi apontada por Pimenta & Anastasiou ⁴⁹ como sendo geral na docência do ensino superior. Esse aspecto talvez justifique a presença de uma forte concepção empirista na fala destes docentes, que seria uma postura de senso comum. Assim, pudemos confirmar a hipótese de Becker ^{1,25} de que existe uma falta de reflexão epistemológica por parte dos docentes.

Entretanto, ao mesmo tempo, esses preceptores, alguns mais que outros, já apontam uma perspectiva construtivista de processo de ensino-aprendizagem. Não pudemos realizar uma confrontação desses dados com a trajetória pessoal de cada um, pois permitiria a identificação dos mesmos. De qualquer maneira, como esses preceptores estão inseridos numa prática docente que rompe com diversas posturas tradicionais, podemos levantar a seguinte pergunta: Será que estas condições objetivas facilitam esta mudança epistemológica? Como potencializar esta influência?

^a Software desenvolvido e cedido pelo Prof. Dr. Keneth Camargo Jr, do LAPPIS. Gostaríamos de agradecer por esta oportunidade de utiliza-lo.

^b Este conceito foi apresentado no capítulo anterior.

^c Nesta concepção a didática é entendida como a incorporação de tecnologias que facilitem a transmissão de conhecimento.

Capítulo 04:
A prática docente no TCS II

Nesta etapa, pretendemos esclarecer a disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado II. Perguntamos aos preceptores os objetivos e metodologia da mesma. Procuraremos a partir destes dados confrontar a reflexão sobre a prática com as concepções apresentadas anteriormente.

Perrenoud ³⁷ argumenta que as condições objetivas teriam um papel determinante na mudança das práticas e concepções docentes. Assim, se o TCS II é uma proposta inovadora, como afeta a prática? Já observamos anteriormente que identificamos elementos empiristas e construtivistas na fala dos preceptores. Será que este padrão se manterá ao refletirem sobre suas práticas? Quais elementos, para a reflexão da prática docente, emergem a partir destas falas?

O TCS II, na nossa opinião, é uma prática de ensino que rompe com diversas características tradicionais do ensino médico. Esta é uma disciplina do segundo ano, na qual um grupo pequeno de alunos, cerca de 10, e um preceptor desenvolvem durante um ano atividades numa UBS, sendo que não existe um conteúdo programático, mas somente objetivos gerais no campo da Saúde Coletiva. Desta maneira, também a avaliação rompe com os padrões normais, sendo que em geral é processual e por meio da produção de um trabalho final.

Assim, podemos dizer que a experiência desta disciplina colocou condições objetivas de ensino diferenciadas para estes preceptores. Soubemos que não houve uma preparação para a entrada desses preceptores, parece que no início ocorreram encontros de acompanhamento do trabalho desses docentes e com os gestores, mas que já há algum tempo não ocorre. Existe uma supervisão da coordenação do TCS II, mas que não tem conseguido reuni-los mais. Neste momento, estão elaborando roteiros, baseados em habilidades e competências definidas pela coordenação e com os monitores da disciplina, para serem aplicados por todos os preceptores.

Acompanhamos o encontro inicial das atividades desta disciplina por duas vezes. Neste encontro inicial, os alunos são apresentados à disciplina e divididos em grupos. Nesses dois momentos, somente 3 dos 10 preceptores e metade do grupo de alunos (cerca de 40) compareceram a este encontro introdutório, sendo que todos foram convocados. A coordenação de TCS II fez uma revisão da concepção do currículo integrado da UFF e como o Trabalho de Campo Supervisionado se insere no mesmo, discriminando suas etapas.

Em seguida, apresentou os objetivos, de maneira coerente com o “Currículo Pleno” ¹⁸, do TCS II, que seria identificar o perfil epidemiológico (morbidade e mortalidade), construir análises e propostas de funcionamento das unidades de saúde e

analisar o impacto das ações programadas sobre as condições locais diagnosticadas. O primeiro semestre de atividades do TCS II, correspondente ao terceiro período do curso, seria voltado à discussão dos determinantes do processo saúde-doença e estudos de morbi-mortalidade. E durante o quarto período desenvolve-se a discussão de avaliação em saúde, avaliação de programas e de práticas de saúde, sendo que as metodologias mais utilizadas pelos grupos são a condição marcadora e o evento sentinela^a. Foi ressaltado que os alunos deveriam desenvolver uma crítica do Sistema Único de Saúde, da atuação do sistema privado no Brasil, da autonomia profissional entre outras questões atuais.

Foi explicado que os grupos inicialmente vão observar as atividades dos serviços, realizando rodízios, e que progressivamente iriam se inserindo nos serviços. Paralelamente, cada grupo deve desenvolver um pequeno projeto de pesquisa para ser apresentado ao final do semestre. Sendo que este trabalho de pesquisa deveria ser baseado nas necessidades dos serviços e pactuado com o gestor local.

Mencionou-se que a partir das observações dos grupos, estes deveriam desenvolver uma crítica construtiva aos serviços, inclusive propondo soluções para as questões observadas. E, procuraram sensibilizar o grupo para que buscassem relacionar as atividades e vivências do TCS com os demais programas do currículo.

Foram apresentadas as nove unidades onde são realizados os trabalhos, foi interessante observar que a principal característica mencionada e discutida foi a distância das mesmas em relação à Faculdade de Medicina. É importante ressaltar que não existe um transporte oficial da universidade, os alunos se deslocam autonomamente às unidades. Este deslocamento parece ser um dos pontos que gera uma resistência inicial dos alunos e de professores para esta atividade, isto é observado com frequência nas atividades extra-muros.

Os grupos de alunos são formados por afinidade e são sorteadas as unidades por grupo. Em seguida, a coordenação fica responsável pelo contato inicial entre o grupo e a preceptoria. Existem relatos de alguns grupos demoram para iniciar suas atividades, pois existe uma certa resistência por parte dos alunos e uma tolerância dos preceptores.

Durante esses encontros os alunos fizeram observações e críticas ao currículo, e apontaram dificuldades para a sua plena implementação, como a falta de articulação entre o TCS e as disciplinas teóricas, a resistência de docentes, entre outros. Consideramos que a percepção dos alunos é de extrema importância para entender as contribuições e dificuldades do currículo da UFF, mas neste estudo nos detivemos na fala dos docentes.

As atividades de TCS II são desenvolvidas em nove serviços de saúde da rede pública de Niterói, sendo que quatro Policlínicas, duas delas com serviços de emergência, e as demais unidades são Unidades Básicas. Um dos grupos tem desenvolvido também atividades com um Módulo de Médico de Família. Foi realizada uma visita à maioria destes serviços sendo que observamos uma grande diversidade de comunidades servidas, infra-estrutura e organização dos serviços. Entretanto, esta diversidade nos pareceu extremamente rica, pois permitiria que o aluno refletisse sobre a Atenção à Saúde nestes diferentes contextos.

Segundo a organização do currículo, o TCS tem uma articulação com algumas disciplinas teóricas, como visto no capítulo 1, no caso do TCS II esta disciplinas seriam às de Programação e Gerência em Saúde (discute políticas de saúde, modelos tecnoassistências) 1, Epidemiologia (fundamentos de epidemiologia descritiva e analítica) e Saúde e Sociedade (relação médico – paciente).

Foram realizadas algumas conversas com a Coordenação do TCS II, buscando conhecer a rotina e dificuldades do mesmo, sendo que apontou-se como principais problemas 1. a heterogeneidade dos preceptores que levaria a uma heterogeneidade das atividades desenvolvidas; 2. pressão dos alunos pela realização de procedimentos e estranhamento com a metodologia de TCS; 3. os horários das atividades não coincidem com os horários das atividades dos serviços (o terceiro semestre ocorre das 14 às 17hs de segunda e das 9 às 12hs de sexta, e o quarto semestre das 9 às 12 hs de terça e das 14 às 17hs de sexta); 4. os profissionais dos serviços não são informados ou sensibilizados pelos gestores para receberem alunos sendo, então, freqüente a resistência dos profissionais à presença dos alunos (as razões parecem ser: receio de serem observados pelos alunos, de sobrecarga de trabalho e de interferência na relação com o usuário, além da ausência de uma contra-partida neste trabalho); 5. desgaste dos preceptores com a negociação com os serviços; 6. ausência de um programa geral de atividades para serem desenvolvidas por todos os preceptores (que, na verdade, já está sendo construído); 7. dificuldade na articulação com as disciplinas teóricas.

Consideramos que nossa discussão sobre a percepção de processo de ensino-aprendizagem, com ênfase no construtivismo, diante dessas características do TCS II se torna relevante, pois é uma proposta que busca aplicar uma metodologia pedagógica ativa. Ou seja, identificamos que uma concepção construtivista de ensino seria relevante para fundamentar tal proposta educativa, porém, como será que estes preceptores percebem isto?

Desta maneira, na nossa entrevista, primeiramente, procuramos esclarecer a compreensão dos preceptores sobre os objetivos do TCS II, e, assim, averiguar uma impressão da coordenação desta disciplina, que refere que devido à diversidade de perfil dos preceptores ocorre uma diversidade de entendimentos sobre a mesma. Apresentamos no início deste capítulo o perfil dos entrevistados, sendo que comprovamos esta diversidade de formação dos preceptores. Considerando que os conteúdos da disciplina são de Saúde Coletiva, dos oito entrevistados, cinco fizeram pós-graduação nesta área.

Nas nossas entrevistas percebemos diferenças de ênfase dos objetivos do TCS II, mas na nossa opinião as falas não foram totalmente discordantes. Todos os preceptores pontuam que o objetivo principal é que o aluno entre precocemente em contato com a Atenção Básica, sendo que o foco estaria nos conteúdos da Saúde Coletiva, estudo de morbi-mortalidade e avaliação do serviço.

“O objetivo é eles tomarem conhecimento do que é um ambulatório. Do que é um serviço multidisciplinar.”(D6)

“O objetivo é colocar o aluno em contato com os instrumentos,(...), com os instrumentos voltados que são os instrumentos da saúde coletiva, no caso o trabalho de campo três, mais a área da epidemiologia, de morte e mortalidade.(...)E o trabalho de campo quatro é voltado para a avaliação dos serviços de saúde.”(D2)

“E até entender o quê que é SUS. Ele tem a aula teórica do SUS, mas o quê que o SUS é aqui na prática?(...) E com isso fica fácil ele entender a pirâmide. A porta de entrada. Primeiro nível das unidades básicas, segundo os Postos de Saúde, Policlínicas e por aí vai a atenção.”(D4)

“a gente faz é geralmente morbimortalidade. Estuda aquela área, não é? Cada Posto, ele tem uma área delimitada. Então a gente estuda... Eles estudam aquela área, para conhecer aquela área e saber de quê que morre e de quê que adoecem aquelas pessoas no período em que eles tiveram no Posto.”(D7)

Entretanto, como se nota, na fala de alguns preceptores estes objetivos e conteúdos estão mais claros do que na de outros, talvez devido a formação profissional, pois nem todos tiveram pós-graduação na área de Saúde Coletiva.

Consideramos especialmente interessante quando apontaram a possibilidade de intervenção na realidade por parte deste grupo de alunos e preceptor, de modo que o estudo desenvolvido reverta em transformação do serviço. Isto, na nossa avaliação, é

fundamental para o processo de formação profissional dos alunos enquanto sujeitos ativos, e no estabelecimento de uma relação com os serviços de reciprocidade.

“Conhecendo a comunidade, do que adoecem, do que morre e saber aonde o que ocorreu, que é o evento sentinela, que não deveria ocorrer e aonde a gente pode localizar a falha para melhorar.”(D7)

Também foi colocado que o TCSII vem inverter a lógica dos cursos de medicina em dois aspectos, o primeiro seria o contato inicial com o paciente vivo e não morto, pois tradicionalmente, os cursos se iniciam com a anatomia. De fato, tradicionalmente, os cursos de medicina iniciam com um módulo básico, no qual a disciplina de Anatomia é o primeiro contato com o corpo humano.

“É nosso intuito fazer com que o profissional que vai se formar em medicina tenha um contato com um ser humano vivo e não morto, não é? Que seja concomitante esse contato, porque antigamente a gente só tinha contato com o morto..”(D5)

Outro aspecto da ruptura do TCS com a estrutura tradicional dos cursos de medicina seria que o primeiro contato com o serviço de saúde seja na rede básica, e não mais no hospital universitário, se utilizando da lógica da própria hierarquia da rede.

“Quando ele está vivo, com saúde e que procura o Posto de Saúde para atendimentos básicos em termos de prevenção. Vacinação, pré-natal, pré-nupcial, não é? Prevenção de doenças de uma forma geral.(...)“é para fazer mais um contato do aluno com o ambiente em si, do Posto de Saúde e um “tête- à-tête” do paciente em pé, bom, primeiro sem ser paciente, depois indo aos poucos procurando o Posto para tomar uma vacina, para fazer uma ação preventiva, para verificar uma pressão e aos pouquinhos verificando casos de doença.(D5)

Ambas estas estratégias de ruptura tem sido muito discutidas nas propostas de mudança dos cursos de medicina, tais como CINAEM, IDA, Projetos UNI, entre outros, como referimos no capítulo 1. Porém, o curso de medicina da UFF foi um dos primeiros a implementá-las sendo, desta maneira, interessante discuti-la pois alguns avanços já foram obtidos e alguns “nós”críticos identificados.

Também foi pontuado como objetivo do TCS II o de ser o espaço de prática dos conteúdos teóricos que estão ocorrendo concomitantemente. Neste aspecto alertamos para o fato que essa articulação é colocada como a aplicação da teoria na realidade, ou confrontação da teoria com a realidade.

“Ele vem aqui juntar. Se ele teve epidemiologia ele vai ter aqui epidemiologia. Não é? Se ele teve lá, aula com o (professor) que é do... Que dá aquela aula de SUS de tudo...(...) Ele vem ver aqui a prática disso aí. Como é que isso foi implantado.”(D4)

“Um elo entre todas essas questões práticas que eles estão convivendo, não é? Com algumas disciplinas que não são da área de saúde coletiva que, por exemplo, são do biomédico,(...) que eles estão tendo nesse mesmo momento.(...) Então, por exemplo, se eu pensar assim um cotidiano das ações que eu estou acompanhando na Unidade de Saúde, conseguir fazer um pouco esse elo, entre aquilo que eu estou vendo e não só as disciplina do campo da saúde coletiva, mas que aquela coisa que eu estou vendo lá, muito fechada, no laboratório, na lâmina, não é? Como é que aquilo começa a aparecer na realidade para mim.”(D8)

Mas, ressaltamos a importância dessa iniciativa de articulação entre a teoria e prática, que já foi identificada por vários autores^{8,10} como um dos “nós” estratégicos da formação médica. Assim, alguns preceptores enfatizaram a importância do TCS II enquanto um campo de prática, da inserção precoce do aluno na realidade dos serviços de saúde, que serão em última instância o futuro local de trabalho. Porém, novamente, questionamos que o fazer deve estar associado a uma reflexão sobre a ação, como explica Schön⁵¹.

“Eu acho que o primeiro grande objetivo do trabalho de campo II como os outros, seria você trabalhar com essa perspectiva de você ter uma iniciação precoce na realidade, na prática.”(D8)

“Se viu a necessidade de levar o aluno para conhecer a realidade, não é? Como que ele futuramente iria trabalhar.”(D4)

Entretanto, percebemos, assim como os próprios preceptores, que a relação teoria e prática ainda é difícil, e acreditamos que isto se deva a vários motivos, um deles, que está no âmbito deste estudo, é a própria compreensão desses preceptores de como deveria ocorrer esta relação. Percebemos que existe ainda uma compreensão de senso comum desta relação, mesmo que a própria experiência deles aponte para uma relação mais complexa. A percepção predominante é de que a prática é uma estratégia para a apreensão da teoria. Acreditamos que uma proposta como esta seria potencializada com uma percepção na qual a teoria se constrói a partir da interação do sujeito com a realidade, a partir de abstrações da realidade e da própria ação do sujeito.

Como citações isoladas em relação aos objetivos do TCSII, mas extremamente relevantes, tivemos a questão da educação em saúde, relação entre profissionais e usuários e medicina integral, e o estímulo a um olhar investigativo.

“E também, algumas relacionadas à questão da educação e saúde, não é? Refletir sobre a relação profissional de saúde, serviço de saúde e usuário, não é?(...) E aí é um lugar privilegiado para você ver todas as dimensões dessa questão do processo de saúde e doença, do adoecimento, não é?.”(D8)

“Lógico que você incentiva um olhar investigativo (...)o trabalho de campo também é para isso né? Não aceitar as coisas como estão, a sociedade como está, e sim você ter uma curiosidade, no olhar investigativo você ta criando”(D2)

“O objetivo é eles tomarem conhecimento(...)Do que é um serviço multidisciplinar.(D6)

“permitiu aos alunos vivenciarem esta relação que é da integralidade do ato médico.”(D3)

A partir das discussões anteriores e desses objetivos do TCS II podemos levantar alguns questionamentos, que pretendemos analisar a partir das respostas dos preceptores sobre a metodologia do TCS II. Será que esses preceptores acham que atingirão estes objetivos somente “expondo” os alunos a uma prática de saúde diferenciada e na Atenção Básica? Muitas vezes percebemos que as inovações no ensino da saúde partem do pressuposto de que o contato com uma nova prática, automaticamente sensibilizaria os alunos, o que traz uma concepção empirista de ensino. Ou até mesmo, que se “desperta” nos alunos, que já são predispostos a estes temas, esta sensibilidade, o que seria um equívoco de caráter apriorista.

Consideramos que expor os alunos a situações e vivências novas podem auxiliar a reflexão sobre novas práticas de saúde na medida em que houver uma discussão direcionada e subsidiada por novos conceitos, sendo papel do professor estimular este diálogo. As impressões, dúvidas, questionamentos e emoções dos alunos devem ser trazidos para o coletivo, não basta o aluno individualmente responder a esta vivência, deve haver um momento coletivo de confronto das diferentes percepções e a construção de um novo conhecimento.

Assim, quando questionamos os preceptores sobre como eles faziam para atingir os objetivos do TCS II, ou seja, qual era a metodologia, pretendíamos perceber como os preceptores refletem e explicam sua prática pedagógica. Percebemos, porém, que eles sentiram uma certa dificuldade para responder este questionamento, e por isso, recorreram a muitos exemplos, o que foi rico. E, a partir desses exemplos percebemos

que existem, de fato, grandes diferenças de enfoque na prática cotidiana do TCS II, de acordo com o perfil do preceptor e da unidade.

Inicialmente, gostaríamos de pontuar que algumas condições dessa experiência de ensino são propícias para um ambiente construtivista, tais como um grupo pequeno de alunos, o que permite uma relação mais próxima com o preceptor e participação de todos os alunos, existe uma grande flexibilidade no trabalho de cada grupo. Porém, muitas vezes algumas características das UBS prejudicam este ambiente favorável, pois as unidades freqüentemente têm problema de espaço físico, então mesmo o número de 10 alunos pode ser excessivo para alguns serviços, e a relação com o serviço não é constante e clara.

Percebemos que o esquema geral de funcionamento do TCS II é a observação das atividades, seguida de discussão com o preceptor, num segundo momento o grupo delimita um projeto específico de atuação.

“Então para cada uma das atividades, por exemplo, a gente divide, nessa questão da observação que a gente divide em duplas ou triplas, não é? Por exemplo, que vai para as... Não é? Dois, três alunos na farmácia, outro no laboratório, outro na pediatria, o outro na pré-consulta da pediatria, o outro no clínico, enfim, não é? Que espalha, e eu fico rodiziando (sic). Não é? Aí depois, do ponto de vista de método, normalmente a gente faz isso, a gente tem quinze minutos, meia hora no máximo de início...(...) Se precisar sistematizar mais ou aprofundar a gente passa tarefas, não é? E retoma no encontro seguinte. Tá? Em linhas gerais é isso.”(D1)

Neste momento, gostaríamos de trazer a discussão de Perrenoud ⁵¹ sobre “procedimento clínico” enquanto uma estratégia significativa para formar profissionais reflexivos^b. Procedimentos clínicos seriam situações nas quais se aprende-fazendo de maneira tutorada, um procedimento freqüente nos tradicionais ciclos profissionalizantes dos cursos de medicina e “novo” no ensino da Saúde Coletiva. A partir das entrevistas, nos parece que poderíamos definir a metodologia de TCSII como um procedimento clínico.

Entretanto, segundo Perrenoud ⁵¹, no procedimento clínico, a prática rompe com um simples exercício de aplicação de conhecimentos adquiridos pois seria “um trabalho de integração e mobilização de recursos adquiridos e (...) um trabalho de construção de conceitos e de novos saberes teóricos a partir de situações singulares” ⁵¹ (p.108). Mas, gostaríamos de pontuar que o autor se refere à *potencialidade da reflexão* sobre o procedimento clínico. De fato, o procedimento clínico traz elementos ricos para um

questionamento do *habitus*, para a construção de conceitos e novos saberes e permite mobilizar diversos saberes, entretanto, a área médica tem mostrado que sem uma consistência desta reflexão sobre o procedimento clínico, todos esses elementos se perdem.

Tradicionalmente, as discussões clínicas médicas são normativas, fragmentadores, técnicas, e raramente permitem esses elementos apontados pelo autor. O que observamos freqüentemente no aprendizado prático na medicina se assemelha mais a um treinamento, a repetição acrítica de conteúdos, comportamentos, atitudes e técnicas.

Porém, Perrenoud⁵¹ traz diversos elementos sobre o procedimento clínico que talvez se valorizados permitissem uma re-significação do mesmo na medicina, permitindo uma mudança qualitativa no ensino da medicina, sem alterar seu núcleo duro. A ênfase necessária nos parece ser a reflexão sobre a ação, como apresentamos anteriormente, segundo a perspectiva de Donald Schön. Alguns dos exemplos que iremos tratar a seguir vão nesta direção. Principalmente, as situações do aprender-fazendo que colocam os alunos diante de situações de ruptura de estruturas estabelecidas, como o caso apresentado por um preceptor, são extremamente interessantes para discussão de conteúdos e condutas:

“E eu fiz uma pergunta que nunca foi feita ao paciente, "a senhora é alérgica a algum tipo de substância?" ela disse "a sou sim, sou alérgica a iodo", e todos os curativos que eram feitos no paciente eram feitos com um pouco de derivados de iodo. Então à medida em que nós retiramos os pontos daquela ferida infectada, atentamos para aquela quantidade imensa de pus, paramos de usar substâncias de derivados iodados e começamos a utilizar, quase que uma heresia absurda né, que já fazemos aqui no Antônio Pedro há muito tempo, açúcar para tratar aquela ferida, se criou algum tipo de paradigma com os alunos porque, como eu costumo dizer até hoje a eles: "como eu sou a pessoa mais próxima de vocês nessa relação, de olho no olho, eu tenho que ser a primeira pessoa a ser criticada por vocês.”(D3)

O professor também parece assumir este papel de questionador dos alunos, procurando fazê-los entender para além da superfície as práticas de saúde. E neste exemplo, identificamos uma prática docente que realmente busca levar aos alunos a uma ação de segundo grau²⁵, ou seja, estimular o entendimento não só do fazer, mas compreendendo os mecanismos. A atitude de dizer e demonstrar do preceptor se combina com a atitude de escutar e imitar do aluno, levando a uma reflexão na ação de

ambos, num momento seguinte poderia-se realizar uma reflexão sobre a ação, e, desta maneira, realizando uma articulação problematizadora da teoria com a prática.

“eu retirei os pontos da ferida e mostrei a eles como se comportava uma ferida infectada cheia de pus, eu pude recordar com eles as aulas de mecanismos de agressão e defesa, pude recordar com eles as aulas de farmacologia no uso de antibióticos e terapia, pude recordar com eles a história da anatomia, da embriologia, da histologia como se comportava aquele tecido, o processo de cicatrização e eles foram acompanhando ao longo do tempo, inclusive, com visitas domiciliares,(...)eu me sinto na obrigação de rememorar. Porque quando eu falo para eles, por quê que eu suturo uma ferida? Vocês já pararam para pensar sobre isso? Eu não tenho que ficar dizendo para vocês o tempo todo. Eu quero que vocês me perguntem as coisas, não é? A única função do ponto é aproximar o bordo da ferida, para que as pontas de fibrina... Então eu acho que esse é o papel. E quando possível, quando há a concordância, a anuência dos pacientes, demonstrar na prática que isso é possível de ser feito. Então, por exemplo, essa menina quando eu comecei a falar, ela me ajudou a retirar os pontos na ferida. Então, com certeza ela sabe a tensão que ficou o ponto, da maneira como eu tiro o ponto, da maneira de você retirar o ponto de uma ferida, de tal sorte que não passa a parte externa por dentro de um túnel que se faz pelo próprio fio e acabe contaminando e infectando a ferida e trazendo infecções para o local.”(D3)

Outros exemplos interessantes são:

“Eu consegui fazer uma ficha de referência para ela. Conversei. Precisei conversar, porque eu acho que infelizmente os mecanismos do SUS são mecanismos muito burocráticos e muito estanques. Então, você pode... Eu acho até que eu tenho que ser criticado por isso, porque eu estou... Eu digo isso para os alunos: oh eu vou cometer um equívoco, eu acho que eu vou fazer um erro aqui, mas eu quero que vocês aprendam esse erro. Com este erro, aliás.”(D3)

“quando ele vem aqui fala assim: "-Ué! Mas por quê que só tem dois pediatras? Por quê que não pode ter cinco?" Eu vou te dizer assim: vem cá. Então vamos trabalhar sob demanda. Não é? Área de abrangência. Minha área de abrangência eu tenho tantos por cento da minha população, criança. Então não justifica, eu pedir dez pediatras. A minha população infantil é

tantos por cento, eu tenho um maior percentual de adulto. Então eu tenho que ter o que? Mais clínico. Não é? Então a gente trabalha assim.”(D4)

A riqueza do aprendizado baseado em situações do serviço, se mostrou também quando alguns preceptores enfatizam que a construção do TCS II ocorre de acordo com o perfil do preceptor, dos alunos, da gestão, da comunidade:

“Eu percebo uma construção conjunta,(...)Nem a gente traz pronto, porque você tem uma diretriz, com esses objetivos. Nem você traz pronto, e vai se dando no processo, tanto que é muito interessante porque nenhum semestre é igualzinho ao outro. Nem dá até porque os alunos não são iguais também. (...)Então eu tô percebendo assim, pelo menos a prática, está em conjunto com a unidade de saúde. Agora, é um processo difícil(...)trazer como proposta e ouvir as propostas que na realidade são no mínimo três partes podendo envolver a comunidade também.”(D2)

Mas podemos aqui questionar o quanto a influência destes atores se deve a características pessoais e *habitus*, ou seja, a elementos que talvez poderiam ser transformados para potencializar essa prática e melhorar a relação entre os atores. Perrenoud ^{37,51,55} discute que a prática “não está unicamente sob controle de saberes, (...) os esquemas participam igualmente dos saberes da complexidade do espírito e das ações humanas” ⁵⁵ (p.183). Este autor enfatiza que há lugar para o *habitus* principalmente nas situações de gestão da relação com os alunos, dinâmicas de grupo, avaliações e os fatos da vida cotidiana.

“na relação com o saber, o erro, a incerteza, a diversidade de pontos de vista, a argumentação, a informação, a coerência, cada um mobiliza não só sua lógica natural, mas também muitos outros esquemas que , embora tratem de saberes, também estão ancorados em uma história, relações, gostos, afetos.” ⁵⁵ (p.183)

A experiência de TCS II estaria, portanto, cheia de situações em que os diversos atores – preceptor, gestor, profissionais, alunos- lidariam com situações que estes esquemas sociais interiorizados, o *habitus*, e elementos inconscientes estariam em jogo. Mas será que esses atores, principalmente os preceptores, têm uma percepção clara disso? E como eles lidam com isso? Infelizmente, no nosso estudo não tivemos tempo e recursos para nos aprofundarmos neste tema, mas acreditamos que pontua-lo é de extrema importância.

E, alguns preceptores relataram problemas na relação com os profissionais do serviço, tanto no aspecto de disponibilidade dos profissionais para deixarem os alunos

acompanharem suas práticas, até atritos devido à discussão de casos e atendimentos. Um dos preceptores destacou, então, sua visão desta relação com o serviço.

“ele tem que entender que ele está num Sistema, que apesar de ter uma série de... Fazer parte do Sistema Público de Saúde, mas ele está num Sistema que não é a casa dele. Então há que ter um respeito mínimo pelas pessoas que lá estão trabalhando. Segundo há que entender que o Sistema tem as suas deficiências. E construir uma crítica em relação a essas deficiências, mas não falar mal do Sistema. Não é? Você pode até falar mal do Sistema na medida em que você propõe alguma coisa diferente. Se não vai propor, não fale.”(D3)

A partir deste depoimento pode-se perceber que esta relação é complicada, e como ela ainda não está muito bem estabelecida, existe um estranhamento mútuo. Afinal, de fato são atores com papéis e funções distintas, mas questionamos a falta de canais formais de comunicação e negociação desta relação, que ainda não existe em Niterói, e é percebido por este preceptor.

“Os profissionais quando eu vou, eles justificam que não vão fazer porque não tem contrapartida. E a leitura de uns é a contrapartida financeira sim. Muitos falaram, verbalizaram isso para mim. Outros é a contrapartida de que aquele espaço de trabalho possibilite a eles poderem vivenciar melhor com o aluno. Porque eles dizem o seguinte, eu com dezesseis números não posso fazer uma coisa que eu gostaria de fazer, que é parar, explicar ao aluno por quê que eu estou fazendo aquilo. Então, eu não quero também ficar com o aluno me olhando sem eu poder discutir com ele por quê que eu estou fazendo aquilo. E aí, a partir dessas coisas todas que eu fui conversando, sobretudo na ..., porque o pessoal me dizia por que não recebia, não é? Fizeram com que eu ficasse preocupada em conversar e conversei informalmente com ... também, que é da secretaria, que é da Fundação. Falava com ele sobre isso, não é? Quer dizer, se o SUS está se dizendo responsável, então a gente tem que pensar algumas coisas, não de gestor para o gestor, mas quem fica com o estudante na ponta é o trabalhador. Não é? Então é isso.”(D8)

Assim, uma das funções atribuídas aos preceptores foi a de interlocução e negociação com o serviço e com cada profissional. E mesmo que o diretor das unidades aprove a inserção dos alunos nos serviços, a conversa e negociação com cada profissional é feita pelo preceptor. Novamente, ressaltamos que a capacidade do preceptor perceber os elementos de interesse, gostos, hábitos, desejos dos atores seria de

extrema importância para esta mediação. Consideramos que esta função de mediador e negociador é parte do papel de preceptor, sendo inclusive um material para discussão com os alunos.

“Aí é negociação profissional a profissional (...) Isso é cada preceptor por Unidade.”(D8)

Por outro lado, queremos enfatizar que acreditamos que esta proposta de construção das atividades e conteúdo do TCSII de acordo com as necessidades da UBS é um processo de aprendizado propício para uma real construção do conhecimento a partir da realidade local e dos sujeitos. Vários preceptores enfatizaram que as atividades desenvolvidas e os temas abordados vão depender das demandas e atividades do serviço, e da inserção do aluno nessas atividades, e de acordo com a pactuação da unidade, com a participação nas atividades do serviço.

Afinal, freqüentemente nessas relações interinstitucionais, observa-se que o serviço cede seu espaço, e a academia desenvolve suas atividades independentemente. A articulação entre ensino e serviço, de modo a que o serviço se aproprie desse espaço para educação permanente, e a academia para a transformação do serviço é muito difícil de se observar. Em alguns relatos de preceptores de TCS II percebemos iniciativas nesta direção.

“No semestre retrasado, nós estávamos com um problema da diretora da Unidade, não estar conseguindo fazer levantamento dos nascidos vivos que apareciam na região. Das notificações dos nascidos dos vivos. Não é? E ela tinha um interesse muito grande, como nós também, nós temos interesse de tudo, não é? De saber se aqueles nascidos vivos tinham feito o pré-natal na Unidade. O quê que nós fizemos? Nós fizemos um grupo com os alunos e tinham uns cinco mais interessado, que passaram a fazer visita domiciliar, com uma moça da epidemiologia que era responsável por isso.”(D5)

Este tipo de situação de aprendizado seria propício para que os alunos percebessem o caráter social e histórico de si mesmos, das relações e do seu aprendizado ²⁸. Permitindo, inclusive, a reflexão da neutralidade da produção do conhecimento, e até mesmo, colaborando a construção do compromisso deste futuro profissional com a sociedade. E, o conceito de “compromisso do profissional” de Paulo Freire ⁵⁴ nos interessa profundamente. Segundo Paulo Freire, pode-se comprometer quem é capaz de agir e refletir, então:

“Somente um ser que é capaz de sair de seu contexto, de “distanciar-se” dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transforma-lo e,

transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isto, de comprometer-se.”⁵⁴ (p.17)

Assim, Freire sugere que quanto mais o profissional, ou futuro profissional, se capacita, sistematiza suas experiências e se utiliza do patrimônio cultural da humanidade, maior será sua responsabilidade com os homens. E necessariamente este sujeito tem que perceber a realidade como uma totalidade dinâmica e mutável, da qual sua ação pode gerar transformação.

Talvez, a experiência de TCS II com esta profunda relação e dependência com os serviços, e conseqüentemente, com um mínimo de vínculo e responsabilidade com a comunidade, possa ser um ambiente propício para gerar futuros profissionais mais comprometidos com sua prática. E sabemos que isto só será possível se esta interação for sistematicamente e profundamente refletida e trabalhada por todos os atores envolvidos, que não ocorrerá de maneira espontânea.

Como um ponto polêmico do TCS II observamos que alguns preceptores estimulam seus alunos a participarem de atendimentos médicos e realização de procedimentos. Isto se configura como uma polêmica e um problema porque na proposta inicial se estimulou que nem todos os preceptores fossem médicos para que o aluno tivesse contato com outras profissões e abordagens em saúde. Assim, questiona-se se a participação em procedimentos médicos seria de fato uma atribuição do TCS II, porque se fosse, todos preceptores deveriam ser médicos. E como vimos anteriormente, este não é um dos objetivos desta disciplina, nem segundo o “Currículo Pleno”, nem segundo a percepção dos preceptores. Na verdade percebemos que cada preceptor constrói individualmente seu campo, havendo uma resistência aos convites da coordenação do TCSII para diálogo. Consideramos que esta falta de diálogo e de coerência entre os diversos grupos é prejudicial para a disciplina e para os alunos. Os alunos acabam comparando os campos, criticando o trabalho dos preceptores que estão mais presentes e que seguem os objetivos da disciplina, e continuam não considerando importante esta disciplina.

De qualquer maneira, a questão do aprendizado de algumas técnicas e práticas de saúde é um dos pontos bastante discutidos, porque é uma demanda dos alunos, eles apresentam esta ansiedade por procedimentos. Sendo para alguns docentes uma função do TCS II, desta maneira, esta crítica não é compartilhada por todos os preceptores, e não existe um espaço formal para este debate. Porém, alguns preceptores mencionaram este contato com clínica e a realização de procedimentos, sendo que, em geral,

primeiramente, os alunos observam, e depois de acordo com o interesse de cada aluno, vão progressivamente participando de algumas ações.

“É de acordo com o que aparece(...) No Posto de Saúde, você chegando ao Posto de Saúde você vê como é que são as ações preventivas, como é que funciona a vacina, como é que funcionam os grupos de tratamento, os grupos para reunir as pessoas para que elas continuem mantendo o tratamento de diabetes, de hipertensão, da terceira idade. Tem vários grupos, não é? Além disso, lá no Posto a gente tem essa vantagem de ter também a emergência. Porque na emergência eles podem fazer outras coisas. Eles seguem as consultas junto com os médicos que estão lá. Eu, e os outros colegas que fazem clínica, não é? Então eles vêm a medicação, o que faz efeito e o que não faz.”(D5)

Tentando perceber a concepção de aprendizagem subjacente a estas práticas percebemos ainda um forte caráter empirista, que atribui ao estímulo sensorial da realidade o aprendizado. Os alunos por estarem expostos àquela realidade, eles aprenderiam alguns conteúdos. E eles teriam o preceptor como fonte da teoria.

“Porque ele está em campo. Ele não está tendo um trabalho num livro. Ele está vendo as pessoas, está indo na casa das pessoas, ele está sentindo o problema daquelas pessoas. Nós subimos para pesquisar faringoamidalite em crianças, tem crianças sozinhas dentro de casa, entendeu?(...) O aprendizado se dá junto com o trabalho. É a vivência. Não é? Uma vivência prática. Não é? De observação, com a oportunidade de depois ele discutir e trabalhar com seu preceptor.”(D7)

Alguns preceptores, porém, apontam para uma perspectiva de problematizar estas vivências sob outro ponto de vista, a partir de uma construção, e considerando o que é relevante para os alunos naquele dado momento.

“E a gente se reúne, e faz a discussão. Eu esbocei algumas coisas que eu fazia no estágio, e que é sempre uma tentativa. Você tem que ficar cobrando deles. O que é um relatório diário de campo, onde eles escrevam o que eles estão vendo, para a gente poder quando sentar, eles terem isso em algum lugar, não é? na consulta acontece isso, na visita domiciliar lá no médico de família acontece isso, e aí eu, a partir dessa realidade eu vou, de uma certa forma discutindo e passando um pouco a discussão sobre aquilo. Por exemplo, a gente discute por que o médico fazer visita domiciliar? Que tem uma grande

questão, para alguns desse grupo, que eles acham que é um desperdício médico..”(D8)

Discutindo o papel dos atores envolvidos no TCSII buscamos levantar elementos sobre os alunos e preceptores. Acreditamos que os profissionais, gestores e usuários são atores relevantes e importantíssimos, mas que optamos por não abordar neste estudo.

Além do papel de negociação e mediação das atividades do grupo de alunos dentro do serviço, identificou-se que o papel do preceptor seria o de orientação sobre a conduta na unidade, pois os profissionais as vezes se sentem vigiados por elementos estranhos. E que é uma questão complexa para se discutir e que novamente nos remete às observações de Perrenoud ^{37,51,55} .

“orientações básicas e aí entra a questão da ética que, por exemplo, já desde o início tem que falar, então, olha, vocês têm sempre que estar com o crachá e ou com o jaleco, não é?”(D1)

Alguns identificaram o papel do preceptor como um facilitador ou potencializador do aprendizado dos alunos.

“Eu percebo o papel do preceptor como um facilitador(...)Ele pode ser um potencializador também, e um facilitador do processo, do que ta acontecendo, do processo.”(D2)

Entretanto, para entender o significado dessa facilitação devemos remeter aos pontos anteriores, pelas outras falas desse mesmo preceptor sabemos que ele entende o TCSII como uma construção conjunta com os alunos e serviço, desta maneira podemos apontar como sendo uma perspectiva construtivista de papel docente. Porém, outros preceptores colocam a questão da orientação num sentido de remeter à teoria adequada para a prática vivida, numa perspectiva que parece ser de fundo empirista.

“Ele orienta o aluno, não é? E atende o paciente, orientando o aluno naquele sentido de como fazer a prevenção e o tratamento. E o encaminhamento do paciente, não é? Orientar, direcionar, tirar dúvidas. E embasar. Para o aluno não ficar perdido, não é?”(D5)

“Ele orienta o aluno, não é? E atende o paciente, orientando o aluno naquele sentido de como fazer a prevenção e o tratamento. E o encaminhamento do paciente, não é? E orientando também o aluno nas...”(D5)

Por outro lado, alguns preceptores parecem ter uma perspectiva construtivista da relação teoria e prática, apontando para a potencialidade desse tipo de experiência de ensino aprendizagem.

“Eu acho que o papel do preceptor seria fazer essa interlocução entre o que eles estão vendo,(...)Da interlocução com os profissionais, de fazer um pouco o diálogo com o que eles estão vendo na prática, problematizar o que eles estão vendo na prática, à luz de uma discussão que se tenha sobre aquele tema, não é? Teórico, conceitual, prática de outras experiências, não é?.”(D8)

Vários preceptores valorizaram a proximidade da relação com os alunos, sendo ela um diferencial desta prática educativa, e dando um diferencial no modo como ocorre o processo de ensino aprendizagem. Este clima de relacionamento afetivo, de confiança e aceitação mútua é fundamental para um ambiente construtivista²⁹.

“estar perto do aluno. Eu acho fundamental. É assim, a gente cria um vínculo muito grande, porque são duas vezes por semana que nós ficamos juntos o tempo todo. Não é? Então isso meio que a gente pode conversar, a gente pode criar trabalhos, falar sobre a realidade, mostrar a eles, não é? Ouvir as dúvidas. É uma coisa mais próxima. Tanto eles como colegas, entendeu?.”(D7)

Esta prática de preceptoria é identificada como um desafio para os preceptores, pois exige improvisação, negociação de interesses e conflitos, sendo que poucos tiveram alguma formação específica para trabalhar com metodologias ativas de ensino aprendizagem, o que reforça a necessidade de se discutir a formação docente.

“Porque a gente vai sem a aula pronta. Eu não sei o quê que eu vou encontrar lá. O quê que vou encontrar? Não sei. Vai depender.”(D5)

“ Eu acho que o professor tem que estar habilitado e reciclado para essa tarefa como uma tarefa nova. Não é? O trabalho de campo como/com o preceptor é uma tarefa nova. Não é?.”(D4)

Em relação ao papel do aluno no TCSII, encontramos alguns depoimentos muito interessantes no sentido de apontar para uma concepção construtivista e que permita a participação ativa do aluno, e uma relação dialógica com o preceptor, e considerando as estruturas prévias do aluno.

“É que eles me cobrem, me perguntem. Porque eu sei que eles vêm de um mecanismo que, onde lhes é dada uma informação e ponto. O papel que eu acho que eles devam ter no trabalho de campo é um papel de cobrança na informação e do por quê aquela informação é dada daquela maneira. E para isso eles têm que ter um conhecimento prévio.”(D3)

“Que eles tenham a abertura para eles falarem quando não está bom, entendeu? Isso há uns que... Iniciativa de falar quando não está bom. Não só compromisso, mas iniciativa, não é? E uma capacidade de reflexão sobre

aquela prática. Porque eu acho que a reflexão sobre aquela prática, sobre aquele processo de trabalho que se dá no cotidiano, no serviço, e sobre as Instituições, podem contribuir para aquela tal daquela grande diretriz das diretrizes curriculares, que é um profissional crítico, não é? Que seja capaz de trabalhar junto à realidade. “(D8)

Tivemos algumas falas interessantes quando analisamos algumas questões, o depoimento a seguir foi um dos poucos momentos que o preceptor aproveitou a oportunidade da entrevista para refletir de maneira mais complexa sobre sua relação com o aluno e com o currículo.

“eu espero compromisso, mas acho também que muitas vezes a falta de compromisso não é uma questão só relacionada ao estudante. É relacionada a como a gente está inserida no conjunto do currículo, do curso, não é? E a como esse curso tem cabeças pensantes diferentes. Não é? Ao mesmo tempo que eu tenho uma forma assim eu tenho uma pessoa lá que faz isso na sala de aula. Não é?E muitas vezes, isso já me dá um conflito danado, porque quando é época de prova, eles começam a querer não fazer as atividades de campo.”(D8)

Neste caso o preceptor, foi capaz de perceber a influência das condições objetivas, e da estrutura curricular, e de que todo currículo é organizado segundo concepções sobre ensino, e com posturas político-ideológicas. Assim, também podemos observar o que Becker ¹ pontuou, que quando os professores vão explicar a sua prática, eles dialetizam esse processo de ensino aprendizagem.

^a Fomos apresentados a uma bibliografia utilizada pelo grupo, a autora é Maria Lúcia Fernandes Penna, em texto elaborado para a Bibliografia Básica do Projeto GERUS, sendo ambos são técnicas de avaliação de serviços de saúde a partir do estudo de casos, na “condição marcadora como referente a uma condição de saúde freqüente que é assistida pelos serviços, e evento sentinela é um evento indesejado se imaginamos um bom funcionamento dos serviços”(p. 191).

^b É importante ressaltar que Perrenoud (2002) fez esta análise para a formação do docente, nós a consideramos interessante pela sua forte presença nos cursos da saúde.

Considerações Finais

A tarefa de concluir é árdua quando se vê muitos caminhos possíveis para prosseguir, portanto, iremos encerrar este trabalho apontando os horizontes que se abriram no decorrer deste percurso.

Primeiramente, reforçaremos que, ao discutirmos a inovação na educação médica, mantemos o compromisso com a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e responsabilidade sanitária das instituições de ensino ⁵⁶, e retomaremos o alerta de Feuerwerker ⁵⁷ (p. 17) quando diz que:

“é preciso saber de que mudança estamos falando (...) trata-se de transformar o projeto político-pedagógico, ou seja, o modo como a instituição educacional se vê no mundo: qual o seu papel; que relações sociais deve estabelecer; quem são seus interlocutores; qual sua concepção sobre conhecimento (como é produzido e para que serve), sobre educação, sobre o melhor jeito de aprender, sobre a organização da escola e o papel (e o poder) de cada um em seu interior; a concepção sobre saúde e como ela é produzida, sobre o papel do médico na sociedade, sobre o médico que se quer formar.”

Ou seja, a autora alerta para a necessidade de uma discussão político-conceitual nas escolas médicas, pois, por exemplo, diferentes concepções do aprender e do ensinar geram diferentes currículos. Esta discussão é pouco frequente nas escolas médicas e é para ela que pretendemos contribuir com este estudo.

É comum que o currículo seja compreendido pelos professores e alunos como uma sucessão de disciplinas, assim o modelo tradicional da formação médica ocorre de “forma linear: do geral para o particular; do teórico para o prático; do ciclo básico para o profissionalizante” ⁵⁶ (p.146). Entretanto, nós aqui entendemos que o currículo não pode ser entendido fora de seu contexto social e histórico, ademais ele é um “terreno de produção e criação simbólica” ⁵⁸ (p.41), assim, ele é produto de tensões, conflitos, relações de poder, interesses e de projetos sociais, políticos, culturais e pedagógicos. Por isso, os conteúdos curriculares e a metodologia educacional utilizada contribuem para a ideologia prevalente do profissional e da estrutura de poder. Aponta-se assim que metodologias pedagógicas ativas poderiam desestabilizar as relações tradicionais, por isso encontram resistência na sua implementação, mas, por outro lado, são estratégicas para mudanças fundamentais da escola médica.

Portanto, no nosso estudo, diante de um perfil de preceptores heterogêneo, podemos dizer que existem opiniões a respeito da escola, de como deve ser o ensino e as práticas de saúde bem distintos. Tornando-se fundamental identificar estas diferentes

construções ideológicas e posturas, e gerenciar um movimento de reflexão crítica que esgote o modelo tradicional e propicie o acúmulo de saber/poder técnico em áreas específicas necessárias para a construção e implementação da mudança. Neste aspecto podemos dizer que, para o desenvolvimento do TCS II, tem faltado este espaço de escuta, troca e construção.

Porém, podemos conjecturar que a nossa análise das entrevistas mostra que apesar de os atores possuírem trajetórias, tempos, posturas e acumulações distintas é possível se estabelecer pontos comuns para uma proposta de discussão e reflexão. Apesar da formação, concepções e práticas particulares e distintas podemos encontrar uma pauta comum de educação permanente para o grupo de preceptores, que poderia se configurar como uma ferramenta essencial para a gestão da mudança do ensino médico⁵⁷. Esta pauta comum poderia ser a discussão dos objetivos da disciplina, que como percebemos foram um pouco discordantes, a metodologia da mesma e, principalmente, as dificuldades encontradas no campo.

Vale a pena ressaltar que em propostas como o TCS II, de articulação do ensino aos serviços de saúde, é necessário reconhecer que esse campo de conflito e negociação ganha maior destaque e é dinâmico, tornando-se essencial reconhecer as características e interesses desses outros atores e construir espaços de cooperação interinstitucional, permitindo a co-gestão dos processos de ensino-aprendizagem e das práticas de saúde. Percebemos por meio de nossas entrevistas que isto ainda é uma dificuldade e um desafio para a proposta do curso de medicina da UFF.

E se pretendemos efetivamente mudar o perfil do profissional médico esta integração entre trabalho e ensino é fundamental para a construção de um currículo integrado, que rompa com a estrutura tradicional.

“O currículo integrado é resultado de uma filosofia sociopolítica e de uma estratégia didática que tem como fundamento um ideal de sociedade a que se aspira”⁵⁶ (p. 150).

Ou seja, no currículo integrado a escolha e organização dos conteúdos visam educar cidadãos autônomos, criativos, críticos e solidários. Para isso é necessário que os alunos compreendam os objetivos dos conteúdos e das atividades, e que estes extrapolem os campos tradicionais, sendo orientados segundo a realidade social e permitindo a compreensão da complexidade da mesma. No caso dos cursos médicos entendemos que seja a realidade sócio-sanitária e os marcos institucionais do SUS. Também se deve respeitar os conhecimentos prévios, as necessidades, os interesses e ritmos dos alunos. Exige-se, portanto, uma pedagogia coerente com estas intenções, e

não é difícil identifica-la com uma epistemologia construtivista como trabalhada neste estudo. Sendo que faremos só uma ressalva: o questionamento do processo de ensino-aprendizagem não deve ser separado da reflexão sobre os conteúdos adequados e pertinentes. Com isso queremos destacar que esta discussão deve ser acompanhada uma reflexão sobre os conteúdos disciplinares que vão ser selecionados, e que devem ser coerentes com o perfil do profissional que se deseja formar.

Entretanto, nos processos de reforma curricular na medicina, em geral, parte-se do pressuposto de que colocando os alunos num novo ambiente de prática de saúde, necessariamente estes estarão se sensibilizando para uma nova prática, para a saúde coletiva. Esta percepção de que o aprendizado é passivo por parte do aluno, que basta expô-lo a um novo ambiente que eles irão absorver, é um caminho que pode levar ao insucesso dessas propostas inovadoras. No processo de aprendizagem, o sujeito é ativo, ele aprende num processo de acomodação e assimilação constante, sendo papel do professor explicitar as práticas, objetivos e relações deste aprendizado para sua formação e estimular uma reflexão sobre esta nova prática. Senão estaremos fadados a não mudar o perfil do profissional médico formado.

Na análise da reformulação curricular do curso de medicina da UFF, Koifman^{16,17} já havia apontado uma falta de subsídio ou explicitação dos fundamentos teóricos da proposta curricular implantada em 1994. Por outro lado, quando analisamos o perfil de nossos entrevistados também constatamos que poucos haviam tido alguma formação específica para a docência ou para a nova proposta curricular implantada, padrão que se encontra em todo o ensino superior⁴⁹.

Assim, não nos surpreendemos quando constatamos um forte caráter empirista na fala dos preceptores ao explicarem suas concepções de processo de ensino-aprendizagem. A prática é identificada freqüentemente como fonte de onde se retira ou aplica a teoria, percebemos poucas falas que identificaram a reflexão sobre a prática como uma estratégia de aprendizado. Acreditamos que sem uma reflexão profunda sobre esta relação entre teoria e prática, corre-se o risco de limitar a prática educativa no TCS II a um simples saber-fazer, desperdiçando este rico material da prática como objeto de construção do conhecimento.

Ademais, a integração entre o TCS II e os demais programas do currículo, assim como sua relação a toda a formação do aluno, deve ser afetada pela maneira como ocorre esta relação, pois o currículo está dividido em Programa Prática- Conceitual, do qual faz parte o TCS, e Teórico-Demonstrativo. Ou seja, a maneira como se entende a relação teoria e prática é fundamental para a construção de um currículo integrado.

Percebemos que no momento esta articulação fica relegada a uma iniciativa espontânea do aluno, somente alguns preceptores explicitaram esta preocupação.

Mas podemos apontar que, no momento que alguns preceptores discutem e exemplificam as suas experiências práticas no TCS II, percebemos que muitos elementos avançam na direção de uma perspectiva construtivista, mas será que estes preceptores estão conscientes disso?

Porém, freqüentemente, observamos o uso de termos como “absorvendo”, “transmissão”, “disponibilizando” e “estímulo” no sentido que aponta o aluno como passivo no processo de aprendizado, sendo que caberia ao docente passar o conhecimento, ou “despertar” no aluno o mesmo. Ambas posturas, empirista e apriorista, limitam as potencialidades dessa prática educativa do TCS II.

O aluno é reconhecido como determinante do processo de aprendizado, mas percebemos que os preceptores variam entre uma postura passiva do aluno estar disponível para receber este conhecimento, a percepção que o aluno traz uma bagagem de conhecimentos e visão do objeto de aprendizado, até uma real construção do conhecimento pelo aluno articulando a vivência com a teoria, levando a modificações de um conhecimento anterior.

Por outro lado, foi freqüente o reconhecimento que o docente não deva ser a fonte única de conhecimento, mas questionamos se isso se deve mais a questão da rapidez e quantidade de conhecimento produzido atualmente, estando mais relacionado com a impossibilidade de se dominar toda esta produção, do que uma percepção dos aspectos dinâmicos e históricos do conhecimento. Pois foi comum a fala: “Depois a gente vai para outra salinha que tem lá dentro(...) Aí passo a teoria”(D5).

Percebemos que alguns preceptores destacaram vários aspectos fundamentais da discussão do processo de ensino-aprendizagem, tais como a consciência de inacabamento²⁸, aspectos socializantes da educação, a influência da (talvez, ausência) formação docente.

Também podemos afirmar que em vários momentos alguns preceptores apontaram claramente uma perspectiva de ensino construtivista, valorizando a relação próxima com os alunos, com a possibilidade de considerar seus conhecimentos prévios, articulando as vivências com as teorias, atribuindo ao docente o papel de, em conjunto com o aluno, buscar o conhecimento. E, na nossa avaliação, a proposta do TCSII coloca situações propícias para o desenvolvimento de um ambiente construtivista de ensino, porém, os preceptores necessitariam de um processo de discussão e reflexão para melhorarem suas práticas. Mas, a cultura docente ainda está associada a uma prática

individual, baseada nas experiências pessoais e não numa formação específica, o que torna difícil à implementação dessas propostas.

Desta maneira, nosso estudo aponta claramente a necessidade e importância de se discutir a formação docente, tanto inicial quanto uma formação permanente. Existem saberes pedagógicos que podem auxiliar o planejamento, execução e avaliação do trabalho docente, entretanto, na seleção e no ingresso na carreira universitária não se exige do docente uma reflexão sobre a prática do ensino. Porém, na implementação de disciplinas inovadoras a ausência desta reflexão torna-se mais evidente e impacta os novos currículos. Assim, encontra-se pouca adesão dos professores a essas novas propostas, e, efetivamente, os docentes resistem na sua prática cotidiana a mudança. Estas resistências, em parte, podem estar ocorrendo por ausência de discussão neste campo pedagógico. A criação de espaços e momentos de diálogo, troca e aprendizado podem ser estratégias interessantes.

Para finalizar pretendemos confrontar os resultados deste estudo com os trabalhos de Perrenoud ^{37,51,55} que discute a prática docente. Este autor aponta que a prática docente se baseia, principalmente, nos *habitus* do professor, como foi apresentado no Capítulo 2, sendo estes os determinantes em muitas situações cotidianas. Os *habitus* seriam elementos inconscientes, introjetados socialmente, e que regulam nossas ações, gostos, posturas.

Assim, podemos considerar que a análise de Perrenoud identifica que nosso objeto de estudo, a análise da concepção de processo ensino-aprendizagem dos docentes, como pouco relevante para o estudo da prática docente. Porém, pensamos que Perrenoud destaca estes aspectos inconscientes para que eles não fiquem “escondidos”, para que sejam reconhecidos como pertencentes à prática e se tornem objeto de reflexão e ação do professor.

Ademais, Perrenoud ressalta que seria nos aspectos estruturais e não das concepções que se possibilitam as verdadeiras transformações na educação. Desta maneira, se considerarmos que esses docentes envolvidos com o TCS II da UFF passaram por mudanças estruturais reais de sua prática, sem qualquer qualificação para a mesma, será que teremos uma noção do quanto essas mudanças estruturais influenciaram no âmbito das suas representações?

Obviamente, este estudo não pôde realizar esta correlação entre as falas dos preceptores e estas condições de ensino, mas, efetivamente, a inserção dos alunos nos serviços se configura como uma nova estrutura de ensino, rompendo com a limitação da

sala de aula enquanto cenário de ensino-aprendizagem e tentando induzir metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

O TCS II foi identificado pelos preceptores como uma disciplina inovadora, que rompe com algumas estruturas tradicionais do ensino médico, o que gera algumas dificuldades para eles, pois não foram preparados para tal prática. Para nós, a principal questão que essa experiência coloca é sobre o aprender-fazendo, que associado a uma reflexão sobre a ação ⁵¹ poderia ser um grande avanço no ensino médico.

Porém, como falamos anteriormente, os preceptores ainda tem uma percepção de teoria dissociado da prática, e a prática como um mero fazer. Mas, ao refletirem sobre o cotidiano do TCS II, vão destacar que o papel do aluno é questionar o docente sobre a realidade, cabendo aos preceptores faze-lo compreender os mecanismos subjacentes à ação.

Também, foi destacado por eles, que o ensino nos serviços é tremendamente influenciado pelo perfil dos profissionais, alunos, preceptor, comunidade e serviço envolvidos, e que nesta relação entram questões como medo, ansiedade, poder, controle, interesses. Desta maneira, esta prática mostra de maneira aberrante que no ensino estão envolvidos questões de elementos inconscientes e *habitus*, como Perrenoud aponta. Vários exemplos de conflito e de negociação foram relatados pelos preceptores.

Outro ponto de destaque levantado foi a possibilidade de o ensino médico estar comprometido com a qualidade dos serviços, isto foi apontado pela coordenação e por alguns preceptores do TCS II. Assim, busca-se que o objeto de estudo e atuação dos alunos vise buscar soluções para os problemas demandados pelo serviço e comunidade. Isto nos parece fundamental para o desenvolvimento do compromisso dos futuros profissionais.

Assim, talvez Perrenoud concordaria que a prática real cotidiana desta disciplina esteja levando ao que esse autor expressou com: “obriguem-me a fazer o que tenho vontade de fazer, mas que é impossível devido às condições objetivas em que me encontro”, ou “impeçam-me de fazer o que, nas condições em que me encontro, estou inclinado a fazer para me proteger, para dominar a minha angústia e ter a consciência tranqüila” ³⁷(p.43).

Por outro lado, também sabemos que os saberes docentes são fundamentais na produção do próprio saber fazer docente e, que sem uma teoria que dê sentido às práticas, não ocorre à transformação das mesmas. Assim, talvez a partir dos saberes pedagógicos reais dos sujeitos de nossa pesquisa, que vão refletir sobre os problemas e

experiências da prática, pode-se constituir um princípio da formação inicial e contínua dos docentes, o que é de extrema importância.

Ou seja, por meio do estudo das realidades de ensino e das próprias experiências pode-se iniciar um processo de formação docente, constituindo um processo contínuo de flexibilidade crítica sobre as práticas e de (re) construção permanente da identidade dos professores. As transformações na prática docente somente ocorrerão se os professores ampliarem sua consciência a respeito dos contextos históricos, sociais, culturais, organizacionais de sua própria prática educativa, tanto a da sala de aula quanto num sentido mais amplo. E talvez, o levantamento das atuais representações e expectativas desses professores seja um passo inicial desse processo ³⁷.

“Se não se compreender bem em que condições e com que tipo de racionalidade os professores levam a cabo o seu trabalho, não se poderá saber em que medida os resultados da investigação em educação podem incidir nas práticas.”³⁷ (p.36)

E, o professor deveria assumir o compromisso de refletir sobre sua prática para além da resolução de problemas imediatos, mas que, num processo de longo prazo, seja uma reflexão do sujeito sobre si mesmo, sobre sua história de vida, sua formação, sua identidade pessoal ou profissional e sobre seus projetos. Perrenoud ⁵⁵ aponta algumas outras razões para o professor refletir sua prática: compensar a superficialidade da formação; propiciar o acúmulo de saberes da experiência e uma evolução profissional; permitir enfrentar a complexidade das tarefas; favorecer uma responsabilidade ética e política; aumentar a capacidade de inovação e cooperação entre colegas; oferecer meios de trabalhar sobre si mesmo e enfrentar a alteridade do aprendiz.

Desta maneira, a reflexão sobre a prática (e isto vale para o processo de ensino-aprendizagem em geral) pode permitir a construção de conceitos e novos saberes teóricos a partir de situações singulares, além de mobilizar os recursos adquiridos, e desenvolver as capacidades de auto-observação, autodiagnóstico e autotransformação⁵⁵.

É interessante notar que apesar de partirem de objetos distintos da questão docente, Becker, da epistemologia subjacente ao saber docente, e Perrenoud, dos *habitus* da prática docente, estes autores caminham para uma mesma direção. E, nós neste trabalho também concluiremos da mesma forma dizendo que existe uma necessidade de formação docente no ensino superior, e que os saberes e práticas reais dos professores devem ser o ponto de partida deste processo. O professor deve refletir sobre sua prática, conscientizando-se dos mecanismos e saberes subjacentes a ela, e Freire²⁸ sintetiza este pensamento:

“Na formação permanente dos professores, o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática. O seu “distanciamento” epistemológico da prática enquanto objeto de sua análise, deve dela “aproximá-lo” ao máximo.”²⁸(p.39)

Referências Bibliográficas

1. Becker, Fernando. A epistemologia do professor: o cotidiano da escola. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.
2. Rego, S. A formação ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
3. Foucault, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1995
4. Edler FC. O ensino médico no século XIX. In: Cadernos CEPIA, no.04, ano 03, Dez/ 1998.
5. Almeida, MJ. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Editora UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
6. Rezende ALM. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.
7. Silva Júnior AG. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva, São Paulo: HUCITEC, 1998.
8. Marsiglia, RF. Relação ensino/ serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1995.
9. Pinto PGHR. Estruturas Pedagógicas no Ensino Médico. In: Cadernos CEPIA No.4, ano 03, Dez/1998.
10. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: HUCITEC; Londrina: Rede UNIDA; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
11. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(1):187-93, jan-mar, 1999.
12. Resolução CNE/CES no.04/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001, seção 1 p.38.
13. Feuerwerker et al. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/ demandas da comunidade. Divulgação Em Saúde Para Debate, Rio de Janeiro, Número 22, p. 36-48, Dez 2000.
14. Silva Júnior et al. As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói-RJ. Divulgação Em Saúde para Debate, no. 12, Julho, Rede Unida, 1996.
15. Pires AC & Marins JJN. A formação Profissional no contexto das políticas públicas – a análise e as práticas no processo de reforma curricular em medicina. Cadernos ABEM, vol 1, p.37-40, Maio 2004.
16. Koifman L. O processo de reformulação curricular de duas faculdades de medicina no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. Interface, 2004.

17. Koifman L. A Reformulação do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense. Revista do Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense, v.2 no.2, jan/abr, 1998.
18. Universidade Federal Fluminense. Currículo Pleno do Curso de Medicina da UFF. Niterói: UFF, 1992.
19. Universidade Federal Fluminense. Projeto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense para o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos cursos de medicina, Niterói: UFF, 2002.
20. Paim JS, Nunes TCM. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 8 (3): 262-269, jul/set, 1992.
21. Paim JS. Marco de referência para um programa de educação continuada em saúde coletiva. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 17 (3): 7-13, set/dez, 1993.
22. Solé I & Coll C. Os professores e a concepção construtivista. In: O Construtivismo na sala de aula. Coll C et al (orgs). São Paulo: Ática, 2003.
23. Chauí M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática, 2002.
24. Becker F. O que é Construtivismo? Série Idéias, no. 20, São Paulo: FDE, p.87-92, 1994. www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_20_pm87-093_c.pdf. Acessado em Julho de 2004.
25. Becker, Fernando. A origem do conhecimento e a aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artmed, 2003.
26. Mizukami MGN. Ensino: abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986.
27. Aranha MLA. Filosofia da Educação. São Paulo: Moderna, 1996.
28. Freire P. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
29. Onrubia J. Ensinar: criar zonas de desenvolvimento proximal e nelas intervir. In: O Construtivismo na sala de aula. Coll C et al (orgs). São Paulo: Ática, 2003.
30. Leite LB. As dimensões interacionista e construtivista em Vygotsky e Piaget. Cadernos CEDES, no. 24, Campinas: Papirus.
31. Carvalho MAP. Análise de um ambiente construtivista de aprendizagem à distância: estudo da interatividade, da cooperação e da autonomia no Curso de Gestão descentralizada de Recursos Humanos em Saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: UFRJ/ NUTES, 2000.
32. Henriques EM. O debate Piaget/ Vygotsky: uma contribuição para a questão do conhecimento na pré-escola. In: Garcia RL (org.). Revisitando a Pré-escola. São Paulo: Cortez, 1993.

33. Borges C. Saberes docentes: diferentes tipologias e classificações de um campo de pesquisa. *Educação & Sociedade*, v. 22 (74), Abril/2001.
34. Fiorentini D, Souza Júnior AJ, Melo GFA. Saberes Docentes: um desafio para acadêmicos e práticos. In: Geraldi CMG, Fiorentini D & Pereira EMAP, organizadores. *Cartografias do trabalho docente: professor(a)- pesquisador(a)*. Campinas, SP: Mercado das Letras: Associação de leitura do Brasil-ALB, 1998.
35. Geraldi CMG, Messias MGM & Guerra MDS. Refletindo com Zeichner: um encontro orientado por preocupações políticas, teóricas e epistemológicas. In: Geraldi CMG, Fiorentini D & Pereira EMAP (orgs). *Cartografias do trabalho Docente: professor (a)- pesquisador (a)*. Campinas, SP: Mercado das Letras, Associação de Leitura do Brasil- ALB, 1998.
36. Gómez AIP. A função e formação do professor/a no ensino para a compreensão: diferentes perspectivas. In: *Compreender e Transformar o ensino*. Sacristán JG & Gómez AIP (orgs). Porto Alegre: ArtMed, 2000.
37. Perrenoud, P. *Práticas Pedagógicas, Profissão Docente e formação: perspectivas sociológicas*. Lisboa: Publicação Dom Quixote/ Instituto de Inovação educacional, 1993, p.19-51.
38. Corcuff P. *As novas sociologias: construções da realidade social*. Bauru, SP: EDUSC, 2001
39. Bourdieu P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
40. Bourdeiu P. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papirus, 1996.
41. Bourdieu P. *Escritos de Educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
42. Santos BS. *Um discurso sobre as ciências*. Edições Afrontamento, 9^a. Edição.
43. Becker HS. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: HUCITEC, 1999.
44. Gracia TI. O “giro lingüístico”. In: . Iñiguez L, organizador, *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2004.
45. Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
46. Michelat G. Sobre a Utilização da Entrevista Não-Diretiva em Sociologia. In: Thiollent MJM. *Crítica Metodológica, Investigação Social & Enquête Operária*. Editora Polis, 1982.
47. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
48. Batista NA. Formação do professor de medicina: desafios e perspectivas. In: *Educação Médica*. Marcondes E & Gonçalves EL, São Paulo: Sarvier, 1998.

49. Pimenta SG & Anastasiou LGC. Docência no ensino superior: problematização. In: Docência no ensino superior –Vol 1. São Paulo: Cortez, 2002.
50. Holanda AB. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. São Paulo: Ática. 1989.
51. Perrenoud P. A prática reflexiva no Ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: ArtMed, 2002.
52. Carapineiro G. Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos Serviços Hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1993.
53. Solé I. Disponibilidade para a aprendizagem e sentido da aprendizagem. In: Coll C et al. O construtivismo na sala de aula. São Paulo: Editora Ática, 2003.
54. Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
55. Perrenoud P. O trabalho sobre o habitus na formação de professores: análise das práticas e tomada de consciência. In: Paquay L, Perrenoud P, Altet M & Charlier E. Formando professores profissionais: Quais estratégias? Quais competências? Porto Alegre: ArtMed, 2001.
56. Oliveira GS & Koifman L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/ transformar, um desafio para o processo de formação In: Marins JJN, Rego S, Lampert J & Araújo JGC, organizadores. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2004.
57. Feuerwerker, LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert J & Araújo JGC, organizadores. Educação Médica em Transformação. São Paulo: HUCITEC, 2004.
58. Koifman L. A Teoria de currículo e a discussão do currículo médico. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v.22 (2/3):37-47, Set/Dez, 1998.

Anexos

Anexo1:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **“Formação no Processo de Trabalho: A experiência de Trabalho de Campo Supervisionado II do curso de medicina da UFF”**.

Você foi selecionado, pois está envolvido com a experiência do Trabalho de Campo Supervisionado II (TCS II) como docente ou gerente dos serviços envolvidos com o mesmo. Sua participação nesse estudo não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Universidade Federal Fluminense ou com a Fundação Municipal de Saúde ou com a Escola Nacional de Saúde Pública. Este trabalho não tem nenhuma relação com o andamento do TCSII, nem com a situação dos profissionais na UBS ou dos docentes e alunos na disciplina.

Pretendemos com este estudo colaborar para a avaliação e plena implementação do novo currículo do curso de medicina da UFF, para isso gostaríamos de entender como os docentes e gestores de serviços envolvidos no TCS II percebem o processo de ensino-aprendizagem e essa experiência.

Sua participação nesta pesquisa consistirá numa entrevista de cerca de 45 minutos, na qual serão omitidos dados identificatórios.

Não existem riscos previsíveis relacionados com sua participação. Esta pesquisa será utilizada para elaborar minha dissertação de mestrado no programa de pós-graduação da Ensp/Fiocruz, sob a orientação dos professores Sergio Rego e Aluísio Gomes da Silva Júnior. Não existem benefícios pessoais diretos decorrentes de sua participação e os indiretos estão com o aperfeiçoamento dos processo de formação de médicos, particularmente na UFF.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. A transcrição da entrevista será realizada pela pesquisadora, quaisquer dados de identificação serão omitidos e você terá a oportunidade de rever seu depoimento e realizar quaisquer alterações que julgue necessária.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ana Lúcia de Moura Pontes

Rua Leopoldo Bulhões 1480/914

Manguinhos – RJ -RJ

Telefone: 21-2598-2646

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Anexo 2

Roteiro de Entrevista*Informações gerais*

1. Idade, ano de formatura e área, titulação, tempo de docência

Tema 1: Concepção de conhecimento e processo ensino-aprendizagem

2. Na sua opinião, o que é conhecimento?

3. E, como se aprende? O que seria ensinar? Qual o papel do professor e do aluno no processo de ensino-aprendizagem?

Tema 2: A disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado II

4. Como você me explicaria o TCS II, qual seus objetivos e metodologia e como ocorre na prática?

5. Na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado qual o papel que o professor desempenha? E os alunos? E os gestores da unidade? E os profissionais de saúde em atividade nessa Unidade? Como e o que o aluno aprende nesta atividade?

6. Que relação você percebe entre TCS II e os demais programas do currículo?

7. Como você se tornou preceptor de TCS II, e há quanto tempo?

Tema 3: O ensino nos serviços

8. Qual é o papel do docente e do aluno nas atividades diárias da UBS?

9. Na sua opinião qual a relevância da experiência de ensino-aprendizagem na UBS para a formação do médico?

Geral

10. Na sua opinião, existe algum sentido dessa experiência para a sua formação?

11. Você recebeu alguma capacitação para ser docente ou realizou algum curso na área de didática ou pedagogia? Durante o mestrado teve alguma disciplina ou prática pedagógica?

12. Tem alguma outra coisa que você gostaria de falar?