

**Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília
Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Marília**

ALEX WANDER NENARTAVIS

**Contribuições da Educação Permanente para
avaliação docente da prática profissional do
estudante de medicina**

Marília

2009

ALEX WANDER NENARTAVIS

**Contribuições da Educação Permanente para
avaliação docente da prática profissional do estudante
de medicina**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Ensino na Educação Brasileira. Linha: Ensino, Aprendizagem Escolar e Desenvolvimento Humano, para obtenção do título de Doutor em Educação sob a orientação da Doutora Maria de Lourdes Morales Horiguela

Marília
2009

Nenartavis, Alex Wander.

N437c Contribuições da Educação Permanente para avaliação docente da prática profissional do estudante de medicina / Alex Wander
Nenartavis. – Marília, 2009.
135 f. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências Universidade Estadual Paulista, 2009.

Bibliografia: f. 109-114.

Orientadora: Dra Maria de Lourdes Morales Horiguela

1. Currículo por competências. 2. Exercício de Avaliação da Prática Profissional. 3. Avaliação critério-referenciada. 4. Educação Permanente. 5. Educação médica. I. Autor. II. Título.

CDD 610.7

ALEX WANDER NENARTAVIS

**Contribuições da Educação Permanente para
avaliação docente da prática profissional do estudante
de medicina**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Ensino na Educação Brasileira. Linha: Ensino, Aprendizagem Escolar e Desenvolvimento Humano, para Obtenção do título de Doutor em Educação sob a orientação da Doutora Maria de Lourdes Morales Horiguela

Marília, 13 de Março de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Morales Horiguela

Prof^ª. Dr^ª. Carmen Lucia Dias

Prof^ª. Dr^ª. Maria José Sanches Marin

Prof. Dr. Paulo Sérgio Teixeira do Prado

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Regina Gimenez Paschoal

Dedicatória

*Ao meu irmão, José Horácio e à minha mãe,
Maria Dalva.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra Maria de Lourdes Morales Horiguela, pelo apoio e presença amiga em todos esses anos.

Aos professores e colegas do Programa de Pós Graduação em Educação da UNESP de Marília.

Aos professores colaboradores da quarta série do Curso de Medicina da FAMEMA e facilitadores, pela participação e contribuições nos encontros de Educação Permanente.

Aos funcionários da Biblioteca da FAMEMA, pela disponibilidade em ajudar no período de filmagens e na capacitação em informática para os professores colaboradores participantes desta investigação.

À Direção da FAMEMA pelo apoio na realização desta pesquisa.

E a todos que de maneira direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

**“Vivir no es sólo existir,
sino existir y crear,
saber gozar y disfrutar
y no dormir sin soñar.”**

*Gregorio Marañon
endocrinologista e escritor
espanhol (1887-1960)
Coletânia de frases célebres*

RESUMO

Esta investigação foi realizada em uma Faculdade de Medicina que tem uma concepção pedagógica híbrida, com a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) orientando o processo ensino-aprendizagem e a Concepção Crítico-Reflexiva guiando a Unidade de Práticas Profissionais. Esta instituição trabalha com currículo por competências utilizando a avaliação critério-referenciada. O Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) se realiza no final do ano letivo, em cenário simulado, com caráter somativo, fazendo parte da avaliação do estudante do quarto ano do Curso de Medicina, em conjunto com o Exercício de Avaliação Cognitiva (EAC) e o Portfólio Reflexivo. O instrumento de avaliação utilizado no EAPP é o Formato de Observação do Desempenho do Estudante (F6), onde são identificadas as necessidades de saúde das pessoas por meio de tarefas. Em nossa investigação objetivamos verificar a replicabilidade e homogeneidade em relação ao preenchimento do F6 no EAPP, em três grupos de professores colaboradores da instituição de ensino superior. Para tal realizamos duas filmagens, cada qual com duração aproximada de 20 minutos, no final do ano letivo de 2006, quando duas estudantes foram submetidas ao EAPP. O primeiro vídeo foi avaliado por meio de escala de desempenhos por professores assistenciais do Programa de Saúde da Família (PSF), das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e docentes da instituição, no início do ano letivo de 2007. Após um semestre de reflexões com o grupo de professores, com utilização de metodologias ativas de aprendizagem, em reuniões quinzenais de Educação Permanente (EP), percebemos na nova exibição do primeiro vídeo, no grupo de professores do PSF a adoção de uma forma mais homogênea de avaliar os estudantes, expressa por uma maior convergência de conceitos no preenchimento do F6 que se manteve homogênea na exposição do segundo vídeo para os conceitos: não se aplica (NA), insatisfatório (I) e satisfatório (S). Esta situação não ocorreu com os demais grupos pesquisados.

Palavras-chave: Currículo por competências. Exercício de Avaliação da Prática Profissional. Avaliação critério-referenciada. Educação Permanente. Educação médica.

ABSTRACT

This research was carried out in a Medical School with a hybrid pedagogical concept: Problem Based Learning (PBL) guides teaching-learning, and Critical- Reflexive Conception guides the Professional Practices Unit. This school works with competences curriculum and uses criterium evaluation. The Exercise of Professional Practical Evaluation (EPPE) takes place in the end of the academic year in a simulated scenario; it is somative and is part of the student's evaluation in the fourth grade of the medical course together with the Exercise of Cognitive Evaluation (ECE) and the Reflexive Portfolio. The evaluation tool used in EPPE is the Student's Performance Observation Format (F6) in which there are identified people's health necessities by means of tasks. This research aims at verifying the replicability and homogeneity of F6 filling out in EPPE in three groups of university teachers. Two videos were made in the end of 2006; each one last 20 minutes approximately and the subject was two students being submitted to EPPE. The first video was evaluated through the performances scale by assistance teachers of the Family Health Program, of the Health Centers and by university teachers in the beginning of 2007. The author organized Permanent Education meetings with these teachers to discuss active learning methodologies at fifteen day intervals for one semester. Then the first video was showed again. The students were evaluated by the Family Health Program teachers more homogeneously: the concepts in F6 filling out were more convergent. The same happened with the second video with the concepts NA (non applicable), I (unsatisfactory) and S (satisfactory). This situation did not occur with the other groups analysed.

Keywords : Competences Curriculum. Exercise of Professional Practice Evaluation. Criterium Evaluation. Permanent Education. Medical Education.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios satisfatório (S) ou insatisfatório (I) para o vídeo 1A.....81
- Figura 2** – Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA) e não preenchido (NP) para o vídeo 1A.....83
- Figura 3** – Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios satisfatório (S) ou insatisfatório (I) para o vídeo 1B.....90
- Figura 4** – Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA) e não preenchido (NP) para o vídeo 1B.....93
- Figura 5** – Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios satisfatório (S) ou insatisfatório (I) para o vídeo 2.....97
- Figura 6** – Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA) e não preenchido (NP) para o vídeo 2.....101

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Comparação das proporções dos conceitos satisfatórios (S) e insatisfatórios (I) segundo professores colaboradores UBS₁, PSF₁ e FAM₁, no vídeo 1A.....80
- Tabela 2** – Comparação das proporções dos conceitos satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA) e não preenchido (NP) segundo professores colaboradores UBS₁, PSF₁ e FAM₁, no vídeo 1A.....82
- Tabela 3** – Conceitos satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA), não preenchido (NP) e avaliação final no vídeo 1A.....86
- Tabela 4** - Comparação das proporções dos conceitos satisfatórios (S) e insatisfatórios (I) segundo professores colaboradores UBS₂, PSF₂ e FAM₂, no vídeo 1B.....90
- Tabela 5** - Comparação das proporções dos conceitos satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA) e não preenchido (NP) segundo professores colaboradores UBS₁, PSF₂ e FAM₂, no vídeo 1B.....92
- Tabela 6** - Conceitos satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA), não preenchido (NP) e avaliação final no vídeo 1B.....94
- Tabela 7** - Comparação das proporções dos conceitos satisfatórios (S) e insatisfatórios (I) segundo professores colaboradores UBS₃, PSF₃ e FAM₃, no vídeo 2.....97
- Tabela 8** – Comparação das proporções dos conceitos satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA) e não preenchido (NP) segundo professores colaboradores UBS₃, PSF₃ e FAM₃, no vídeo 2.....100
- Tabela 9** – Conceitos satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA), não preenchido (NP) e avaliação final no vídeo 2.....102

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Resumo das presenças dos professores colaboradores das UBS's nas atividades de Educação Permanente..... | 88 |
| Quadro 2 – Resumo das presenças dos professores colaboradores dos PSF's nas atividades de Educação Permanente..... | 89 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 Justificativa | 14 |
| 2 OBJETIVOS | 16 |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 17 |
| 3.1 O Sistema de Saúde do Município de Marília e a FAMEMA | 17 |
| 3.2 Currículo e Concepção Pedagógica na FAMEMA | 28 |
| 3.3 Desafios na formação do professor de Medicina e o papel do professor colaborador na quarta série do Curso de Medicina da FAMEMA | 54 |
| 3.4 Avaliação na quarta série do Curso de Medicina da FAMEMA | 60 |
| 4 MATERIAL E MÉTODO | 67 |
| 4.1 Local do estudo | 67 |
| 4.2 Materiais | 67 |
| 4.3 Referencial teórico-metodológico | 70 |
| 4.4 Procedimentos | 70 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 80 |
| 6 CONCLUSÕES | 104 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 107 |
| 8 REFERÊNCIAS | 109 |
| 9 APÊNDICES | 115 |
| 10 ANEXO | 128 |

1 INTRODUÇÃO

Trabalhando como professor colaborador na quarta série da Faculdade de Medicina de Marília e analisando o propósito do Curso de Medicina que prevê a formação de profissionais capazes de desenvolver

[...] elevados padrões de excelência no exercício da medicina [...], na geração e disseminação do conhecimento científico e de práticas de intervenção que expressem

efetivo compromisso com a melhoria da saúde e com os direitos das pessoas. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2006, p. 3).

percebemos que a instituição se pauta na competência profissional e se preocupa em formar profissionais médicos

[...] com capacidade de mobilizar [...] recursos para solucionar com pertinência e eficácia [...] situações da prática profissional. A competência é inferida pela observação e análise do desempenho do estudante frente a situações da prática profissional. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003, p. 14).

A educação baseada na competência profissional compreende um sistema, organizado para desenvolver nas pessoas a curiosidade e o gosto pelo estudo, aprendizagem contínua e autodidática, tendo como alicerces fundamentais a valorização de determinadas “[...] capacidades como inovação, criatividade, habilidade de adaptação a mudanças, identificação de problemas, questionamento crítico, educação de adultos e trabalho em equipe.” (LÓPEZ LEDESMA et al., 2001, p. 147).

No processo de avaliação utilizado no currículo por competências da FAMEMA se espera que o aluno possa combinar “[...] atributos pessoais mobilizados em contextos específicos para atingir determinados resultados.” Padrões de excelência construídos socialmente fundamentarão a avaliação do estudante, que deverá mobilizar suas potencialidades para cumprir tarefas contextualizadas (LIMA, 2004, p. 123).

No julgamento emitido pelo professor em relação às tarefas realizadas pelo estudante torna-se importante a existência de uma “[...] correlação entre o instrumento de avaliação e o que se pretende medir e alcançar em relação ao produto profissional.” Na área do ensino médico, propostas inovadoras estão sendo desenvolvidas como “[...] programas centrados no estudante, em pequenos grupos, com metodologia de aprendizado baseado em problemas e em suas soluções.” (GRISI, 2004, p. 217).

O OSCE (Objective Structured Clinical Examination) é um método de avaliação para habilidades clínicas que se originou na Escócia, é utilizado em vários países e se aproxima do exercício de avaliação da prática profissional (EAPP). No OSCE, o desempenho do estudante será observado na realização de tarefas simuladas, extraídas da prática médica diária. Estações são percorridas pelos estudantes, como por exemplo: saúde da mulher, saúde do adulto, saúde da criança, saúde coletiva e pequenas cirurgias. Nessas estações o aluno pode demonstrar suas habilidades realizando a história clínica, exame físico e sugestão terapêutica. Na simulação, a resolução dos problemas relacionados a cada estação deve ocorrer em um período determinado, após o qual o

estudante deverá mudar de sala. O avaliador dispõe de um instrumento onde são anotadas de maneira sistematizada suas impressões (GRISI, 2004; TRONCON, 1996).

Professores colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde, que realizam atividades assistenciais nas Unidades de Saúde da Família do município de Marília, orientam os alunos em atividade conjunta com os docentes da FAMEMA (Faculdade de Medicina de Marília) no “[...] contato com o paciente e em atividades de gestão e de saúde coletiva na equipe de saúde [...]” utilizando metodologias ativas de aprendizagem (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2008, p. 5).

Para análise do desempenho do estudante no EAPP (Exercício de Avaliação da Prática Profissional), os professores colaboradores utilizam um formato contendo a descrição de tarefas como: história clínica, exame clínico, formulação do problema e elaboração do plano de cuidados. Este mesmo formato é utilizado para “[...] orientar a realização de atividades práticas [...] nos estágios nas Unidades de Saúde da Família.” (FACULDADE DE MEDICINA DA MARÍLIA, 2008).

1.1 Justificativa

Os estudantes passam, no decorrer da quarta série do curso médico, pela Unidade de Práticas Profissionais (UPP4), supervisionados pelos profissionais que trabalham nas equipes das Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ambulatório de Pequenas Cirurgias.

Durante a quarta série do curso de medicina da Famema os estudantes serão estimulados a mobilizar os recursos já adquiridos nas séries anteriores, referenciados pela boa prática profissional, que inclui a possibilidade de desenvolver raciocínio crítico e entender o processo saúde-doença, estabelecendo “[...] um plano de cuidado individual [...] e coletivo na atenção básica [...]” observando aspectos relacionados à “[...] integralidade do cuidado à saúde [...]” de acordo “[...] com as Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação do Curso de Medicina, Parecer n. CNE/CES 1.133/2001.” Existe um “[...] Formato de Observação do Desempenho do Estudante da Quarta Série [...]” que é preenchido pelos professores e utilizado como referência para avaliação dos recursos mobilizados pelos estudantes no cumprimento das tarefas para aquele período (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2007, p. 4).

Trabalhando como professor colaborador para a quarta série do curso de medicina desde o ano de 2000, preenchendo semanalmente o formato de avaliação do

desempenho do estudante “F6” (em anexo) a partir do ano de 2006 e participando como avaliador do exercício de avaliação da prática profissional (EAPP), no final de cada ano letivo, quando o aluno é avaliado pelo mesmo F6, percebi a existência de divergências na avaliação das tarefas executadas pelos estudantes, portanto, entre os julgamentos emitidos pelos professores aos alunos. Minha participação compulsória nas atividades quinzenais de educação permanente (Eps) para os professores, a partir do ano de 2006 e minha participação voluntária na revisão e reorganização dos formatos, no Comitê 2 de Avaliação do Estudante da FAMEMA a partir do ano de 2007, propiciaram minha aproximação com o projeto político-pedagógico institucional, além de um contato com diversas formas de preenchimento do F6 pelos professores da quarta série do Curso de Medicina, motivando a produção desta investigação científica.

2 OBJETIVOS

I – Verificar convergência e divergência entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de medicina da FAMEMA, submetidos ao exercício de avaliação da prática profissional (EAPP).

II - Constatadas divergências entre os avaliadores do EAPP na quarta série do curso de medicina da FAMEMA, desencadear um processo de reflexão em relação aos

conceitos emitidos pelos professores, nas reuniões quinzenais de educação permanente, utilizando metodologias ativas de aprendizagem para minimizá-las.

III – Verificar manutenção ou mudança nos padrões de avaliação adotados pelos professores para os estudantes, após a utilização de metodologias ativas de aprendizagem com esses colaboradores, nas reuniões quinzenais de educação permanente.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A FAMEMA e o Sistema de Saúde do Município de Marília

Marília surge como município no ano de 1929, sendo ocupada desde 1923 por paulistas que buscavam solos férteis para o plantio agrícola. Esta atividade concentrou-se no café e depois no algodão. Nos anos trinta as duas primeiras indústrias de óleo elevaram a cidade ao patamar de pólo regional com incremento na urbanização local. Nas décadas de 60 e 70 a pecuária predominou em relação às culturas de café, amendoim e algodão que experimentaram grande decréscimo em sua produção. Indústrias de alimentos se instalaram na região na década de 70 impulsionando novo ciclo industrial (FEUERWERKER, 2002).

O município de Marília se localiza a 443 km da capital, na região centro-oeste do estado de São Paulo. De acordo com a estimativa do IBGE para o ano de 2007 conta com 218.113 habitantes (WIKIPEDIA, 2008).

O primeiro contato dos usuários com o Serviço de Saúde municipal em Marília, ocorre nas Unidades de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde. Essas unidades são dispostas geograficamente, pela gestão municipal com base em índices epidemiológicos, obedecendo a critérios de área de abrangência para sua implantação.

As equipes de saúde atuando em regiões definidas serão capazes de localizar indivíduos ou grupos com maiores riscos de adoecer ou morrer, reconhecer problemas de saúde relevantes, podendo agir na programação e execução de ações dirigidas à sua resolução. Os funcionários que participam das equipes de saúde trabalham no cadastramento das famílias das micro áreas específicas, o que possibilita a eles o estabelecimento de vínculos afetivos com as pessoas da comunidade. Essas unidades são as portas de entrada do sistema municipal de saúde (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003). O contato inicial da população com a UBS / USF torna-se importante na medida em que, nesses locais, a opinião e a direção fornecida por profissional da atenção básica pode nortear o ingresso do usuário para a fonte de cuidado apropriada (STARFIELD, 2002).

Os cursos de graduação de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília têm seu campo de atuação nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, onde os estudantes se integram juntamente com os profissionais do serviço e docentes da FAMEMA, num trabalho conjunto de criação de vínculo com a

população adstrita, avaliação de fatores de risco, análise epidemiológica e vigilância à saúde, dentro de cada micro área, respeitando os ditames do Ministério da Saúde para a Estratégia de Saúde da Família, em conjunto com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

Nos parágrafos seguintes falaremos sobre o histórico institucional da Faculdade de Medicina de Marília e sobre a implantação de projetos que alavancaram corajosas mudanças curriculares na instituição.

Em 19 de Janeiro de 1966, por meio da Lei Estadual número 9236, criou-se a Faculdade de Medicina de Marília, instituto isolado de ensino superior, iniciando com um Curso de Medicina, hoje com 80 vagas para cada uma das seis séries existentes. A partir de 30 de Janeiro de 1967, foi autorizado seu funcionamento como Instituição Pública Municipal, após ser constituída uma entidade mantenedora, a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM), criada por meio da Lei Municipal número 1371, de 22 de Dezembro de 1966. A instituição passou a se denominar Fundação Municipal de Assistência à Saúde, a partir de 19 de Janeiro de 1998, por meio da Lei Municipal número 4379/98 (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2002).

O Decreto Federal número 85547/81 autorizou e implementou o Curso de Enfermagem, reconhecido pela portaria MEC 365/89, que oferece atualmente 40 vagas anualmente para cada uma de suas quatro séries (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2002). O Curso de Enfermagem da FAMEMA não será nosso objeto de estudo nesta investigação.

A faculdade enfrentou problemas semelhantes aos de outras instituições médicas privadas criadas na época: baixa produtividade na investigação científica, pouco desenvolvimento na pós-graduação, qualificação e atualização incipiente dos docentes, muitos deles se dedicando com tempo parcial à faculdade, número reduzido de laboratórios e uma biblioteca pouco atualizada (FEUERWERKER, 2002).

A instituição passou por uma grave crise financeira e para enfrentá-la, em 1983, uma nova diretoria da FMESM (Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília) foi instituída contando com a participação de professores da FAMEMA que, em conjunto com a comunidade acadêmica, assumiram a viabilização da Faculdade. Sua área física se expandiu como um dos resultados da reestruturação, somado ao estímulo a inserção do corpo docente na pós-graduação *stricto sensu* e ao credenciamento da Residência Médica na Comissão Nacional de Residência Médica / MEC (CNRM) nas

áreas de Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva, Pediatria e Psiquiatria (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2002).

Um Programa de Integração Docente - Assistencial (PIDA) se desenvolveu na FAMEMA, dinamizando o debate e busca de soluções para a escola, colaborando para a viabilização econômica da instituição (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2002; FEUERWERKER, 2002).

Em 1992, a Fundação W. K. Kellogg selecionou a FAMEMA para desenvolver o Projeto UNI - Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde, enviando apoio técnico e financeiro. Este projeto deu apoio às revisões curriculares dos cursos de Medicina e Enfermagem mantidos pela Faculdade viabilizando a construção de novos projetos educacionais (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2002). A elaboração deste novo Programa foi realizada pela FAMEMA em conjunto com a comunidade e a Secretaria Municipal de Saúde buscando desenvolver, de maneira integrada, moldes inovadores para a educação, formação de lideranças e atenção à saúde (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

A primeira fase do projeto teve seu início em novembro de 1992 e designou para a área acadêmica uma nova leitura dos cursos de Enfermagem e Medicina com vistas a formar profissionais de saúde com qualificação técnica consistente e capacidade de atuação profissional e social visando melhorar a saúde das pessoas. A comunidade foi considerada o personagem principal na formulação de políticas locais e ações de saúde e na formação de lideranças. Os serviços de saúde foram incumbidos de desenvolver um sistema de saúde voltado às necessidades da população e para a melhoria em sua saúde (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

A FAMEMA foi estadualizada em 1994, pelo Governo do Estado de São Paulo, cumprindo a Lei Estadual 8898, de 27.09.84, e passou a ser denominada como Autarquia Faculdade de Medicina de Marília. Com a estadualização a instituição pôde se reorganizar e, pouco a pouco, superar a crise econômica enfrentada desde a década de 90. O período pós-estadualização foi importante para a capacitação técnica e educacional de seus professores. Houve reformulação curricular em seus cursos e a consolidação institucional como referência local e regional nas diferentes áreas de atenção em saúde (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003). Alguns projetos foram importantes para reorientar a formação dos estudantes de medicina e enfermagem após a estadualização da FAMEMA. Dentre eles podemos citar: o Projeto

UNI-Marília, o Projeto FAMEMA 2000, o Projeto FAMEMA Século XXI e o Projeto Pró Saúde.

Discorreremos mais detalhadamente sobre cada um destes projetos nos parágrafos seguintes.

Os projetos UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade) buscam articular “[...] universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias como estratégia fundamental para orientar os processos de mudança [...]” na formação de profissionais de saúde “[...] na direção da relevância social.” (FEUERWERKER; SENA, 2002, p. 37).

A partir de 1992, onze países latino-americanos, incluindo o Brasil, participam desse programa, que sugeriu mudanças na formação dos profissionais de saúde por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem com foco no estudante, adotando currículos flexíveis, encorajando o desenvolvimento de pesquisas e a capacidade crítica nos estudantes, pressupostos da tecnologia para educação de adultos (FEUERWERKER; SENA, 2002).

O ideário UNI propôs mudanças na formação dos profissionais de saúde influenciando a definição de algumas políticas como as Diretrizes Curriculares e o Programa de Incentivo a Mudanças nos Cursos de Medicina propostos pelo Ministério da Saúde. Quanto à concepção geral e os temas de mudança, seguem alguns pontos:

- a) *a educação das profissões da saúde deve ser **relevante**, orientada para os problemas de saúde da sociedade;*
- b) *mais explícita quanto às **competências** a serem adquiridas para o bom exercício profissional; em outras palavras, que o perfil do profissional que se quer formar seja descrito com clareza e detalhe;*
- c) *que o ensino **interdisciplinar** deva ser estimulado, articulando teoria e prática, conteúdos básicos e clínicos, integrando os aspectos biopsicossociais;*
- d) *que a aprendizagem em unidades de saúde da universidade, hospitalares ou ambulatoriais, seja complementada com a aprendizagem em **cenários da vida real** tanto dos serviços como da comunidade;*
- e) *que é necessária uma **modernização didática**, com diminuição do ensino em aulas teóricas, e introdução de novas metodologias de ensino tais como ensino tutorial e em pequenos grupos, aprendizagem baseada em problemas (ABP), e estudo auto-dirigido;*
- f) *que se enfatize a **investigação aplicada**, e que ela seja sempre que possível participativa, quando envolve a comunidade. (CHAVES ET AL, 1999)*

A proposta inovadora sugeriu a adoção de um currículo integrado, organizado por temas alicerçados em situações-problemas, que colocam o estudante em contato com possíveis situações a serem enfrentadas no dia-a-dia dos serviços de saúde

estimulando-o a lidar com as necessidades de saúde da comunidade e a trabalhar em equipe de maneira interdisciplinar desde a primeira série. O projeto sugeriu organizar conteúdos de ensino de maneira flexível considerando “[...] os ritmos de cada aluno na construção do conhecimento.” Espaços maiores foram programados para que os alunos pudessem estudar de maneira independente (FEUERWERKER; SENA, 2002, p. 38).

Os serviços de saúde também se incluíram nas propostas de mudança, procurando se conformar às necessidades de saúde das pessoas, buscando resolver os problemas da comunidade, com participação ativa na formação dos profissionais de saúde. Organizações locais comunitárias foram fortalecidas, estimulando-se o exercício da cidadania e da autonomia (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Assim, em primeiro lugar, foi necessária a criação de parcerias entre a universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias. Poderes, conhecimentos e recursos precisavam ser compartilhados num trabalho de colaboração. Nessa gestão compartilhada, a academia e o serviço precisavam se envolver com o mundo real, construindo novas formas de trabalho e novos saberes. As pessoas da comunidade precisavam ampliar sua participação na academia e no serviço passando de simples usuárias a cidadãs. Os três pilares: a escola, as pessoas da comunidade e os serviços de saúde, em união, aumentaram sua força para poderem, estrategicamente, lutar em conjunto, pelas mudanças. Conforme os problemas foram se apresentando, surgiram com eles novos desafios técnicos, aumentando as necessidades de capacitação das equipes. Em segundo lugar os projetos precisavam ser inseridos no serviço, na academia e nas organizações comunitárias. Não poderiam correr o risco de ficarem restritos a um departamento numa instituição de ensino, ou a uma pequena região de um município, ou a uma associação de bairro. Em terceiro lugar os atores precisavam participar ativamente nos projetos e para tal, estratégias de ampliação da participação de pessoas de diversos departamentos na academia, e para atração de forças políticas favoráveis ao projeto no município foram mobilizadas (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Na Famema, o projeto denominou-se Projeto UNI-Marília e as mudanças pedagógicas no componente acadêmico se iniciaram por meio de atividades propostas para se discutir conceitos e práticas de ensino dirigidas a fortalecer mudanças em medicina e enfermagem. Cursos, consultorias, reuniões e seminários foram utilizados para esta finalidade, envolvendo docentes, pessoas da comunidade e do serviço. Equipamentos de audiovisual, bibliotecas, salas de multimídia, laboratórios de

simulação, de habilidades e de informática foram incorporados pelo projeto favorecendo as mudanças pedagógicas (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Nas atividades de interação comunitária, ações desenvolvidas no serviço e na comunidade procuraram criar “[...] condições para a ação-reflexão-ação [...]” buscando “[...] ser um instrumento para superar a dicotomia entre teoria e prática.” A concepção crítico-reflexiva norteou o projeto pedagógico que utilizou a problematização como instrumental para articular o trabalho “[...] dos diferentes atores sobre os problemas da realidade.” (FEUERWERKER; SENA, 2002, p. 45).

A metodologia de ensino da aprendizagem baseada em problemas é uma tecnologia utilizada nos projetos UNI. Procura-se, dessa forma, inserir, desde a primeira série, além dos problemas de papel “[...] um módulo/unidade transcurricular, multiprofissional, desenvolvido na comunidade e na rede de serviços.” (FEUERWERKER; SENA, 2002, p. 45) Essa conduta reforça a idéia de que não há nada que substitua o contato interpessoal, a criação de vínculos e “[...] a apropriação da realidade que essas experiências propiciam.” (FEUERWERKER; SENA, 2002, p. 46).

Em seus estudos, Feuerwerker e Sena (2002) referiram que mudanças radicais ocorreram nas carreiras de medicina e enfermagem nos projetos de Londrina, Marília, Barranquilla e Colima, adotando “[...] currículos integrados, organizados em módulos interdisciplinares, utilizando-se predominantemente metodologias ativas de ensino-aprendizagem.” (FEUERWERKER; SENA, 2002, p. 44).

A partir de 1996, o Projeto UNI-Marília objetivou se institucionalizar e solidificar as atividades em curso. As instituições incorporaram em suas planilhas de custos as sugestões para mudanças inicialmente financiadas pelo Projeto UNI (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

A partir dos anos de 1997 e 1998 os cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA produziram projetos educacionais inovadores de acordo com as mais distintas inclinações na educação de profissionais de saúde e na atenção à saúde das pessoas. Esses projetos assinalaram para alterações na organização do currículo, no método utilizado no processo de ensino-aprendizagem e no foco das questões de saúde (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

Para propagar e estender a aprovação do ideário UNI, a FAMEMA investiu na formação de professores, profissionais de saúde, alunos e líderes comunitários. Os trabalhos desenvolvidos geraram conhecimentos que produziram um novo projeto

educacional para a Faculdade de Medicina de Marília chamado Projeto FAMEMA 2000 (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

A biblioteca foi ampliada em suas dependências físicas e no seu acervo e foram criados Laboratórios de Informática, Habilidades Clínicas (Simulação) e Morfo-Funcional, além do desenvolvimento do Laboratório de Aprendizagem para acesso às informações. As inovações foram importantes para a área acadêmica (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

Sete unidades básicas de saúde foram remodeladas e equipadas para acolher professores e alunos. No setor serviço houve incentivo a: métodos fundamentados na vigilância à saúde, atividades em equipes multiprofissionais, centradas nas famílias, valorizando aspectos epidemiológicos com utilização de tecnologia adequada para o trabalho interdisciplinar voltado à comunidade. Houve incentivo à criação de Conselhos Locais de Saúde onde conselheiros e líderes populares puderam ser capacitados para representar a comunidade (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

Para estimular nos professores a reflexão sobre suas práticas profissionais incentivando-os a participar com toda a comunidade acadêmica na construção de um novo currículo para a FAMEMA, organizou-se o Fórum de Desenvolvimento Curricular 2001.

Os projetos UNI e FAMEMA 2000 trouxeram avanços para a instituição e alicerçaram o projeto FAMEMA Século XXI, com avaliação sistemática dos estudantes, professores e do curso, promovendo a edificação contínua de uma unidade de desenvolvimento curricular balizada pelos processos avaliativos.

A avaliação dos programas institucionais, a vontade de superar obstáculos, a participação de docentes, estudantes, profissionais do serviço e da comunidade legitimaram o valor e a importância das propostas de integração trazidas por este projeto (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

O Projeto FAMEMA 2000 trouxe nova sistematização e alterações nas relações de poder no curso médico. Um grupo gestor passou a coordenar o planejamento curricular englobando “[...] coordenações de série, internato, unidades [...]” de ensino práticas e teóricas “[...] e avaliação.” (FEUERWERKER, 2002, p. 188).

Assessores pedagógicos passaram a acompanhar o trabalho das equipes de construção curricular visando a articulação e a coerência entre as unidades de ensino. O Fórum de Desenvolvimento Curricular de 2001 notou deficiências nesta articulação e

nesta integração propondo ativar a Câmara de Graduação ou Colegiado com vistas a proporcionar o diálogo entre os coordenadores de cada série (FEUERWERKER, 2002).

Algumas competências para os estudantes e professores do curso de medicina foram sugeridas como as institucionais, envolvendo ética, relacionamento interpessoal e educação permanente. Outras competências específicas da carreira médica, como a prática clínica, e competências específicas das equipes de saúde, relacionadas à gestão, planejamento e contexto da prática profissional, também foram incorporadas nas propostas de capacitação para os docentes (FEUERWERKER, 2002).

A partir de 2001 a proposta de capacitação docente passou a figurar “[...] como processo de educação permanente [...]” englobando a atuação do profissional em várias esferas para além do trabalho de tutoria (FEUERWERKER, 2002, p. 191).

A dissolução dos departamentos trouxe novas relações de poder ao planejamento curricular, pois os conteúdos a serem tratados “[...] não eram determinados pelo modelo de disciplinas.” (FEUERWERKER, 2002, p. 194). Os docentes deviam escolher módulos para freqüentar ao longo do ano: desenvolvimento curricular permanente, prática baseada em evidências, bioética, avaliação formativa do estudante, dinâmica de grupo, acesso à informação em saúde, refletindo sobre a problematização, desconstruindo unidades educacionais em ABP, educação em saúde. Os tutores têm acesso a assessorias para seu aperfeiçoamento e devolutiva de avaliações de desempenho do facilitador, realizadas pelos estudantes (FEUERWERKER, 2002).

Os preceptores do internato freqüentam oficinas para construção de diretrizes para o trabalho e reflexão sobre o processo ensino aprendizagem, avaliação de desempenho e suporte específico, de acordo com as necessidades dos docentes (FEUERWERKER, 2002).

Os orientadores de estudantes de medicina refletem e reconstróem a função de orientação. Em relação ao trabalho docente, normas institucionais sugerem dedicação de pelo menos 50% da carga horária ao aluno (FEUERWERKER, 2002).

Após a participação da FAMEMA no Projeto UNI, Projeto FAMEMA 2000 e Projeto FAMEMA século XXI, surgiram o PROMED e o Pró-Saúde, sobre os quais falaremos nos parágrafos seguintes.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborada em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto de Pesquisas Educacionais

Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação. “O Programa foi inspirado na avaliação do PROMED [...]”, projeto anterior ao PRÓ-SAÚDE que se dirigiu a 19 escolas médicas brasileiras com o intuito de incentivar e manter os processos de transformação no ensino em saúde (BRASIL, 2005a, p.5).

As perspectivas do Pró-Saúde para os processos de reorientação da formação apontam para uma escola que se integre ao serviço público de saúde dando respostas para “(...) necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS.” (BRASIL, 2005a, p.5).

Políticas de incentivo e reorganização da atenção básica têm sido estimuladas no Brasil e apontam para a inclusão social. O modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, com características hospitalocêntricas e centrado na doença, vem ceder espaço a “[...] uma atenção básica resolutiva e de qualidade [...]” que reafirma “[...] os princípios constitucionais estabelecidos para o Sistema Único de Saúde (SUS), [...]” na medida em que “[...] busca, por meio desta atenção, concretizar a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações.” (BRASIL, 2005a, p. 9).

Uma aproximação entre serviços e academia é estimulada e potencializada por projetos experimentais como o Pró-Saúde em escolas de enfermagem, medicina e odontologia em todo o país (BRASIL, 2005a, p. 6).

Escolas de enfermagem, medicina e odontologia e os serviços de saúde da rede pública são incluídos “[...] procurando favorecer a geração de perfis profissionais mais ajustados às perspectivas da atenção básica.” Os três cursos citados são inicialmente contemplados pelo Pró-Saúde, pois “[...] seus egressos fazem parte da estratégia do Programa Saúde da Família em todo o Brasil.” Além desses cursos, todos os outros da área da saúde serão formatados neste mesmo desenho, induzidos pelo programa, “[...] a partir da criação de modelos de reorientação [...]” para se “[...] construir uma nova etapa na formação profissional em saúde.” (BRASIL, 2005a, p. 11).

As ações do Projeto PRÓ-SAÚDE focalizam os programas de graduação interferindo no processo de formação de maneira intencional transferindo a estrutura formadora da assistência individual, centrada em especialidades, para um conjunto de ações voltado às necessidades das pessoas, que leve em conta “[...] a hierarquização das ações de saúde.” Os profissionais são instruídos para entender o processo saúde-doença com seus determinantes, considerando as características sócio-econômico-culturais da população, pertencem a um processo de educação permanente iniciado na graduação e preservado na vida profissional (BRASIL, 2005a, p. 19).

O objetivo geral do Pró-Saúde é “[...] incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença.” (BRASIL, 2005a, p.17).

Orientação teórica, cenários da prática e orientação pedagógica, são os eixos propostos pelo Pró-Saúde com decomposição, cada qual, em três vetores que classificam as escolas em três estágios, sendo o estágio 1 considerado conservador e o estágio 3 o objetivo desejado. Os eixos são propostos para estruturar e orientar as mudanças. Na sua construção as instituições devem ser criativas para que respostas inovadoras possam ser apresentadas (BRASIL, 2005a).

O eixo orientação teórica comporta três vetores relacionados à determinação dos processos de saúde-doença, produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS, oferta de pós-graduação e de educação permanente (BRASIL, 2005a).

O eixo cenário de práticas é composto pelos vetores: integração docente-assistencial, diversificação dos cenários do processo de ensino e articulação dos serviços universitários com o SUS (BRASIL, 2005a).

O eixo orientação pedagógica conta com os vetores: análise crítica da atenção básica, integração ciclo básico/ciclo profissional e mudança metodológica do ensino centrado no professor para problematização (BRASIL, 2005a).

Os ministérios da Saúde e da Educação fazem um rastreamento das ações de mudança a partir da definição da imagem-objetivo, ou seja, o que existe e onde se quer chegar, e da auto-avaliação, realizadas pela instituição, e nas quais se fundamenta o envio de recursos. Unidades de saúde diretamente envolvidas com o projeto podem ser estimuladas com incentivos de acordo com incremento em sua resolubilidade (BRASIL, 2005a).

Um cronograma acompanha todas as propostas, o orçamento deve obedecer a relação com os três eixos: orientação teórica, cenários da prática e orientação pedagógica. O projeto deve ser auto-sustentável quando terminar o financiamento. (BRASIL, 2005a).

O Projeto Pró-Saúde na Famema veio dar continuidade ao movimento de mudança que acontecia na Faculdade como “[...] recurso político e financeiro estratégico [...]” dando subsídios “[...] para um necessário aprofundamento do processo [...]” nas áreas onde “[...] se identificam fragilidades [...]” (BRASIL, 2005a, p. 4).

Gestores municipais e estaduais, alunos, professores e diretores da Famema, trabalhadores da saúde e representantes da comunidade construíram uma proposta de

revisão para as mudanças em curso na formação de profissionais médicos e enfermeiros elaborando “[...] nova imagem objetivo [...]”, ou seja, onde se quer chegar, “[...] à luz dos três eixos do Pró-Saúde.” (BRASIL, 2005a, p. 4).

A Secretaria Municipal de Saúde, com gestão plena do sistema de saúde desde do ano de 1998, e a Faculdade de Medicina de Marília se articularam por meio de Convênio e Termos de Adesão e Aditivo, num “[...] Programa de Cooperação Técnico-Administrativa, Formação de Recursos Humanos e Prestação de Serviços de Saúde [...]” objetivando integrar os “[...] serviços das unidades básicas de saúde do Município de Marília ao programa de desenvolvimento curricular permanente da Famema.” A educação permanente é utilizada como “[...] ferramenta de gestão do trabalho na parceria Famema – Secretaria Municipal de Saúde.” (BRASIL, 2005a, p.4).

A Estratégia de Saúde da Família traduz a aproximação entre a formação de graduação no país e as carências da atenção básica, indo ao encontro das propostas do Pró-Saúde (BRASIL, 2005b). Na FAMEMA os alunos de medicina e enfermagem são inseridos na Estratégia de Saúde da Família desde a primeira série, nas UPPs (Unidades de Prática Profissional), articulando teoria à prática num processo de ensino que se baseia na aprendizagem significativa, numa aprendizagem que emerge da prática profissional, tratada de maneira interdisciplinar e multiprofissional. Integralidade e humanização, trabalho em equipe e compreensão da realidade na qual se insere a população com suas necessidades de saúde norteiam a formação dos estudantes na FAMEMA (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

Desde o ano de 1997 a Faculdade de Medicina de Marília institucionalizou a cultura de avaliação de estudantes, dos professores e do curso, e conta com um núcleo responsável pela criação e revisão de formatos, que são instrumentos de avaliação padronizados. Dados colhidos são tratados estatisticamente e utilizados para discussões com a comunidade acadêmica. Formatos de avaliação de desempenho de estudantes e docentes estão sendo aplicados na graduação, residências e especializações. Os docentes e professores colaboradores são avaliados pelos alunos de maneira sistematizada. O programa de ensino também é avaliado pela comunidade acadêmica por meio dos formatos. Alguns formatos utilizados nas atividades de educação permanente, relatórios de avaliação e seminários internos foram utilizados na avaliação do projeto (BRASIL, 2005a).

A cultura de avaliação e educação permanente, a institucionalização do trabalho em equipe, em pequenos grupos, criação de parcerias entre gestores, trabalhadores da

saúde, líderes comunitários e o trabalho articulado desenvolvido em diversos cenários dão sustentabilidade ao projeto. A instituição contava em 31/10/2005 com “[...] 194 docentes e 40 auxiliares de ensino, dos quais 135 em tempo integral (50 em dedicação exclusiva), 60 doutores/ livre-docentes, e 59 mestres.” (BRASIL, 2005a, p. 9-10).

A educação permanente visa transformar a educação dos trabalhadores da saúde e de suas práticas impulsionando o desenvolvimento curricular na Famema que leva este ideal às instituições parceiras, sendo muito estimulada pelo Pró Saúde (BRASIL, 2005a).

3.2 Currículo e Concepção Pedagógica na FAMEMA

O currículo reproduz a orientação filosófica, sócio-cultural e psicológica de uma instituição de ensino, fazendo parte da estrutura de seus objetivos educacionais, contribuindo na escolha dos contextos a serem observados e desempenhos a serem construídos, assegurando atestar competência para o exercício da profissão (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

Na FAMEMA, o curso de Medicina adotou um currículo focado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade, enquanto o curso de enfermagem assumiu um currículo integrado (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

Nos parágrafos que se seguem abordaremos os objetivos educacionais fundamentados na Taxionomia de Bloom, utilizada na FAMEMA para planejamentos curriculares, na qual comportamentos esperados deverão se tornar observáveis.

Os objetivos da educação médica se relacionam a “[...] onde se deseja que um aluno submetido a situações de ensino-aprendizagem [...]” possa chegar e apontam, por conseguinte, para uma nova direção envolvendo “[...] propósitos, metas, objetivos gerais e específicos, hipóteses, objetivos institucionais e objetivos educacionais.” (BLOOM, 1973; TAPAJÓS, 1998, p.69).

Existem fenômenos didáticos sugeridos no processo de aprendizagem: “[...] o planejamento, a execução e a avaliação.” O planejamento conta com objetivos, metas e propósitos, que não devem expressar “[...] onde o professor quer chegar [...]”, mas “[...] onde o aluno deverá chegar, com a ajuda do professor.” Os objetivos indicarão os destinos intermediários ou finais, enquanto os propósitos indicarão a direção. Os objetivos específicos representam o caminho ou passos a serem seguidos e “[...] as

metas ou objetivos gerais são as tentativas de concretização e operacionalização do pensamento abstrato representado pelos propósitos.” (TAPAJÓS, 1998, p. 71).

O autor cita o “[...] formato de Tyler [...]” utilizado para formulação de uma meta ou objetivo geral no qual deverão ser expressas as dimensões: a) conteúdo: que se refere à “[...] área da vida em que o comportamento vai operar [...]” e b) comportamento: que se refere ao “[...] (...) que o aluno deve fazer com o conteúdo.” (TYLER, 1949; TAPAJÓS, 1998, p.74).

A operacionalização de objetivos se refere à descrição de comportamentos que deverá ser realizada com verbos de ação. Isto significa que o comportamento esperado deverá se tornar observável. Verbos de expressão como “[...] saber, entender, compreender, introjetar, apreciar, aprender, gostar [...]” devem ser banidos dos enunciados dos objetivos. Verbos de ação como: “[...] escrever, construir, fazer [...]” deverão ocupar seu lugar (TAPAJÓS, 1998, p.76).

Os objetivos podem se associar a previsões de mudanças comportamentais em “[...] campos do psiquismo humano.” Como as capacidades humanas se desenvolvem em diversos campos e sentidos “[...] interessando aspectos cognitivos, afetivos, emocionais, biológicos, religiosos, sociais, psicomotores, éticos [...]” dentre outros, existem aproximações na tentativa de sistematizar estes objetivos de acordo com “[...] diferentes aspectos da vivência humana.” Os objetivos poderão ser classificados e harmonizados num plano curricular servindo “[...] como diretórios ricos em cujas fontes pode-se ter idéias para o planejamento de modo geral.” (TAPAJÓS, 1998, p. 85).

Existe uma taxionomia de objetivos educacionais sugerida por Bloom, Krathwohl e Harrow (BLOOM, 1973) que hierarquiza objetivos de acordo com seu aspecto comportamental verificando complexidade, abstração e internalização. Existem domínios na taxionomia de Bloom: a) cognitivo: que se refere a objetivos de cunho intelectual, b) afetivo: onde interessam as “[...] atitudes e o grau de internalização, mais do que afetos ou emoções propriamente ditas [...]”, c) psicomotor: onde se lida com a motricidade e com a execução de atos (TAPAJÓS, 1998, p. 86). Nestes domínios não existe precedência de um sobre o outro, pois “[...] tratam de comportamentos e objetivos diferentes [...]”. Os comportamentos se organizam sob cada um desses domínios (BLOOM, 1973; TAPAJÓS, 1998, p. 87).

No domínio cognitivo considera-se o conhecimento como “[...] base para o início da aprendizagem.” (TAPAJÓS, 1998, p. 88). Não é possível que “[...] comportamentos hierarquicamente superiores [...]” possam ocorrer sem que se

conheçam termos ou teorias previamente (TAPAJÓS, 1998, p. 89). A compreensão se relaciona ao “[...] uso que se faz do conhecimento, seu entendimento e sua percepção.” É a informação processada fazendo sentido. A aquisição de conhecimentos pode ser considerada como o processo, enquanto a compreensão é o produto. A aplicação se relaciona a utilizar “[...] algo de maneira específica ou abstrações em situações particulares ou concretas.” (TAPAJÓS, 1998, p.90). Envolve a capacidade de adaptar o conhecido à nova situação, controlando situações interferentes. O estudante adquire controle sobre o meio e suas características peculiares. A análise se refere a fragmentar o todo em suas partes e listar seus componentes, determinando a natureza da relação entre os elementos. Quando discutimos a história de um paciente, por exemplo, estamos trabalhando com análise.

Em contrapartida, a síntese sugere a união das partes para formar o todo com novas características resultantes do processo cognitivo. A avaliação implica em emitir julgamento e é o corolário dos passos citados anteriormente com objetivos propostos (TAPAJÓS, 1998).

No domínio afetivo podemos considerar o recebimento como ponto de partida para a ocorrência de comportamentos mais complexos. Por meio dele o aluno se conscientiza da comunicação que irá fazer, se presta a ouvir e receber o outro de forma atenta. A responsividade se refere à motivação e interesse por parte do estudante que se percebe curioso e estimulado em realizar determinada tarefa. A valorização está ligada “[...] a um conjunto de valores pessoalmente desenvolvidos [...]” e implicam em atitude. A organização está associada à possibilidade de padronização. Atitudes e valores se confrontam e o estudante se organiza defendendo seus valores. A caracterização se refere a valores singulares que irão estruturar o caráter individualmente. O comportamento será então coerente com o discurso (TAPAJÓS, 1998, p. 92).

A taxionomia de Bloom sugere operacionalização de objetivos, pois é difícil saber se o estudante “[...] compreendeu ou interpretou [...]” de forma efetiva diferentes situações de aprendizado de acordo com as propostas pedagógicas. A psicomotricidade dispensa a operacionalização, pois geralmente se mostra de maneira explícita e pode ser observada facilmente. Esta taxionomia sistematiza objetivos educacionais e se conforma como “[...] estratégia de desenvolvimento e avaliação de objetivos.” Valoriza o explícito, o objetivo, o racional e o lógico em contraposição “[...] ao subjetivo, ao intuitivo, ao expressivo e ao implícito.” (BLOOM, 1983; TAPAJÓS, 1998, p. 92). Nos planejamentos curriculares realizados na FAMEMA a Taxionomia de Bloom é muito

utilizada, relacionando-se à classificação e à harmonização dos planos educacionais da instituição.

A seguir falaremos sobre os componentes do currículo, que devem se organizar para um ensino individualizado, com adaptação do método às características dos estudantes. Abordaremos também aspectos referentes à importância da experiência clínica na formação dos profissionais médicos.

Coll (2003) considera intimamente relacionados os aspectos do currículo que se referem “[...] ao que ensinar, quando ensinar e como ensinar.” Na elaboração do projeto curricular, opções a respeito de como ensinar devem permear todo o processo, guiando o caminho que deve ser seguido (COLL, 2003, p. 132).

Um método de ensino único, aplicado a todos os alunos, deve ser evitado quando estamos interessados em promover um “[...] ensino individualizado que observa as diferenças entre os estudantes.” (COLL, 2003, p. 133). Quando utilizamos um método, com conteúdos e objetivos iguais para todos os estudantes, corremos o risco de deixar para fora do processo os indivíduos que não conseguem obter resultados satisfatórios em relação às aprendizagens sugeridas. Esses alunos “[...] com competência e aptidões insatisfatórias [...]” precisam passar pelo processo de educação mais de uma vez até conseguirem os resultados esperados (COLL, 2003, p. 134).

Individualizar os tempos dos alunos no ambiente escolar pode trazer benefícios aos estudantes que precisam de um tempo maior para aprender e atuações complementares podem ajudar a compensar as dificuldades dos estudantes para que alcancem os níveis solicitados, desenvolvendo atitudes, aptidões e hábitos exigidos e considerados adequados. “A verdadeira individualização consiste em adaptar os métodos de ensino às características individuais dos alunos.” (COLL, 2003, p. 135).

A autonomia e responsabilidade delegada aos alunos nas tarefas de aprendizagem podem influenciar “[...] o resultado das aquisições bem como o nível de conhecimento prévio relevante para o novo conteúdo de aprendizagem.” (COLL, 2003, p. 136).

A experiência clínica tem fundamental importância na formação dos médicos. Os currículos das escolas de medicina poderiam privilegiar “[...] a aquisição dessa experiência nas atividades oferecidas [...]” durante o curso “[...] e discutir as possibilidades de êxito nesse propósito por meio da incorporação do PBL como metodologia pedagógica.” (REGO, 1998, p. 36).

A histórica divisão entre educação e trabalho produziu dois universos com dificuldades de comunicação entre si, “[...] o mundo ilustrado e o mundo do trabalho.” Durante o período do capitalismo liberal a universidade tinha o papel de transmitir uma cultura que preparasse seus alunos para dirigir a sociedade. Hoje não assistimos a “[...] uma correspondência estável entre oferta e demanda de trabalho.” A escola médica precisa planejar seu sistema educativo para formar profissionais que possam suprir as necessidades do mercado de trabalho, cada vez mais exigente (REGO, 1998, p. 37).

Quando nos referimos ao currículo não queremos apenas falar sobre os documentos por meio dos quais os professores definem seus programas a serem percorridos durante o ano letivo. Existe também um currículo oculto “[...] que se refere às experiências vivenciadas no cotidiano escolar, embora não prescritas formalmente em um texto escrito.” A incorporação de valores e da cultura médica podem ser exemplos de currículo oculto. São “[...] estímulos que o estudante recebe sem que tenham sido [...] planejados.” (REGO, 1998, p. 38).

A escola médica, enquanto organização social, tem fundamental importância na formação do aluno, pois a aprendizagem do estudante de medicina não se dá apenas pela observação de padrões ou exemplos explícitos, mas pelo envolvimento com determinados grupos de médicos, demais estudantes e pacientes que constituem, em seu conjunto, a escola de medicina (REGO, 1998).

Da prática regular do trabalho em saúde e dos estágios oferecidos pela escola médica emergirá o futuro profissional de saúde, que adquire na escola a “[...] segurança para iniciar-se efetivamente na prática da profissão que escolheu.” Os estágios extracurriculares são muito encorajados em nosso meio e “[...] fazem parte do processo de formação de nossos alunos.” (REGO, 1998, p. 39).

A experiência clínica dá ao médico um conhecimento que ele não pode adquirir por meio do estudo acadêmico. Ele precisa “[...] observar o fenômeno clínico e lidar com os problemas clínicos diretamente.” Essa experiência pode legitimar ou até contraindicar “[...] procedimentos que tenham sido estabelecidos cientificamente.” Essa experiência pode ser adquirida somente por meio da prática e “[...] está ligada ao conceito de que a Medicina é uma Arte, antes de ser uma Ciência.” (REGO, 1998 p. 42).

Com relação ao “[...] treinamento prático e desenvolvimento de habilidades específicas a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas traz algumas inovações.” Currículos integralmente baseados no PBL trazem vantagens em relação ao

ensino tradicional, especialmente “[...] aquelas decorrentes da relação pedagógica, cujo foco principal centra-se no aluno e não no docente.” As influências do construtivismo sugerem que os estudantes se envolvam com a realidade e com o ambiente clínico, construindo relações significativas, com sucesso na educação de adultos nos locais onde foi aplicado. O ensino aprendizagem no PBL parte do pressuposto de que o conhecimento pode ser construído a partir da interação do estudante com o ambiente. “O conhecimento prévio e entendimento pessoal do mundo [...]” precisam ser considerados nesse método “[...] que possibilita ao aluno a experiência de aprender fazendo” que tem relação direta “[...] com a realidade e com o ambiente clínico.” (REGO, 1998, p. 45).

As mudanças no currículo propostas pelo PBL podem trazer adversidades como necessidade de mudanças com “[...] transformações significativas no comportamento de estudantes e docentes [...]”. Os docentes precisarão “[...] de uma carga horária maior para ensinar um mesmo conteúdo [...]”, tendo que “[...] resistir à tendência tradicional de dar uma ‘aula’ sobre o tema [...]”. Como existem discussões em pequenos grupos, serão “[...] necessários mais docentes para cumprir o mesmo conteúdo [...]”, além de serem necessários vários treinamentos para que os docentes desempenhem o papel de facilitadores (REGO, 1998, p. 46).

Os currículos PBL estimulam a autonomia dos alunos e podem vir “[...] a suprir as necessidades dos estudantes em relação à aquisição de sua experiência clínica.” Os estudantes trocam a posição de espectadores pela de sujeitos nas ações de saúde, articulando teoria à prática e participando ativamente no processo de ensino-aprendizagem (REGO, 1998, p. 47).

Procurar resolver os problemas de saúde da população buscando parcerias entre a escola e a sociedade, utilizando as questões mais prevalentes e importantes para fundamentar o aprendizado dos alunos, faz parte da orientação do currículo do curso médico para a comunidade na Faculdade de Medicina de Marília (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

O estudante do curso de medicina da FAMEMA se insere nos serviços de saúde desde a primeira série desenvolvendo habilidades profissionais nas Unidades de Prática Profissional (UPPs), além de integrar conteúdos das diferentes disciplinas nos módulos teóricos transcurriculares. Unidades educacionais organizam o currículo do curso de medicina “[...] baseado em problemas, centrado no estudante e orientado à comunidade.” (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003, p. 13).

O professor é responsável por facilitar a aproximação do estudante com os conteúdos das unidades educacionais, em pequenos grupos. Os problemas ou situações de saúde são apresentados aos estudantes, que trazem ao grupo seus conhecimentos prévios, a partir dos quais se dá a construção do novo conhecimento (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

A partir do saber individual, trazido pelas vivências dos estudantes, são criadas questões de aprendizagem pelo grupo, com posterior busca de informações realizada por cada integrante, com análise crítica do produto da pesquisa realizada para explicação do problema. Esses problemas são utilizados nas sessões de tutoria e servem de base para a construção do plano de cuidado individual e coletivo (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

Os docentes fazem a supervisão do contato do estudante com o paciente, com as famílias e com a comunidade nos encontros programados nas Unidades de Saúde, onde o aluno é estimulado a desenvolver habilidades profissionais (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

O currículo baseado em competências passou a nortear o aprendizado na FAMEMA a partir do ano de 2004, fundamentado na aprendizagem significativa, colocando o estudante no centro das atividades pedagógicas e investindo na integração entre teoria e prática, sempre respeitando a comunidade como atora nos processos de mudança propostos.

A seguir falaremos sobre a estrutura geral dos currículos na Aprendizagem Baseada em Problemas abordando algumas diferenças em relação aos currículos tradicionais para a formação de profissionais da saúde.

Os currículos na Aprendizagem Baseada em Problemas apresentam diferenças em relação aos “currículos tradicionais”. Os conteúdos das disciplinas fazem parte de módulos ou blocos “[...] que são organizados por sistemas (respiratório, digestivo) ou fases do desenvolvimento (crescimento, envelhecimento, reprodução).” Disciplinas como Pediatria, Clínica Médica, Fisiologia e Anatomia não são mais apresentadas aos alunos de maneira independente. Os problemas são discutidos nas sessões de tutoria que ocorrem com frequência de duas vezes por semana. Essas situações-problemas passam a guiar os blocos, que têm duração aproximada de seis semanas (IOCHIDA, 2004, p. 160).

Existem equipes multidisciplinares responsáveis pela construção dos problemas que se apresentam numa seqüência e se referem aos objetivos de aprendizado eleitos

para cada bloco. Na Aprendizagem Baseada em Problemas, tal como no ensino tradicional, os estudantes podem se aprofundar com maior ou menor intensidade nos assuntos selecionados de acordo com os interesses individuais. Com o aumento crescente do volume de informações nas diversas áreas, torna-se difícil que um currículo abarque todos os assuntos existentes. Uma abordagem profunda dos tópicos selecionados, contextualizada e associada a exemplos retirados da prática, dá mais chances ao estudante de compreender a importância destes temas para o futuro exercício profissional. Ainda que nos currículos PBL não sejam abordados todos os assuntos importantes para o exercício da profissão futura, “[...] o estudante aprenderá como abordar e explorar problemas e situações que se apresentem e como buscar soluções para eles.” (IOCHIDA, 2004, p. 160-161).

Habilidades e atitudes também são desenvolvidas relacionadas aos temas discutidos em cada bloco. Áreas verdes (como são denominadas na FAMEMA) são períodos selecionados para estudo ou para atividades escolhidas individualmente pelos estudantes. Nas sessões de tutoria a frequência é obrigatória. O denominado grupo tutorial conta com dez alunos no máximo e um tutor, docente da instituição de ensino. Um aluno poderá coordenar as discussões para cada problema e um outro poderá assumir o papel de secretário, anotando e resumindo as discussões realizadas pelo grupo.

Após a leitura do problema, na sessão de tutoria, ele será “[...] discutido inicialmente com base nos conhecimentos prévios dos alunos [...]”. Serão criadas questões de aprendizagem e “[...] definidos os objetivos de aprendizagem e temas a serem estudados.” Terminada a sessão ocorrerá a busca de informações. Numa segunda sessão será feita uma socialização das informações trazidas pelos integrantes que serão utilizadas para a resolução do problema. O tutor terá o papel de encorajar a participação de todos os componentes do grupo nas discussões e deverá “[...] ter conhecimento prévio dos objetivos de aprendizado formulados para cada problema, de modo a direcionar as discussões.” Não é necessário que o tutor seja especialista na área onde se enquadra a discussão. Precisa ficar claro para o tutor que ele não deve ‘dar aula’ em nenhuma das atividades de tutoria (IOCHIDA, 2004, p. 161-162).

Na metodologia da ABP o docente cumprirá o papel de facilitador do processo ensino-aprendizagem, afastando-se da missão de transmissor de conhecimentos. Os saberes são construídos pelo grupo e provêm de variadas fontes. Inicialmente pode haver uma crise, na qual o professor pode experimentar um sentimento de perda nessa

nova atuação. Todavia poderá se sentir mais livre após compreender seu novo papel, menos onipotente e mais aberto a novos aprendizados (IOCHIDA, 2004. p. 162).

A avaliação formativa é muito valorizada nos currículos ABP. Os estudantes são sempre informados sobre suas fragilidades e fortalezas, e isso passa a fazer parte do processo de aprendizagem. Os alunos são estimulados a fazerem auto-avaliação e suas opiniões deverão ser utilizadas para melhorias no curso. Os estudantes também avaliam sistematicamente os tutores, os problemas e os blocos (IOCHIDA, 2004).

Nos parágrafos seguintes será abordado o currículo da FAMEMA para o Curso de Medicina em relação à grade interdisciplinar, com a prática profissional presente nos três ciclos do curso médico, articulação dos cursos de Enfermagem e Medicina nas duas primeiras séries e concepção pedagógica da FAMEMA, com referências à Pedagogia da Problematização e à Aprendizagem Baseada em Problemas.

O currículo da FAMEMA para o curso de Medicina busca estender a compreensão do processo saúde-doença para além dos limites físico-químicos apostando na ampliação do modelo biomédico, considerando importante, além da investigação biológica, a análise psicológica e social dos indivíduos (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

A FAMEMA optou pela adoção de um currículo integrado, no qual as disciplinas estão dissolvidas nos módulos compostos por problemas. Os módulos integram os conteúdos e o currículo se torna mais flexível e moderno. Dessa forma o estudante poderá percorrer de maneira individualizada, diversos caminhos na construção do conhecimento e na busca de informações. Os objetivos de aprendizagem influenciam fortemente os caminhos a serem percorridos pelo estudante em cada módulo, pois foram utilizados como referencial na construção dos problemas. Este arranjo favorece a ligação entre disciplinas básicas e clínicas, mas não assegura “[...] a articulação entre as dimensões biopsicossociais, nem a ruptura com a concepção biologicista da saúde.” (FEUERWERKER, 2002, p. 272).

Unidades educacionais interdisciplinares conformam a estrutura curricular da seguinte maneira: [Adaptado de: Figura 1 - Grade curricular do curso médico da Famema em 2005] (BRASIL, 2005 b, p. 5).

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Primeira série: | | |
| Necessidades de Saúde I | | |
| Unidade de Prática Profissional I | | |
| Segunda série: | | |
| Necessidades de Saúde II | | Unidade |
| Unidade de Prática Profissional II | | Educacional |
| | | Eletiva |
| Terceira série: | | |
| O ciclo da vida I | Unidade | O ciclo da vida II |
| Unidade de prática profissional III | Educacional Eletiva | U.P.P III |
| Quarta série: | | |
| Unidade | Apresentações Clínicas I | Apresentações Clínicas II |
| Educacional | | |
| Eletiva | Unidade de Prática Profissional IV | |
| Quinta série: | | |
| Saúde do Adulto I | Emergência e Trauma | Saúde Materno-Infantil I |
| | | Unidade |
| | | Educacional |
| | | Eletiva/Férias |
| Sexta série: | | |
| Saúde do Adulto II | Saúde Materno-Infantil II | Unidade |
| | | Educacional |
| | | Eletiva/Férias |

Os cursos de Medicina e Enfermagem se articulam nas Unidades de Práticas Profissionais (UPP) e “[...] ocorrem de maneira integrada nas duas primeiras séries [...]”, por meio das UES (Unidades Educacionais Sistematizadas), onde são abordados temas específicos, que tratam das necessidades de saúde individuais e coletivas (BRASIL, 2005 b, p. 3).

As necessidades de saúde e os ciclos da vida são focados na terceira série do curso de medicina. Na quarta série ocorrem as apresentações clínicas na saúde da criança, mulher e adulto. A prática profissional, em cenários variados, permeia o processo de ensino-aprendizagem nas três primeiras séries por meio da UPP (Unidade de Prática Profissional). Na quinta e sexta séries se realiza o internato. Da segunda a sexta séries existem as unidades educacionais eletivas, para que o estudante possa buscar se desenvolver em áreas que sejam de seu interesse (BRASIL, 2005 b).

A Famema entende o currículo como “[...] construção coletiva e permanente, na qual estão presentes contradições e conflitos entre diferentes atores, que estabelecem limites, assim como avanços, na implantação de um novo modelo de formação.” Existe

uma atividade intencional e preceitos curriculares presentes nos planos educacionais com reflexos na prática educativa que mostra fortalezas e instabilidades que precisam ser trabalhadas pelos construtores desse currículo vivo (BRASIL, 2005 b, p. 4).

A idéia de estimular o estudante para a construção ativa de seu conhecimento alicerça o conceito sobre o currículo focado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade. Nesse processo os conhecimentos prévios dos estudantes deverão ser valorizados. Os problemas de saúde-doença escolhidos para o estudo e as questões de aprendizagem construídas a partir da ação dos estudantes na prática estimulam o aluno a buscar informações em variadas fontes (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003).

A concepção pedagógica adotada na FAMEMA é híbrida, predominando na orientação do processo ensino-aprendizagem, que ocorre na Unidade Educacional Sistematizada, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e, na orientação do processo ensino-aprendizagem, que ocorre na Unidade de Práticas Profissionais, a concepção Crítico Reflexiva (FEUERWERKER, 2002).

A Concepção Crítico Reflexiva faz a articulação entre a ação, a reflexão (onde se dá a produção do conhecimento) e a nova ação transformadora. Isto significa que a aprendizagem emerge da reflexão sobre as ações práticas quotidianas. Paulo Freire representa no Brasil um dos principais expoentes da Problematização. Para Freire a educação deve despertar no estudante a noção de ser cidadão e o caminho da aprendizagem deve ser definido pelo indivíduo, devendo ser significativo para a coletividade. A aprendizagem emerge de um envolvimento profundo do estudante com a situação enfrentada, que o leva a pensar de forma crítica, analisando a realidade (FEUERWERKER, 2002).

As concepções pedagógicas nesse contexto trabalham com currículos integrados e rechaçam a concepção do ensino por disciplinas, pois o conteúdo, tanto na ABP quanto na Problematização se organiza, fundamentado no enfrentamento de problemas. A diferença entre elas é que na Problematização o problema deve ser real, surgido da prática, dos cenários factuais onde se dá o processo de ensino-aprendizagem, enquanto que na ABP, desde que desafie o estudante, o problema pode ser real ou construído.

A Problematização radicaliza a produção transdisciplinar do conhecimento ao lidar com o confuso e intrincado mundo real. Na ABP os problemas são construídos pelos docentes e carregam com eles a visão disciplinar de cada professor. “É uma

metodologia que pode levar mais facilmente à produção interdisciplinar do conhecimento.” (FEUERWERKER, 2002, p. 271).

A problematização propicia a integração entre as dimensões biopsicossociais e é importante no trabalho com problemas desestruturados que aparecem nos cenários reais. Nesses locais não há controle sobre os temas que se nos apresentam e que podem escapar do formato das disciplinas convencionais, o que se caracteriza como um grande desafio para a interação comunitária (FEUERWERKER, 2002), atualmente denominada UPP (Unidade de Prática Profissional).

A integração “[...] entre teoria e prática, entre as dimensões do processo saúde-doença [...]” e entre as suas várias partes constitui-se no grande desafio enfrentado por este novo currículo (FEUERWERKER, 2002, p. 272).

A seguir, faremos algumas considerações sobre a concepção pedagógica da Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas, pois ambas norteiam as construções curriculares no Curso de Medicina da FAMEMA.

O PBL foi idealizado na Universidade de McMaster (Canadá) na década de 60, seguido de outras experiências como Maastrich (Holanda) e Universidade do Novo México (EUA) trazendo consigo profundas mudanças para a educação médica nas últimas décadas. O método foi utilizado inicialmente por países desenvolvidos e atualmente se difunde em alguns países em desenvolvimento. Dentre eles o Brasil ocupa lugar de destaque, onde o PBL tem conquistado escolas médicas tradicionais e novas faculdades de medicina. A Faculdade de Medicina de Marília, SP, e a Universidade Estadual de Londrina, PR, têm um trabalho pioneiro na graduação, sendo referência para demais escolas médicas que utilizam a Aprendizagem Baseada em Problemas como guia na transformação de seus currículos (MAMEDE; SCHMIDT; NORMAN, 2006; BATISTA et al, 2005).

A educação do homem se abre para novas possibilidades no momento atual, onde vivenciamos a informática e as telecomunicações ocupando lugar de destaque no cenário global. A dinâmica do conhecimento, a produção e organização das ciências precisa ser repensada de maneira ampliada. A participação crítico-reflexiva tem fundamental importância como arcabouço das práticas educacionais que considerem o indivíduo em seu contexto biopsicossocial (BATISTA et al, 2005). Além disso, demandas sociais associadas a um aumento crescente de informações solicitam do profissional de saúde uma formação que leve em consideração além do “[...]”

conhecimento em sua área de especialização, [...] habilidades e atitudes.” (IOCHIDA, 2004, p.153).

O trabalho em equipes multidisciplinares, o entendimento da determinação social dos problemas de saúde, a interação com usuários dos serviços de saúde e a cooperação com os colegas são capacidades cada vez mais exigidas pelo mercado para os profissionais de saúde na atualidade (IOCHIDA, 2004). O modelo de ensino tradicional, centrado no professor e na transmissão do conhecimento, tem mostrado fragilidades na formação de profissionais de saúde para suprir estas demandas. As metodologias problematizadoras entendem que o conhecimento pode ser construído a partir da “[...] apropriação da informação e explicação da realidade [...]” surgindo “[...] como alternativas ao ensino tradicional.” (IOCHIDA, 2004, p.154).

O PBL opera para promover um aprendizado construtivo, colaborativo, auto-dirigido e contextual. Ciências básicas e clínicas podem ser abordadas de maneira integradora por meio da estratégia denominada grupo tutorial que demonstra efeito potencial em promover a ativação do conhecimento prévio, a recordação das informações, o aprendizado construtivo, colaborativo e a motivação dos estudantes (MAMEDE; SCHMIDT; NORMAN, 2006).

Os currículos PBL procuram arranjar uma aprendizagem de natureza contextual, estimulando a relação entre o problema de papel e ocorrências clínicas reais vivenciadas pelos estudantes em diversos cenários cotidianos. Por conta disso é importante que a confecção dos problemas a serem discutidos com os estudantes seja baseada em casos atendidos pelos acadêmicos (MAMEDE; SCHMIDT; NORMAN, 2006).

Quanto aos estudantes, ao ingressarem num curso superior, geralmente provêm de escolas que utilizam métodos tradicionais de ensino-aprendizagem onde os conhecimentos são transferidos passivamente aos alunos por meio de aulas expositivas. O modelo pedagógico do PBL sugere atuação ativa do aprendiz na produção do seu conhecimento sendo natural que experiências de aprendizado anteriores exerçam influência em seu novo contexto de estudo (MAMEDE; SCHMIDT; NORMAN, 2006).

A formação de profissionais de saúde traz consigo desafios e perspectivas devendo ocorrer de maneira interdisciplinar. Ela envolve sujeitos que fazem parte de contextos políticos, sociais e educacionais, que são capazes de intervir e agir de maneiras distintas de acordo com seus compromissos. Na problematização o indivíduo constrói o conhecimento se apropriando de informações e explicando a realidade, que está presente em todo o processo de aprendizagem (BATISTA et al., 2005).

Na problematização se dá direcionamento e significado às aprendizagens por meio da inserção crítica na realidade de onde são extraídas as situações problemas. O contexto, aspectos pessoais, interações entre aprendizes e facilitadores deverão ser considerados no movimento de ação-reflexão-nova ação. É necessário se observar a realidade, que servirá de arcabouço para a construção do problema, apontar pontos principais, sugerir soluções e aplicá-las à realidade (BATISTA et al., 2005).

Temas relacionados com a vida em sociedade são oportunos para serem trabalhados por meio da metodologia da problematização que pode ser desenvolvida em etapas. Num primeiro momento deve ocorrer a “observação da realidade” social pelos estudantes a partir de um tema. O facilitador deve sugerir um olhar atento por parte dos estudantes e um registro sistematizado do fragmento da realidade percebido e no qual o tema está sendo vivenciado. Questões gerais podem ser criadas para ajudar “[...] a focalizar e não fugir do tema.” (BERBEL, 1998, p.142).

Necessidades, divergências e dificuldades se transformarão em problemas, serão problematizadas. Um desses problemas, ou alguns deles, poderão ser escolhidos para estudo do grupo. Existe uma outra possibilidade relacionada à distribuição de problemas para cada um dos pequenos grupos. O facilitador poderá ajudar a redigir o problema que será a base para a construção das outras etapas do estudo (BERBEL, 1998).

Numa segunda etapa são elencadas potenciais causas para manutenção do problema em questão. Nesta fase os alunos geralmente percebem que problemas sociais são complexos e causados por múltiplos fatores. A seguir serão questionados os determinantes maiores dos problemas, o que leva os estudantes a reflexões sobre a forma como são dispostas as variáveis que intervêm nos problemas. Este encadeamento de coisas suscita um estudo mais abrangente do problema a caminho de sua resolução. Os estudantes analisam o problema de maneira reflexiva e são encorajados a produzir uma nova síntese, onde são eleitos pontos cruciais em relação ao problema para compreensão mais aprofundada “[...] e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo, ou desencadear passos nessa direção.” Itens poderão ser selecionados nesta fase e serão denominados pontos-chaves para serem desenvolvidos numa próxima etapa (BERBEL, 1998, p.143).

Na terceira etapa denominada teorização, os estudantes partem para a busca de informações, orientados pelos pontos-chaves previamente definidos. São variadas as fontes para esta busca: entrevistas, jornais, revistas, livros, pesquisas publicadas, aulas e palestras, dentre outras possibilidades. Na etapa “hipóteses de solução” os estudantes

pensam sobre o que pode ser feito para que o problema seja solucionado. Na etapa “aplicação à realidade” as “[...] decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas.” Esta última etapa colabora para inserção do componente acadêmico modificando a realidade comunitária onde se insere. Berbel comenta que o Arco de Maguerez se completa nesta ação-reflexão-ação, ou denominando de outra forma: prática-teoria-prática, na qual o processo de ensino-aprendizagem parte da realidade social, reflete sobre ela e retorna a ela, com possibilidades de transformá-la (BERBEL, 1998, p. 144).

A metodologia da problematização parte de um problema encontrado na realidade, seleciona e organiza intencionalmente etapas “[...] de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes [...]” voltando-se “[...] para a realização do propósito [...]” de “[...] preparar o estudante / ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo [...] para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem.” (BERBEL, 1998, p. 144).

A proposta curricular da Aprendizagem Baseada em Problemas centra o aprendizado no aluno e tem a finalidade de fazer com que o estudante se aproxime de determinados conteúdos, predominando a integração de disciplinas. É uma metodologia formativa, pois encoraja atitudes ativas por parte do estudante na busca do conhecimento afastando-se do caráter meramente informativo ocorrente na prática tradicional (BERBEL, 1998).

É selecionada uma quantidade de situações que o estudante precisa dominar. Após análise minuciosa, serão determinados quais conhecimentos o estudante deverá dispor para cada situação. Daí sairão os temas de estudo que serão transformados em problemas para discussão em grupo (BERBEL, 1998).

A Faculdade de Medicina da Universidade de Maastricht na Holanda sugere que a construção do problema deve:

1. consistir de uma descrição neutra do fenômeno para o qual se deseja uma explicação no grupo tutorial; 2. ser formulado em termos concretos; 3. ser conciso; 4. ser isento de distrações; 5. dirigir o aprendizado a um número limitado de itens; 6. dirigir apenas a itens que possam ter alguma explicação baseada no conhecimento prévio dos alunos; 7. exigir não mais que em torno de 16 horas de estudo independente dos alunos para que seja completamente entendido de um ponto de vista científico (complementação e aperfeiçoamento do conhecimento prévio). (SAKAI; LIMA, 1996, p. 4).

Habilidades psicomotoras, por exemplo, saber realizar as manobras de palpação do fígado, devem ser desenvolvidas em conjunto com a resolução dos problemas, por exemplo, saber a fisiopatologia da esteatose hepática, ou de alguma patologia que provoque um aumento no volume hepático. “A esfera cognitiva do currículo PBL deve garantir que o aluno [...]” possa entrar em contato com “[...] situações suficientes para se capacitar a procurar o conhecimento por si mesmo quando se deparar com uma situação problema ou um caso clínico.” (BERBEL, 1998, p. 146).

Na aprendizagem baseada em problemas são oferecidas aos estudantes, reunidos em pequenos grupos e supervisionados por um tutor, situações previamente construídas que descrevem fenômenos ou eventos (BATISTA et al., 2005). O grupo tutorial conta com o tutor e mais 8 a 10 alunos. Os alunos rodíziam entre si os postos de coordenador e secretário, a cada sessão, de forma que todos eles passem por estas funções (BERBEL, 1998, p. 146). As situações deverão ser analisadas pelo grupo que contará com seus conhecimentos prévios para procurar “[...] entender os processos subjacentes, surgindo as interrogações.” Os questionamentos “[...] constituem os objetivos do aprendizado e servirão como conteúdo de estudo individual e coletivo.” (BATISTA et al., 2005, p.232) Após a busca de informações os estudantes discutem novamente o problema procurando entendê-lo. Neste passo o tutor opera facilitando a compreensão e ajudando na reflexão sobre o problema. São construídos caminhos de aprendizagem e elaboradas sínteses com a ajuda do facilitador rumo ao novo conhecimento (BATISTA et al., 2005).

Percebemos que a discussão de um problema se dá em duas etapas. Uma primeira, na qual o problema é apresentado aos alunos que constroem “[...] objetivos de aprendizado a partir da discussão [...]” gerada por eles próprios e uma segunda etapa que ocorre “[...] após estudo individual realizado fora do grupo tutorial, [...]” onde “[...] os alunos rediscutem o problema à luz dos novos conhecimentos adquiridos.” (BERBEL, 1998, p. 146).

Existem sete passos a serem desenvolvidos pelo grupo tutorial, que devem ocupar cerca de quatro manhãs ou tardes para serem completados. Após este trabalho, o grupo poderá se ocupar do próximo problema. São eles:

1. Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos;
2. Identificação dos problemas propostos pelo enunciado;
3. Formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados no passo anterior (os alunos se utilizam desta fase dos conhecimentos de que dispõem sobre o assunto);
4. Resumo das hipóteses;
5. Formulação dos objetivos de aprendizado (trata-se da identificação do que o aluno deverá estudar para

aprofundar os conhecimentos incompletos formulados nas hipóteses explicativas); 6. Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizado; 7. Retorno ao grupo tutorial para rediscussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior. (BERBEL, 1998, p. 147)

Algumas circunstâncias são consideradas necessárias na aprendizagem de adultos e serão importantes para a Aprendizagem Baseada em Problemas tais como: conhecimentos prévios que deverão ser utilizados na construção dos novos conhecimentos; a informação que deve ser acessada e reconstruída para que o estudante possa se apropriar dos novos saberes; cenários diferentes que podem facilitar a construção do novo conhecimento; condições sócio-educativas e projetos pessoais que devem ser considerados quando se deseja motivar para aprender; a prática que deve ser considerada importante para a construção da aprendizagem (BATISTA et al., 2005).

Nos parágrafos a seguir falaremos sobre o currículo por competências, avaliação de competências e sobre as situações-problema na FAMEMA, que estimulam o estudante a tomar decisões, assumindo posições fundamentadas em compromissos com a melhoria da saúde das pessoas. Iniciaremos resgatando a noção de competência.

A partir de meados da década de 80, nos países capitalistas mudanças tecnológicas e de organização do trabalho trazem tendências para o mundo produtivo como “[...] flexibilização da produção e reestruturação das ocupações, integração de setores da produção, multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores [...]” com valorização de saberes dos trabalhadores não ligados ao conhecimento formal (RAMOS, 2002, p. 37-38).

A noção de competência surgida naquela época, atendia aos propósitos de: a) reordenar a compreensão da relação trabalho-educação, b) institucionalizar novas formas de educar os trabalhadores, c) formular padrões de identificação da capacidade real do trabalhador para determinada ocupação. A noção de competência é entendida como “[...] a expressão de uma metamorfose do conceito de qualificação na sua conotação produtivista” sendo a qualificação considerada como um “[...] conceito central na relação trabalho-educação.” (RAMOS, 2002, p. 40).

A reestruturação produtiva, processo inaugurado com o aparecimento das novas tecnologias e sistemas de organização do trabalho, traz novas características à qualificação, entendida agora como algo que antecede a eficiência produtiva deixando de organizar relações de formação e de trabalho e sendo substituída pela idéia de competência (RAMOS, 2002).

A eficiência produtiva valoriza os conteúdos do trabalho que vão além do prescrito e além das qualidades individuais reveladas pelo conjunto dos saberes e pelo saber-fazer colocando em prática, acima “[...] das aquisições de formação [...] dará valor aos atributos pessoais, potencialidades, desejos e valores.” A competência passa a ser a referência para o processo de trabalho no sentido prático e relacional (RAMOS, 2002, p. 53).

Existem saberes aprendidos por meio da experiência subjetiva, de difícil transmissão pela “[...] linguagem explícita e formalizada.” São saberes tácitos ou silenciosos, que resistiram à automatização e, por isso, são importantes para controlar os autômatos. Estes saberes embasam a experiência da qualificação adquirida por antiguidade em determinado posto. Além dos saberes tácitos existem as qualificações-chave transferíveis. São amplas e envolvem capacidade de associação de dados e informações e tomada de decisão frente a situações complexas. Valorizam senso de responsabilidade, espírito crítico e autoconsciência. A qualificação real do trabalho será resultado da soma entre saberes tácitos e qualificações-chave, que incluem qualificações sociais. Os processos de inovações produtivas valorizam a subjetividade do trabalho (RAMOS, 2002, p. 58).

Neste mesmo sentido, Perrenoud nos diz que existe uma dimensão tácita de nosso conhecimento, isto é, daquilo que sabemos e que não conseguimos colocar para o outro na forma de linguagem corrente ou escrita. Esta dimensão funciona como alicerce para os conhecimentos que conseguimos explicitar. Um acrobata, por exemplo, poderá se demonstrar competente ao se apresentar em determinado número, embora não consiga dizer com palavras sobre a ação que realizou (PERRENOUD, 2002).

Na escola, enfatiza-se a dimensão explícita do conhecimento, que é avaliada e discutida, enquanto a motivação e os elementos silenciosos que sustentam os conteúdos são colocados em segundo plano. Estimular que o indivíduo mobilize seus conhecimentos valorizando seus saberes tácitos faz parte do trabalho do facilitador que entende a competência “[...] como a capacidade de mobilização [...] do conhecimento para realização dos projetos pessoais [...]” e aproveitamento das potencialidades individuais (PERRENOUD, 2002, p. 148).

A competência valoriza “[...] a implicação subjetiva no conhecimento [...] e desloca a atenção para a atividade, o comportamento e os saberes tácitos dos trabalhadores.” Ela se associa a conceber o trabalho baseado na “[...] flexibilidade e na reconversão permanente [...]” na qual serão importantes atributos a “[...] autonomia,

responsabilidade, capacidade de comunicação e polivalência.” O indivíduo com qualificação experimental é capaz de: “[...] gerir individualmente ou coletivamente os processos de trabalho, [...] atendendo [...] aos objetivos fixados, superando os disfuncionamentos que contrariam a realização.” (RAMOS, 2002, p. 66).

Os atributos (conhecimentos, valores e habilidades) são colocados em movimento para que o estudante considere a situação na qual se encontra, “[...] conferindo às competências uma dimensão relacional.” O contexto e a cultura do local de trabalho serão valorizados nesta abordagem. Ética e valores são considerados elementos do desempenho competente, que pode assumir diferentes formas de expressão. Conhecimentos gerais, profissionais e experiência no trabalho farão parte na abordagem holística de competência e o currículo deve integrar “[...] conhecimentos, habilidades e atitudes necessários em um determinado contexto.” A noção de competência integra atributos com o desempenho. Ela abrange conhecimento, habilidades e atitudes, num contexto de tarefas reais selecionadas (RAMOS, 2002, p. 99-100).

A aprendizagem se dá num ambiente, com um encadeamento cultural específico e o currículo precisa “[...] combinar a base de conhecimentos específicos com as exigências da prática [...]” levando em conta o “[...] domínio afetivo [...]”, procedimentos e proposições. Os estudantes desenvolvem competências quando resolvem problemas verdadeiros. Quando a sua prática se compara com a de outros trabalhadores mais experientes. Dessa forma “[...] métodos baseados em problemas são métodos de competência por excelência [...]” pois procuram reunir “[...] conhecimentos, habilidades e atitudes em situações genuínas ou próximas da realidade.” (RAMOS, 2002, p. 101).

As competências são entendidas por Berger (2000) como “[...] ações e operações mentais de caráter: cognitivo, sócio-afetivo ou psicomotor, que mobilizadas e associadas a saberes teóricos e experiências geram habilidades, ou seja, um saber-fazer.” (BERGER, 2000, p. 5).

As competências relacionam o conjunto de conhecimentos tácitos aos explícitos. Elas envolvem “[...] mobilizar, interagir e mediar [...]” expressando-se por meio de habilidades correlacionadas, tomadas como critérios de desempenho. O agir competente está relacionado à autonomia, à atuação em situações não previstas, a mobilizar conhecimentos, informações e hábitos para aplicá-los em situações reais, individualmente e em conjunto com a equipe de trabalho (RAMOS, 2002, p. 165).

Como forma subjetivada do conhecimento, a competência tem um papel marcante na adaptação do indivíduo aos sistemas marcados por desequilíbrio. “A competência é a noção da subjetividade, mas também da alteridade, do imediato, do efêmero, do instável.” Ela adapta o indivíduo à instabilidade da vida, pois ajuda a entender a realidade construindo instrumentos simbólicos para interpretá-la e modelos significativos para projetos pessoais (RAMOS, 2002, p. 294).

A construção de currículos por competência e dos seus processos de avaliação pode estar voltada para o fazer, onde serão valorizados resultados e tarefas. Pode também se voltar para o saber, onde serão importantes as capacidades cognitivas, ou para a prática profissional, onde se mobilizarão atributos no cumprimento das tarefas fundamentadas em padrões de excelência construídos socialmente (LIMA, 2004).

A abordagem dialogal do conceito de competência conecta e complementa tarefas e critérios de excelência determinados socialmente aos atributos e ao contexto. Dessa forma o indivíduo poderá mobilizar suas potencialidades afetivas, cognitivas e psicomotoras de diferentes formas para cumprir tarefas importantes que caracterizam determinada carreira em diferentes situações quotidianas (LIMA, 2004).

A prática profissional se torna, ora cenário para avaliação dialogal da competência e ora objeto de transformação de si mesma e das organizações onde o trabalho deve ocorrer de maneira crítica e reflexiva (LIMA, 2004).

O processo educativo é dotado de uma intencionalidade que vai ao encontro dos valores e ideologias característicos de determinada sociedade. Discutir padrões de excelência e competência para o exercício de determinada profissão pode ampliar e fortalecer a pesquisa sobre os papéis sociais e ideologias vigentes (LIMA, 2004).

Os desempenhos se traduzem na ligação entre o profissional e o trabalho. Eles integram as tarefas realizadas de acordo com um padrão de excelência em função dos atributos mobilizados em determinada situação. “A competência sintetiza o perfil profissional em relação à sua prática constituindo-se num juízo de valor.” Ela poderá ser observada de maneira indireta, isto é, ser inferida pela análise da prática profissional representada pela avaliação dos desempenhos (LIMA, 2004, p. 125).

Por exemplo, no formato 6 (F6), em anexo, para verificar o desempenho do estudante na tarefa: “Planejamento da consulta”, deverá ser observado se ele buscou informações relevantes, explorando recursos disponíveis em informações secundárias: oral e documental (prontuários, referência, contra-referência e exames), e se o estudante

prioriza e focaliza o atendimento segundo as necessidades já identificadas (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2007).

As tarefas essenciais darão a noção do campo de atividade para determinada profissão. Grupos de tarefas-chave podem representar áreas de competência para configurar uma atividade profissional. Não deve haver diferenças de valores ou hierarquia entre as áreas de competência (LIMA, 2004).

Padrões de excelência, contexto, atributos e tarefas deverão ser utilizados na manifestação e análise das áreas de competência, pois sua certificação habilitará o indivíduo para trabalhar naquela carreira ou especialidade, sendo importante o alcance desses elementos (LIMA, 2004).

Para Roegiers (2004) o desempenho se refere “[...] ao lugar de produção da tarefa, e a competência, ao lugar de formação.” Realizar determinada tarefa sem precisar o seu grau de êxito está relacionado ao desempenho, em linguagem científica. Adquirir “[...] nível de êxito em uma prova [...]” nos leva à leitura de desempenho para a linguagem comum. Por exemplo: o médico obteve tal desempenho em determinado concurso público. Profissionalmente o desempenho pode designar um “[...] nível de alcance de objetivos [...] em relação a uma obrigação de resultados [...]” instigando a concorrência entre indivíduos que procuram superar os outros a qualquer preço. Neste sentido, o bom desempenho de um, está relacionado ao mau desempenho do outro. Cria-se uma medida entre os desempenhos com uma condenação aos inferiores (ROEGIERS, 2004, p.17).

A competência equipara e confronta o indivíduo a ele próprio. Ela valoriza cada vez mais o termo “competências coletivas” que traduzem “[...] as competências de uma equipe, de um grupo.” (ROEGIERS, 2004, p. 17).

A lei da excelência sugere que a pessoa se torne cada vez melhor, para se manter estável e segura, governada pela busca excessiva do desempenho. De forma contrária, a competência subsidia a realização individual introduzindo o indivíduo social e profissionalmente nos locais onde é solicitada sua evolução (ROEGIERS, 2004, p.17).

Integrar aquisições “[...] consiste, para o aprendiz, em articular diferentes aquisições visando mobilizá-las na prática.” A tarefa de integrar aquisições é pessoal, não podendo ser realizada pelo professor ou por outro aluno (ROEGIERS, 2004, p. 19).

A competência se caracteriza por “[...] mobilizar diferentes capacidades e conteúdos diversos [...]” (ROEGIERS, 2004, p.44) que deve se realizar na prática. Para sermos competentes devemos ser capazes de “[...] integrar um conjunto de coisas que

aprendemos.” (ROEGIERS, 2004, p.45). Toda a competência deve ser encarada “[...] em uma óptica de integração.” Os estudantes, além dos profissionais, “[...] devem aprender a mobilizar diversos conhecimentos e capacidades na prática.” Em situações de integração significativa pode-se verificar o exercício de uma competência. Nestas situações problemas concretos poderão ser resolvidos. O estudante poderá mostrar “[...] sua capacidade de mobilizar diferentes aquisições de maneira eficaz, operacional: ela visa assim, a dar sentido às aprendizagens.” A aprendizagem em termos de competências não se contenta apenas em “[...] ensinar aos alunos um grande número de saberes separados [...]”, mas os impele a “[...] mobilizar os saberes em situações significativas.” (ROEGIERS, 2004, p.45).

Existem três componentes relacionados à competência: conteúdo, capacidade e situação. A competência alberga capacidades ordenadas em conjunto, exercidas sobre os conteúdos numa determinada situação para resolver problemas.

Para Perrenoud a competência deve se apoiar em três características: “[...] tomada de decisão, mobilização de recursos e saber agir, enquanto construção, coordenação e articulação de esquemas de ação ou de pensamento.” Ser competente é ser investido de uma atribuição ou investir-se dela para tomar decisão sobre algo. A competência diz respeito “[...] especialmente ao mundo do trabalho.” Ela implica em coragem para estabelecer juízo nas dúvidas, abertura para aperfeiçoar-se a cada momento. Corrigir-se diante das diversas faces de um contexto, emitir opinião, optar diante dos embates que se nos apresentam (PERRENOUD, 2002, p. 122). Neste sentido, as situações-problema podem estimular o estudante a tomar decisões, assumindo posições fundamentadas em compromissos com a melhoria da saúde das pessoas (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2006, p. 3).

Nos anos iniciais da escola, contamos com professores de crianças. “Da segunda metade do ensino fundamental em diante tornamo-nos professores de disciplinas.” No mestrado e doutorado a orientação mais personalizada volta a nos acompanhar. No correr do tempo escolar restará aquilo que conseguimos contextualizar de forma interdisciplinar. Estas foram competências pessoais que desenvolvemos silenciosamente por meio das disciplinas. Isto explica porque entre nós encontramos médicos que se transformaram em administradores, engenheiros que trabalham como vendedores e por que cada vez mais se torna importante ter um diploma de nível superior seja ele qual for (PERRENOUD, 2002, p. 153). A criatividade é pessoal e não está relacionada a se ter conhecimento sobre uma quantidade maior ou menor de disciplinas. É uma necessidade

para “[...] uma vida significativa.” O que se propõe é uma inversão de foco, onde as disciplinas devem operar de maneira silenciosa e onde se dará maior valor ao desenvolvimento das competências pessoais. Nesta proposta os conteúdos e instrumentos terão valor secundário no desenvolvimento de cada competência (PERRENOUD, 2002, p. 154).

Em uma prática reflexiva é importante “[...] assumir a regulação de nossas ações e gerenciar nossas escolhas, balizadas por objetivos definidos [...] a partir do conhecimento construído (PERRENOUD, 2002, p. 174). A reflexão pessoal e o autoconhecimento devem dar nova dimensão às novidades que aprendemos. O aluno precisa desenvolver uma consciência de cidadania e nossas ações educativas devem propiciar que os estudantes exercitem suas potencialidades sendo criativos nas propostas de soluções “[...] a partir da conjugação de crenças, valores e saberes.” Buscar as necessidades de aprendizagem de nossos estudantes e trabalhar com vistas a atendê-las pode ser um importante passo no desenvolvimento de nossas competências (PERRENOUD, 2002, p. 175).

Vimos anteriormente que a construção dos currículos por competência pode estar voltada para o saber, onde serão importantes as capacidades cognitivas ou para a prática profissional onde atributos serão mobilizados no cumprimento de tarefas fundamentadas em padrões de excelência construídos socialmente (LIMA, 2004). Nos parágrafos seguintes abordaremos a Unidade de Prática Profissional, que traz os Cursos de Medicina e Enfermagem integrados em suas duas primeiras séries.

Na FAMEMA, os estudantes dos Cursos de Medicina e Enfermagem desenvolvem capacidades ou atributos para pôr em prática as tarefas-chave com domínio e autonomia crescentes de acordo com a série cursada. A partir de 2004 as duas séries iniciais dos cursos de medicina e enfermagem passaram a freqüentar dez unidades de saúde da família no município de Marília, na chamada Unidade de Prática Profissional (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2004a, p. 9).

Esses estudantes desenvolvem atividades educacionais em grupo de doze alunos, sendo oito do curso de medicina e quatro do curso de enfermagem, supervisionados por um docente de medicina e outro docente de enfermagem. As microáreas na Estratégia de Saúde da Família são divididas entre duplas ou trio de estudantes que realizam “[...] visitas domiciliárias para identificar as necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade.” (MARIN et al., 2007, p. 92).

Nas unidades de saúde da família os estudantes da UPP 1 e 2 têm contato direto e programado com as pessoas da área atendida e com a equipe da estratégia de saúde da família, o que dá a eles a oportunidade de exercitar atributos ou capacidades ligadas às áreas de competência: vigilância à saúde e gestão, além de organização do trabalho em saúde. Na área de vigilância à saúde o estudante poderá identificar as necessidades de saúde da população por meio das visitas domiciliares, estabelecer vínculos de responsabilidade pelo atendimento de determinada quantidade de pacientes e famílias (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2004a).

A aprendizagem dos estudantes participantes da UPP 1 e 2 se dá num cenário real da estratégia de saúde da família. Ocorre, portanto, na prática, sob a supervisão de um docente médico e de outro docente enfermeiro, que trabalham como facilitadores, num aprender menos sistematizado, com menor controle prévio. O programa e as atividades desenvolvidas se norteiam pelas necessidades de saúde das pessoas atendidas e pelas necessidades de aprendizagem trazidas pelos estudantes de acordo com as tarefas-chave ou desempenhos fixados para a série (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2004a).

O raciocínio clínico epidemiológico, o entendimento do processo saúde-doença e a identificação das necessidades de saúde das pessoas são conteúdos discutidos e investigados nas unidades sistematizadas da primeira e segunda séries dos cursos de medicina e enfermagem. Isso significa que o estudante poderá estabelecer relações entre os desempenhos ou tarefas-chave executados na prática e as situações simuladas nos problemas de papel das unidades integradas (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2004a).

O laboratório de práticas profissionais, espaço onde se dá a simulação da prática profissional num ambiente “[...] sistematizado de aprendizagem, orientado à avaliação de desempenho dos estudantes e apoio ao desenvolvimento de capacidades para o exercício profissional, num ambiente mais protegido [...]”, está conectado à UPP 2. As duplas de estudantes podem trazer necessidades particulares, apontadas nas avaliações, para que atributos ou capacidades possam ser desenvolvidas com pacientes simulados e seu desempenho seja avaliado (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2004a, p. 10).

Na Unidade de Prática Profissional, a atitude reflexiva por parte do estudante é encorajada e registrada nos portfólios, sobre os quais falaremos nos parágrafos seguintes.

A estruturação das ações, das tarefas e da própria aprendizagem do estudante dos Cursos de Medicina e Enfermagem, ocorre de maneira individualizada, contínua e reflexiva na FAMEMA, com a ajuda dos portfólios reflexivos utilizados pelos estudantes para anotações sobre suas impressões diárias nas USFs (Unidades de Saúde da Família) e UBSs (Unidades Básicas de Saúde) e entregues aos professores semanalmente.

As narrativas dos portfólios têm um enfoque formativo, continuado e reflexivo, onde o estudante e o professor podem se dar conta da complexidade que envolve o processo de formação, comparar análises realizadas em diferentes momentos e refletir sobre suas inscrições e sobre seus papéis (SÁ-CHAVES, 2000).

Donald Schön defende perspectivas de formação que compreendem a prática como uma das possíveis fontes de conhecimento. Em sua obra “Educando o Profissional Reflexivo, um novo design para o ensino e a aprendizagem”, publicada no ano de 2000, o autor se dirige aos indivíduos “[...] que se preocupam com a educação para a prática reflexiva [...]” e aos interessados “[...] pelos fenômenos complexos da competência prática [...] e pelos processos [...]” por meio “[...] dos quais eles são, às vezes, adquiridos.” (SCHÖN, 2000, p. 9) Considera que os problemas práticos não são apresentados aos profissionais de maneira estruturada. Pelo contrário, eles aparecem no mundo real, “[...] desorganizados, como estruturas imersas num caos, que buscam resolução por meio de intervenções técnicas ou decisões a serem tomadas.” (SCHÖN, 2000, p. 16).

Por este prisma os portfólios poderiam ser considerados como instrumentos capazes de reter e organizar a informação que se apresenta ao aluno no decorrer da prática pedagógica. Por conseguinte poderá ser utilizado nas avaliações das etapas de formação individual dos estudantes (SCHÖN, 2000).

Narrar situações importantes para o estudante pode se transformar em momentos de sustentação na reestruturação de suas atividades. O professor poderá ter papel relevante neste trabalho por meio das leituras das narrativas dos alunos e anotações nos portfólios.

Refletir sobre a narrativa buscando “[...] possíveis causas, conseqüências e significados [...]” que a acompanham e ponderar “[...] sobre o papel dos contextos na determinação dos fatos [...]” torna-se essencial para a determinação de quais concepções os sustentam e como poderiam ser modificados de acordo com as necessidades impostas pelo cotidiano (SÁ-CHAVES, 2000, p. 12).

Quando o aluno questiona seu papel e sua função, está tomando uma atitude reflexiva sobre si mesmo, buscando conhecer a si próprio. Este trabalho de ponderação e meta-observação do estudante faz dele “[...] ator, sujeito reflexivo e objeto da própria reflexão [...]” e pode fazer com que ele questione sua ação em determinadas circunstâncias da vida diária (SÁ-CHAVES, 2000, p. 13).

O portfólio reflexivo tem um papel importante na avaliação sendo utilizado como instrumento para coleta de informação. Por meio dele poderemos ter acesso à “[...] síntese pessoal de compreensão integrada e integradora das dimensões teórica e prática do conhecimento.” O estudante estimulado a ter uma consciência crítica, reflete constantemente e de maneira coerente na reconstrução de seus próprios saberes e sobre suas práticas no atendimento individual, coletivo e nas relações com as equipes de saúde (SÁ-CHAVES, 2000, p. 13).

O sentido da reflexão passa por “[...] fazer reviver e de fazer a recaptura da experiência com o objetivo de a inscrever num sentido, de aprender a partir dela e de, nesse processo, desenvolver novas compreensões e apreciações.” (SÁ-CHAVES, 2000, p. 13). A competência da compreensão se refere à “[...] capacidade de escutar, de observar e de pensar [...] e à [...] capacidade de utilizar as várias linguagens que permitem ao ser humano estabelecer com os outros e com o mundo mecanismos de interação e de inter compreensão.” (ALARCÃO, 2005, p. 23).

O conhecimento de si próprio também se explicita nas narrativas dos portfólios. “As narrativas revelam o modo como os seres humanos experienciam o mundo.” (ALARCÃO, 2005, p. 53). Quanto mais elementos significativos são registrados, mais ricas se tornam as narrativas. O estudante poderá ter acesso, por meio do portfólio reflexivo, à sua forma momentânea de pensar, contextualizada nos diversos períodos de sua jornada acadêmica. Aspectos pessoais dos estudantes podem estar inconscientes em suas ações e podem se explicitar por meio do portfólio reflexivo. Surge daí a oportunidade de auto-investigação de “[...] seus processos de ensino e de aprendizagem [...]” que implicam “[...] na investigação dos seus próprios modos de pensar, do modo como se organizam e geram a infinitude de variáveis com que cada ato pedagógico os confronta.” (SÁ-CHAVES, 2000, p. 16).

Na FAMEMA o portfólio é utilizado para documentação e registro, fazendo parte da estruturação das ações, das tarefas e da “[...] própria aprendizagem, por meio de um discurso narrativo elaborado de forma contínua e reflexiva nas atividades da Unidade de Prática Profissional [...]”. O estudante terá a oportunidade de refletir sobre suas práticas

e sobre a construção de seu conhecimento. A auto-avaliação e a avaliação formativa realizada pelo professor são facilitadas por meio do portfólio, que pode tornar explícitos “[...] conflitos cognitivos, afetivos e psicomotores dos estudantes [...] garantindo condições de desenvolvimento progressivo da autonomia e da identidade.” O professor analisa o portfólio e registra suas impressões no decorrer da série, semanalmente (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2006, p. 10). Os portfólios se constituem “[...] como uma longa [...] carta sempre enviada (a si próprio e ao formador) e [...] devolvida, [...] enriquecida por nova informação, novas perspectivas ou novo e continuado suporte afetivo e pessoal [...]” (SÁ-CHAVES, 2000, p. 15).

3.3 Desafios na formação do professor de medicina e o papel do professor-colaborador na quarta série do Curso de Medicina da FAMEMA

Transformar a educação médica é um desafio que deve ser pensado em conjunto com o estado atual da medicina. Novas práticas são propostas tentando responder a “[...] contradições reais da prática e da educação médica.” (BATISTA, 1998, p. 31).

Pesquisas realizadas no ano de 1997 pela CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico) nas escolas médicas brasileiras apontam um processo de formação com conteúdos programáticos que concentram entendimento do processo saúde-doença no indivíduo biológico. A CINAEM projetou uma situação desejada para as escolas médicas do Brasil, que devem inserir os estudantes em atividades práticas desde as primeiras séries, para que conhecimentos básicos e profissionalizantes possam se relacionar e onde haja “[...] integração das atividades práticas [...]” com aquelas relacionadas a “[...] ensino e pesquisa.” (BATISTA, 1998, p. 31). A investigação conclui que “[...] os professores apresentam qualificação técnica e pedagógica insatisfatória.” O modelo flexneriano de ensino médico reproduz “[...] a concepção biologicista de abordagem do processo saúde-doença.” Os professores são “[...] mal remunerados, dedicam pouco tempo à escola médica e [...]” se mostram “[...] pouco motivados.” (BATISTA, 1998, p. 32).

O preparo didático-pedagógico não é o objetivo da graduação e especialização de medicina, diferente de outras áreas como as ciências humanas. A contratação de professor de medicina usa como critério o desempenho profissional ou a inserção na carreira de pesquisador. É importante que o professor conheça a proposta curricular da

instituição de ensino onde trabalha para que possa atuar profissionalmente “[...] de forma consciente, reflexiva e integrada.” (BATISTA, 1998 p. 33-34).

A educação permanente pode contribuir para a reorientação da educação médica. Novos desafios tecnológicos e sociais se apresentam todos os dias aos educadores que precisam dispor de estratégias e instrumentos “[...] centrados no estudante, baseados em problemas, pertinentes ao contexto global, flexíveis e individualizados, para atender à necessidade de formação de médicos com maturidade profissional e social.” (BATISTA, 1998, p. 34).

A posição do professor migra de transmissão da informação para facilitação do processo de aprendizagem. A memorização de fatos passa a ter papel secundário em relação ao aprender a aprender (BATISTA, 1998).

O profissional docente necessita competências e atributos mínimos solicitados em qualquer trabalho, que precisam ser priorizados de acordo com o contexto escolar no qual o professor está inserido. Ele necessita ser formado e acompanhado, entendendo seu papel na construção de saberes resultantes de seu trabalho com os estudantes. Espera-se que o professor seja capaz de: pesquisar como forma de reconstruir o conhecimento, formular propostas autônomas, avaliar o processo, teorizar práticas, “[...] saber pensar e saber intervir [...]”, atualizar-se de forma permanente, trabalhar de maneira interdisciplinar e manusear instrumentos eletrônicos. O professor deve superar o conhecimento sincrético ou fragmentado, buscando saber sintético, mais elaborado, por meio da análise que envolve “[...] as abstrações e as determinações mais simples.” (BATISTA, 1998, p. 35).

Existe um grande desafio para a escola médica brasileira de formar professores de medicina, contextualizados e adequados para as necessidades e realidades locais de acordo com o momento histórico e com as relações sociais de produção. O componente psicopedagógico precisa se complementar ao científico cultural no exercício da docência para o curso de medicina. A tecnologia educacional não pode desconsiderar a prática com sua complexidade e a realidade social na escolha de intervenções mais adequadas na saúde (BATISTA, 1998).

O professor guiado pela racionalidade prática utiliza o conhecimento científico criando caminhos, rotinas e estratégias. Conhece e sabe como fazer, reflete sobre seus feitos e busca novas soluções a partir da reflexão sobre suas ações. Ele deve estar comprometido com um processo de educação permanente onde se apropria “[...] de conhecimentos relativos a saber ensinar [...]” com o objetivo de tornar o estudante mais

competente “[...] dando-lhe conhecimentos sólidos, atualizados e cientificamente comprovados e domínio das habilidades e atividades necessárias para o exercício da profissão médica.” (BATISTA, 1998, p. 38).

É importante entender que a formação do professor não se esgota num curso ou no final de um ciclo de buscas. O conhecimento se transforma de maneira muito rápida e se faz necessário analisar a prática modificando-a quando necessário, num processo de formação permanente (BATISTA, 1998).

A reelaboração de saberes docentes tem poder transformador e se concretiza pelos sujeitos históricos com atitudes intencionais. A educação permanente do professor de medicina traz a possibilidade da troca de informações com os colegas, “[...] valoriza a reflexão sobre a prática e amplia a oportunidade de co-locução.” (BATISTA, 1998, p. 38).

Na formação profissional o currículo tem papel essencial, especificando normas para os estudantes e para os professores, formalizando as atividades no processo educativo. O currículo implícito se refere a uma normatização “[...] transmitida mediante modelos de identificação [...] paralelos à aprendizagem formal e geralmente [...]” está “[...] relacionado com a reprodução da ideologia dominante.” O currículo explícito busca planificar a ação educativa organizando-a e trazendo intencionalidade aos objetivos propostos pela instituição de acordo com os níveis de ensino. Este currículo procura sistematizar as “[...] funções de conservação, reprodução ou transformação [...]” esperadas para o processo de educação (LÓPEZ LEDESMA et al., 2001, p. 146).

Na Faculdade de Medicina de Marília as concepções dos currículos implícito e explícito são discutidas nas oportunidades formais, em horários previamente reservados para os docentes e professores colaboradores nas atividades de educação permanente. Os coordenadores de educação permanente, para cada uma das séries, foram capacitados para esta atividade, por meio de consultorias com educadores e especialistas contratados pela FAMEMA, e também se reúnem regularmente para realização de educação permanente. Esta atividade foi carinhosamente apelidada “E.P. da E.P.”.

As atividades de educação permanente (Eps) na FAMEMA fazem parte da carga horária dos docentes. Especificamente no caso dos professores colaboradores da quarta série do Curso de Medicina, as Eps ocorrem com frequência quinzenal, com duração de duas horas, nas dependências da instituição. Como em nossa investigação uma parte de nossa intervenção, partindo das necessidades dos professores colaboradores nas Eps, se

deu nos laboratórios de informática da Faculdade, nos parágrafos seguintes falaremos sobre a informática em saúde como instrumento do processo ensino-aprendizagem do Curso de Medicina da FAMEMA.

O conhecimento médico tem passado por intensa transformação nas últimas décadas e a prática diária exige dos profissionais de saúde, saberes atualizados para o atendimento à população que tem crescente acesso a informações relacionadas à saúde, provenientes de variadas fontes. A informática em saúde, embora muito útil para os processos de ensino-aprendizagem, “[...] tem sido subutilizada como ferramenta para o ensino em medicina.” (CARVALHO JÚNIOR, 2004, p. 186 - 187).

A Medicina Baseada em Evidências trouxe uma revolução para os conceitos que norteavam as práticas médicas tradicionais, questionando o peso da opinião de autoridades, geralmente especialistas, com larga experiência clínica. O médico atual não pode deixar de utilizar a tecnologia da informação para o exercício da prática clínica e o ensino médico precisa introduzir e explorar as potencialidades da informática auxiliando a formação do médico do futuro. A prática clínica atual solicita do profissional médico a capacidade de lidar com situações novas e encontrar soluções criativas que possam suplantar a simples recordação de experiências anteriores. “Os instrumentos de ensino tradicionais não têm valorizado esta capacidade dedutiva que deve ser estimulada nos estudantes.” (MASSAD; BÖHM; WEN; SILVEIRA, 1998, p. 211-212).

O questionamento, a reflexão e a experimentação ficam comprometidos com a utilização de carga horária excessiva de aulas expositivas, como muitas vezes ocorre no ensino tradicional, que acabam por atrapalhar a consolidação do conhecimento e colocam o estudante como um receptor passivo de informações. O aprendizado motivado fica prejudicado nestas condições. Os objetivos educacionais precisam ser declarados a fim de que o estudante possa saber o que se espera que ele realize. Simulações computadorizadas de casos clínicos com reforçadores positivos associados aos acertos em resposta aos questionamentos programados poderiam ser utilizadas como atividades formativas para os estudantes de medicina (MASSAD; BÖHM; WEN; SILVEIRA, 1998).

A internet é uma rede internacional na qual computadores podem ser conectados uns aos outros e conta com imenso banco de informações disponível para pesquisa. Na educação médica é preciso se questionar sobre as fontes de informações oferecidas estimulando que os estudantes e médicos façam uma relação de endereços confiáveis

para utilização em investigações ou para resolução de dúvidas quotidianas. A MEDLINE é um bom exemplo de biblioteca a ser sugerido para consultas (MASSAD; BÖHM, WEN; SILVEIRA, 1998).

No ano de 1999 o Exame Nacional de Cursos (“Provão”) coloca a informática como “[...] conteúdo passível de ser cobrado na avaliação.” Em 2002 o governo federal aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina nas quais foi previsto para o estudante o domínio de tecnologias de comunicação e informação, além da aptidão para “[...] o gerenciamento e administração [...] da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação.” (CARVALHO JÚNIOR, 2004, p. 188).

A Aprendizagem Baseada em Problemas, como metodologia ativa de ensino-aprendizagem, traz para os estudantes possibilidades de aprender com maior liberdade para a busca de informações, desenvolvendo nos alunos responsabilidades pelo crescimento individual e grupal. Experiências prévias trazidas pelos estudantes são valorizadas neste método que “[...] reconhece a natureza multidisciplinar do conhecimento e integra a teoria educacional à prática.” (CARVALHO JÚNIOR, 2004, p. 201).

A frequência de usuários na Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília aumentou significativamente após a implantação do método da Aprendizagem Baseada em Problemas em substituição ao método tradicional. Os recursos de busca de informações por meio de bases de dados locais informatizadas da Biblioteca da FAMEMA têm influenciado este incremento de maneira positiva (CARVALHO JÚNIOR, 2004).

A partir de 1996 foi criada na FAMEMA a Disciplina de Informática em Saúde em conjunto com a inauguração do Laboratório de informática que conta com 20 computadores IBM 486, interligados em rede, com um servidor exclusivo. O Projeto UNI Marília intermediou a criação do Laboratório de Informática por meio de “[...] convênio de cooperação entre a instituição e a Fundação W. K. Kellogg, realizado com vinte e três diferentes universidades da América Latina.” Quinze monitores, sendo dez bolsistas, auxiliam usuários do laboratório em trabalhos de pesquisa e projetos. Os plantões de informática ocorrem nos dias úteis das 17 às 22 horas. Em 2004 o laboratório ampliou seu número de computadores para 27, sendo dezoito modelos Pentium II 300 MHz, com 128 MB de memória. Dez Unidades Básicas de Saúde receberam computadores Pentium II, por meio do Projeto FAMEMA 2000. A instituição consegue atender à demanda de 1,5 hora/estudante/dia para utilização de

computadores. A meta de propiciar a todos os estudantes da FAMEMA capacitação mínima em informática foi atingida em 1998. Os docentes responsáveis pela Informática em Saúde elaboraram um conjunto de competências requeridas para todos os formandos do curso médico (CARVALHO JÚNIOR, 2004, p. 205-206).

Um programa interno de capacitação docente denominado “Busca e Acesso à Informação em Saúde” foi organizado para instrumentalizar os docentes na busca de informações e armazenamento de referências bibliográficas. A partir de 2002, este curso pode ser feito on line com recursos de educação à distância (CARVALHO JÚNIOR, 2004, p. 210-211).

É oportuna, a seguir, uma explicação sobre as atividades propostas para a quarta série do curso de medicina, para um melhor entendimento do papel do professor-colaborador na lógica das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2007).

Fazem parte da estrutura da quarta série: a UPP (Unidade de Práticas Profissionais), o LPP (Laboratório de Práticas Profissionais) e a UES (Unidade Educacional Sistematizada). No Manual da Quarta Série do Curso de Medicina da FAMEMA podemos encontrar uma explanação condensada dessa estrutura transcrita abaixo (FAMEMA, 2007, p. 4).

1- UPP (Unidade de Práticas Profissionais):

- a) Ciclo Pedagógico (Portfólio Reflexivo)
- b) Estágios em Unidades de Saúde
UBS
USF
Ambulatório de Pequena Cirurgia

2) LPP (Laboratório de Práticas Profissionais)

- UBS
- USF
- Pequena Cirurgia

3) UES (Unidade Educacional Sistematizada):

- a)- Tutorias
- b)- Conferências
- c)- Atividade Científica

3.4 A avaliação na 4ª. série do curso de medicina da FAMEMA

As áreas de competência de vigilância à saúde e de organização e gestão do trabalho de vigilância à saúde são caracterizadas por tarefas específicas. Os critérios de satisfatório fixam modelos de excelência para cada uma das áreas evidenciando as tarefas que as distinguem (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2004a, p. 7).

A avaliação do rendimento escolar é feita mediante a atribuição dos conceitos satisfatório (S) e insatisfatório (I). A progressão para a série subsequente ocorre mediante a obtenção de conceito satisfatório na série anterior. O estudante que obtiver o conceito insatisfatório será submetido a um plano de recuperação e até duas novas oportunidades de avaliação. O estudante que mantiver o conceito insatisfatório após a 3ª. avaliação estará reprovado na série (FAMEMA, 1999).

Como dissemos anteriormente, os processos de avaliação no currículo por competências podem se voltar para resultados e tarefas, capacidades cognitivas, ou para a prática profissional, quando atributos serão mobilizados para se cumprir tarefas fundamentadas em padrões de excelência, socialmente construídos. Dessa maneira, potencialidades cognitivas, psicomotoras e afetivas poderão ser mobilizadas de maneiras diversas para o cumprimento de tarefas que caracterizam determinada profissão (LIMA, 2004).

Por exemplo, para verificar o desempenho do estudante na tarefa: “formulação do problema”, deverá ser observado se ele “integrou e organizou os dados obtidos na história e exame clínicos, elaborando o problema do paciente”. Se o estudante “apresentou suas primeiras impressões diagnósticas (sindrômico, estrutural, etiológico)”. E ainda se o estudante: “[...] forneceu informações necessárias e suficientes.” (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2006).

Maiores detalhes sobre o critério de satisfatório podem ser apreciados observando-se os recursos que compõem as tarefas no Formato de Observação do Desempenho do Estudante, em anexo.

Como o hábito de avaliar faz parte das atividades curriculares e do cotidiano educacional da FAMEMA, sinalizando fragilidades e fortalezas dos passos educacionais, no decorrer das atividades propostas, nos parágrafos seguintes falaremos sobre auto avaliação e sobre como fazer e receber críticas.

É importante que os estudantes reconheçam suas necessidades de aprendizagem e mobilizem meios para sua resolução no ambiente acadêmico e para toda a vida. Neste

sentido, na FAMEMA, eles são encorajados a operar coletivamente em pequenos grupos com atitude ética, ativa e responsável, colaborando com os colegas no desenvolvimento das atividades propostas.

Para melhorar os desempenhos, as relações, as unidades e o curso, o hábito de avaliar traz para o cotidiano educacional da Instituição o desenvolvimento de capacidades, como as de fazer e receber críticas.

Críticas efetivas procuram se referir “[...] ao desempenho do indivíduo e não a ele próprio [...]”, devendo também abordar fortalezas e fragilidades percebidas. É importante que a crítica ocorra de maneira descritiva, evitando-se resumos do tipo ruim ou adequado. O outro deve entender qual foi a reação e a percepção sobre os seus desempenhos, o que tende a evitar reações mais defensivas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005, p. 72).

As críticas mais específicas têm maiores chances de serem compreendidas por quem está sendo avaliado, que terá a chance de saber em qual aspecto deverá se corrigir ou melhorar sua conduta ou o seu trabalho. O indivíduo avaliado precisa ser estimulado a melhorar. Dessa forma, áreas que ele tenha mais domínio para possíveis progressos, devem ser alvo de uma crítica inicial (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005).

Uma auto avaliação ajuda na construção da crítica, que será bem aceita quando for solicitada. Numa avaliação é muito significativo, para quem está sendo avaliado, o valor das considerações de quem está avaliando. O indivíduo que está sendo alvo de críticas também necessita emitir um julgamento sobre a crítica que foi feita a ele. A avaliação envolve expectativas, portanto, faz-se necessário levar ao conhecimento das partes o que se espera daquela discussão (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005).

Nos parágrafos seguintes falaremos sobre avaliação formativa e somativa na FAMEMA e sobre o apoio à avaliação da prática profissional, proporcionado pelos Portfólios Reflexivos e pelo Laboratório de Práticas profissionais.

Existe “[...] um apoio para o desenvolvimento de habilidades necessárias nos cenários de prática [...]” proporcionado pelo Laboratório de Prática Profissional. O professor da UPP4 do ciclo pedagógico e o portfólio reflexivo asseguram “[...] momentos de reflexão da prática [...]” e discussões, auxiliares para o embasamento teórico necessário à boa prática nos serviços (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2007, p. 3).

No final de cada uma das semanas em que o estudante passa pela UBS (Unidade Básica de Saúde), pela USF (Unidade de Saúde da Família) e pelo estágio de Pequenas

Cirurgias, o professor colaborador, que trabalha naqueles locais, recebendo um ou dois alunos por período, matinal ou vespertino, preenche o Formato de Observação do Desempenho do Estudante, emitindo conceitos: “satisfatório” (S), “insatisfatório” (I), ou “não se aplica” (NA) para cada uma das tarefas e respectivos recursos mobilizados para sua execução na prática das Unidades de Saúde.

No Formato de Observação do Desempenho do Estudante, ao lado do conceito (I), (S), ou (NA) emitido, existe um espaço reservado para: “comentários e prescrição”, que deverá ser utilizado na avaliação critério-referenciada, com caráter formativo, a ser preenchido semanalmente pelo professor-colaborador, funcionando como um meio de comunicação com o professor responsável pelo Laboratório de Práticas Profissionais (LPP). O professor do LPP irá trabalhar com as fragilidades apontadas no formato pelo professor-colaborador.

É oportuna a diferenciação entre as lógicas formativa e somativa utilizadas na avaliação da Faculdade de Medicina de Marília. A lógica formativa é aquela em que o professor pode intervir, regulando os processos de aprendizagem que estão ocorrendo em determinado momento. Diferencia-se da lógica somativa ou certificativa, na qual ocorrerá uma verificação dos processos adquiridos pelo estudante, finalizando uma etapa de um programa de ensino (PERRENOUD, 1999). A avaliação formativa “[...] é aplicada no decorrer do curso e tem o propósito de aferir o processo e a somativa objetiva avaliar o conhecimento adquirido no final do curso.” (GRISI, 2004, p.217). Na prática, as oportunidades de recuperação, que ocorrem a partir das fragilidades do estudante, identificadas pelo professor, podem exemplificar o caráter formativo da avaliação utilizada na FAMEMA. Atividades avaliativas obrigatórias ao cabo das oportunidades de recuperação, que têm a finalidade de verificar o progresso do aluno de acordo com a unidade e a série cursadas, exemplificam o caráter somativo da avaliação (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2006).

Além da UPP4 os estudantes freqüentam: a Unidade Educacional Sistematizada (UES) “[...] que compreende as apresentações de casos clínicos, sob forma de tutorias, consultorias e conferências [...]” e a Atividade Científica, ligada à “[...] elaboração de um trabalho científico vinculado à prática vivenciada pelo estudante, devidamente acompanhado por um docente capacitado.” Também é oferecido um estágio eletivo ao estudante da quarta série no início do ano letivo, portanto, no primeiro mês de atividade discente (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2007, p.3).

Nos parágrafos seguintes falaremos sobre os instrumentos de avaliação do estudante utilizados na UPP4.

O Formato de Observação do Desempenho do Estudante, ou Formato 6, é preenchido semanalmente pelo professor colaborador, juntamente com a folha de registro das avaliações. Considera “[...] a avaliação da base do conhecimento, da prática baseada em evidências, e das habilidades práticas do estudante durante os diferentes estágios.” Seu caráter é formativo e em conjunto com o portfólio reflexivo, permitirá “[...] um acompanhamento contínuo do estudante ao longo do ano pelos professores colaboradores e professores do ciclo pedagógico.” (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, Manual da quarta série médica, 2007, p.7)

O Portfólio Reflexivo é enviado, pelo estudante, ao professor do ciclo pedagógico no final de aproximadamente 09 semanas, junto com o F6. Ele instrumentaliza a reflexão da prática e “[...] assegura a construção do conhecimento, do desenvolvimento pessoal e profissional [...] facilitando a auto-avaliação e avaliação formativa realizada pelo professor.” O critério para o conceito Satisfatório se relaciona à entrega do instrumento no prazo determinado. Obviamente, não entregar o portfólio no prazo determinado implica em obtenção de conceito insatisfatório. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2007, p. 7).

O formato 1 se baseia no portfólio e no formato F6, sendo “[...] preenchido pelo professor do ciclo pedagógico, em consenso com os professores colaboradores que acompanharam o estudante durante o estágio.” Esses professores se reúnem numa atividade de avaliação formal no final de cada estágio realizado nas UBSs, USFs e Pequenas Cirurgias (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2007, p.7).

O Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) se realiza “[...] ao final do ano letivo, em cenário simulado, e tem caráter somativo. “[...] O instrumento de avaliação utilizado no EAPP será o (F6) Formato de Observação do Desempenho do Estudante.” (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2007, p. 7).

No EAPP o professor poderá inferir competência por meio da observação do desenvolvimento do estudante na realização das tarefas. Existe uma simulação da prática profissional na qual o estudante deverá “[...] mobilizar articuladamente os recursos [...] e discutir, com o avaliador, a fundamentação e evidências [...]” utilizadas “[...] na realização [...]” das tarefas (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, Manual de Avaliação do Estudante, 2006, p.11).

A simulação se refere às tarefas desenvolvidas pelo aluno no decorrer da série. Elas podem “[...] envolver pacientes, famílias ou mesmo o processo de trabalho [...]” no qual o estudante se inseriu nas USFs, UBSs ou no Ambulatório de Pequenas Cirurgias durante os estágios. Uma das áreas de atuação poderá ser priorizada na simulação, por exemplo: “[...] vigilância à saúde e gestão/avaliação do trabalho em saúde, cuidado às necessidades individuais ou coletivas de saúde.” O exercício é preparado pelos coordenadores de série, de acordo com “[...] o desenvolvimento progressivo do currículo para competências profissionais.” A avaliação do EAPP para a quarta série médica tem caráter somativo e leva em consideração a participação do estudante e o seu desempenho para a progressão no curso (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, Manual de Avaliação do Estudante, 2006, p.11-12).

O EAPP, Exercício de Avaliação da prática Profissional, tem sua fundamentação teórica no OSCE, Objective Structured Clinical Examination, método de avaliação de habilidades clínicas criado na Escócia e muito aceito por todo o mundo. No OSCE existem algumas estações que serão percorridas pelo estudantes nas quais será solicitado seu desempenho em tarefas simuladas, baseadas em problemas extraídos da prática. As habilidades do estudante deverão ser demonstradas na coleta de dados, na história e no diálogo com o paciente e/ou seus familiares, no exame físico e na conduta terapêutica. O professor analisa a capacidade do estudante de lidar com determinadas situações, buscando sua resolução. Estas simulações ocorrem em 6 a 10 estações diferentes, nas quais os estudantes permanecem por um período predeterminado. Ao final do período combinado, os estudantes trocam de sala, ou seja, de estação. Existe um instrumento previamente elaborado, a ser utilizado pelo avaliador, no qual ele deve registrar suas observações. Neste instrumento existem comportamentos esperados para que o estudante possa demonstrar domínio de determinadas habilidades (GRISI, 2004, p. 218) (TRONCON, 1996, p. 434-435).

O professor e a unidade educacional também serão avaliados na UPP4. O professor terá seu desempenho avaliado pelos alunos por meio do formato 4 (F4), preenchido on line. A unidade educacional será avaliada pelo professor, por escrito e pelo aluno, on line, por meio do formato 5 (F5). Essas avaliações seguem um padrão. Por exemplo, em relação aos professores são elencadas fragilidades e fortalezas em relação à utilização adequada da metodologia ativa de aprendizagem com os estudantes, compromisso em relação a aprender a aprender com o grupo, criação de situações que estimulem a busca de informações, estímulo ao trabalho em equipe, dentre outros requisitos como

assiduidade e atuação quotidiana na unidade. Quanto ao cenário de aprendizagem, fragilidades e fortalezas em relação à estrutura física e organizacional do local, com riscos e benefícios para a aprendizagem dos estudantes serão elencadas no (F5), seguidas de sugestões para melhoria do processo de aprender a aprender nas situações selecionadas.

Nos parágrafos seguintes falaremos sobre a avaliação da Unidade Estruturada e sobre os recursos auxiliares de aprendizagem disponíveis para os estudantes na FAMEMA.

Os estudantes serão submetidos a dois EACs (Exercícios de Avaliação Cognitiva) por semestre, ambos de caráter somativo, nos quais será avaliada sua capacidade individual “[...] de refletir, analisar e sintetizar respostas às perguntas formuladas com base nos problemas.” O exercício é composto de situações-problemas que devem ser respondidas por escrito e não há permissão para consulta. Procura integrar as dimensões básico-clínicas dos aspectos biopsocossociais contemplando “[...] o desenvolvimento das competências profissionais.” (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, Manual de Avaliação do Estudante, 2006, p.4).

O Comitê de Avaliação do Estudante, formado por 04 especialistas em educação da FAMEMA, trabalha na validação das perguntas teóricas, de acordo com a área de conhecimento definida para a série, e dá suporte técnico para o coordenador de série na elaboração do EAC de acordo com “[...] as competências profissionais gerais dos cursos.” Na recuperação do EAC, o estudante é submetido a uma nova situação-problema, na qual ele pode aplicar seu conhecimento e quando o docente infere se o estudante conseguiu superar suas fragilidades ou hiatos de conhecimento apontados anteriormente (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2006, p.5).

O Formato 3 (F3) será utilizado para a avaliação do desempenho do estudante na Unidade Sistematizada a cada nove semanas. O professor e a unidade serão avaliados com a mesma frequência por meio dos formatos F4 e F5, respectivamente.

O professor orientador da atividade científica ficará responsável por avaliar a investigação realizada pelo estudante, que deverá ser entregue em prazo determinado, com conteúdo estabelecido previamente.

Dentre os recursos de aprendizagem disponibilizados para os alunos da FAMEMA, encontram-se as consultorias, as quais poderão ser solicitadas pelos estudantes de acordo com as necessidades de aprendizagem, devendo ser agendadas previamente com

os docentes da Famema por questão organizacional. Existem também consultorias permanentes disponíveis para os alunos da instituição.

Um ponto de apoio importante do processo autodidático é a biblioteca da FAMEMA, com um acervo servindo à literatura básica, além de periódicos cujos artigos forem mencionados nas apresentações clínicas. Existem terminais de computador na biblioteca, disponíveis para uso dos estudantes, onde eles poderão acessar a internet em busca de sites específicos para cada área solicitada.

O Laboratório Morfo-Funcional, outro recurso importante no processo de autoaprender, conta com exames de imagem citados nas apresentações clínicas que poderão ser utilizados para consulta dos estudantes, além de um acervo de vídeos e simulacros onde os alunos poderão rever as estruturas anatômicas, conforme as necessidades de aprendizagem que surgem a partir das discussões.

Também são programadas conferências dentro do período letivo com temas específicos a serem abordados pelos docentes da FAMEMA.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Local do estudo

A cidade de Marília é considerada como centro regional de ensino superior na área da saúde, com excelência na área de medicina, com destaque nacional para os cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA. Desde 1997 a instituição está comprometida numa experiência de formação médica, implementando um projeto de mudança curricular e adotando um curso fundamentado na Aprendizagem Baseada em Problemas e orientado à comunidade.

4.2 Materiais

O instrumento utilizado na coleta de dados desta investigação foi o Formato 6, utilizado pelos professores e pelos estudantes durante toda a quarta série nas atividades de avaliação formativa que ocorrem semanalmente, coordenadas pelos professores colaboradores nas Unidades Básicas de Saúde e nas Estratégias de Saúde da Família. O mesmo instrumento também é utilizado nos Exercícios de Avaliação da Prática Profissional (EAPPs), atividades de avaliação somativa que ocorrem nos finais dos anos letivos em cada série.

O Formato de Observação do Desempenho do Estudante da Quarta Série, é “[...] completo, e será o mesmo nos diversos cenários por onde o estudante vai passar [...]”, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família. Faz exceção o estágio de Pequena Cirurgia, “[...] que terá um formato próprio devido às especificidades deste estágio.” (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, UPP4, 2007, p. 3).

Nesta investigação foi utilizada também, uma filmadora JVC Mini DV e um disco DVD-R Smartbuy (www.smartbuydisc.com) 1-8 X, 4.7 GB, para vídeos de até 120 minutos.

Os vídeos com melhor qualidade audiovisual e melhor aproveitamento do tempo destinado à realização do EAPP, escolhidos para avaliação dos professores, foram a Estação Pediatria e a Estação Ginecologia, com duração aproximada de 20 minutos cada um, gravados no disco DVD R Smartbuy.

A seguir descreveremos os locais utilizados para as filmagens dos vídeos, para avaliação dos vídeos pelo professores e para as atividades de Educação Permanente realizadas com os professores.

Os locais utilizados para as filmagens dos vídeos foram as salas destinadas à aplicação do EAPP na FAMEMA. Estas salas são pequenas e estão localizadas na instituição, simulando consultórios médicos utilizados para atendimento aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) contendo portas e janelas com cortinas, uma mesa, com 04 cadeiras onde o usuário, acompanhante (se houver), estudante de medicina e professor possam se acomodar para a simulação do atendimento em saúde. Existe nesta sala, uma maca coberta com dois lençóis brancos, que poderão ser utilizados para proteção visual do paciente e uma pequena escada para acesso do paciente à maca. Sobre a mesa do consultório simulado existem: a) um frasco com álcool, b) uma caixa com luvas, c) um estetoscópio e um aparelho de esfigmomanômetro, d) um oftalmoscópio, e) um recipiente com algodão, f) caneta e papel.

Os locais utilizados para as avaliações dos vídeos e preenchimento dos formatos foram as salas de reuniões dos professores na FAMEMA, que foram equipadas com televisores e aparelhos de DVD, previamente reservados pela equipe de áudio e vídeo da instituição. O Anfiteatro da Famema também foi utilizado em duas exposições de vídeos para os professores.

Os locais utilizados para as atividades de Educação Permanente com os professores foram as salas de reuniões dos docentes que ficam nas dependências da faculdade.

Alguns impressos, além do F6, foram utilizados nas diversas fases de execução desta investigação como:

- “Carta de Apresentação e Solicitação de Participantes do Exercício de Avaliação da Prática Profissional para a Pesquisa em dezembro do ano de 2006” (APÊNDICE A);

- “Termo de Consentimento Informado dos Estudantes da Quarta Série do Curso de Medicina da FAMEMA participantes das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional em dezembro do ano de 2006” (APÊNDICE B);

- “Termo de Consentimento Informado dos Professores Colaboradores e Docentes da FAMEMA participantes das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional em dezembro do ano de 2006” (APÊNDICE C);

- “Termo de Consentimento Informado das Atrizes que representaram pacientes simuladas, participantes das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional em dezembro do ano de 2006” (APÊNDICE D);

- “Carta de Apresentação e Solicitação ao Diretor de Graduação da FAMEMA para filmagem do Exercício de Avaliação da Prática Profissional em dezembro do ano de 2006” (APÊNDICE E);

- “Carta de Apresentação e Solicitação ao Diretor de Graduação da FAMEMA para utilização do espaço quinzenal, reservado à atividade de Educação Permanente para os professores colaboradores da quarta série do curso médico, durante o ano de 2007, para exibição das filmagens do EAPP 2006, preenchimento simulado do Formato de Observação do Estudante e utilização de metodologias ativas de aprendizagem na criação e resolução de questões relacionadas à avaliação” (APÊNDICE F);

- “Carta de Apresentação e Solicitação aos Coordenadores das Atividades Quinzenais de Educação Permanente para participação na pesquisa” (APÊNDICE G);

- “Carta ao Comitê de Avaliação do Estudante da FAMEMA para Apresentação e Solicitação de Juízes para escolha das filmagens para exibição aos professores colaboradores” (APÊNDICE H);

- “Carta de Apresentação e Solicitação à Coordenadora da Biblioteca da FAMEMA para Capacitação dos Professores Colaboradores na Utilização do Acervo e Acesso ao Sistema de Informação e Bases Informatizadas para Pesquisa nas Áreas de Educação Médica, Avaliação do Ensino Médico e Metodologias Ativas de Aprendizagem” (APÊNDICE I);

- “Termo de Consentimento Informado para os Professores Colaboradores participantes da pesquisa” (APÊNDICE J);

- “Carta à equipe de áudio e vídeo da FAMEMA para reserva antecipada de salas e solicitação de TV e DVD para exibição e julgamento simulado das filmagens do EAPP/2006” (APÊNDICE K);

- “Carta de apresentação e solicitação aos professores-colaboradores participantes das atividades quinzenais de Educação Permanente para participação na pesquisa” (APÊNDICE L).

4.3 Referencial teórico-metodológico

Para atender aos objetivos da pesquisa, a metodologia adotada tem um caráter de Delineamento Quase-Experimental e Descritivo.

As investigações do tipo Delineamento Quase-Experimental surgiram da necessidade da realização de “[...] pesquisas aplicadas, em situações em que não é possível atingir o mesmo grau de controle que nos delineamentos experimentais propriamente ditos.” (COZBY, 2003, p. 238).

“Os delineamentos quase-experimentais tentam atingir um grau de controle próximo ao dos delineamentos experimentais, para inferir que dado tratamento teve o efeito pretendido. Embora os delineamentos quase-experimentais possam ser usados para resolver muitos problemas de pesquisa, é útil considerá-los no contexto das pesquisas de avaliação de programas [...] que propõem e implantam programas para atingir algum efeito positivo sobre um grupo de indivíduos. Esses programas podem ser implantados em escolas, situações de trabalho ou mesmo numa comunidade toda.” (COZBY, 2003, p. 238)

Na investigação de caráter Descritivo se busca investigar e descrever as “[...] características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo, ou realidade pesquisada.” (CERVO; BERVIAN, 2002, p. 67).

As pesquisas com caráter Descritivo visam “[...] descrever as características de determinada população (grupo) ou fenômeno, bem como descobrir a relação entre variáveis.” (GIL, 1987, p. 45).

4.4 Procedimentos

Algumas etapas foram rigorosamente observadas na operacionalização desta investigação, a saber:

- Formulação do problema
- Hipóteses da pesquisa
- Protocolo da pesquisa
 - Participantes
 - A população do estudo
 - Amostra do estudo
 - O Instrumento de coleta de dados
- Análise dos dados

Reportando-se ao capítulo de Introdução da presente pesquisa, pode-se constatar que para análise do desempenho do estudante no exercício de avaliação da prática profissional, os professores colaboradores preenchem um formato no qual são identificadas as necessidades de saúde das pessoas por meio de tarefas como: história clínica, exame clínico, formulação do problema e elaboração do plano de cuidados. Este mesmo formato é utilizado para “[...] orientar a realização das atividades práticas [...] nos estágios nas Unidades de Saúde da Família e nas Unidades de Saúde da Família.” (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2008).

Tendo participado desse processo como professor colaborador, inserido no serviço como profissional médico do Sistema de Saúde Municipal, esteve presente no meu cotidiano de trabalho a preocupação com a divergência entre os conceitos no processo de avaliação prática dos alunos da quarta série do curso de medicina, que poderiam se sentir injustiçados com a possibilidade de discordâncias entre avaliadores no preenchimento do F6. As capacitações dos professores para o preenchimento do formato de observação do estudante também trouxeram dúvidas em relação aos desempenhos dos estudantes na realização das tarefas. Todas essas inquietações me mobilizaram a produzir esta investigação.

As hipóteses da pesquisa: H_0 e H_a serão discutidas abaixo:

Ho: A proporção (p_i) dos conceitos emitidos (S = satisfatório; I = Insatisfatório; NA = Não se aplica e NP = Não preencheu) pelos avaliadores colaboradores das UBS, PSF e FAM (FAMEMA) aos estudantes da quarta série do curso de medicina da FAMEMA, submetidos ao exercício de avaliação da prática profissional (EAPP), não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si.

Ou seja:

$$\mathbf{a.1) } p_{(UBS1)} = p_{(PSF1)} = p_{(FAM1)}^1;$$

$$\mathbf{a.2) } p_{(UBS2)} = p_{(PSF2)} = p_{(FAM2)};$$

$$\mathbf{a.3) } p_{(UBS3)} = p_{(PSF3)} = p_{(FAM3)};$$

$$\mathbf{a.4) } p_{(UBS)} = p_{(PSF)} = p_{(FAM)}$$

¹ Para os índices, temos: momento 1= Vídeo 1A; momento 2= Vídeo 1B e momento 3 = Vídeo 2

Ha: A proporção (p_i) dos conceitos emitidos (S=satisfatório; I=Insatisfatório; NA = Não se aplica e NP = Não preencheu) pelos avaliadores colaboradores das UBS, PSF e FAM (FAMEMA) aos estudantes da quarta série do curso de medicina da FAMEMA, submetidos ao exercício de avaliação da prática profissional (EAPP),

apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si.

Ou seja, pelo menos uma das proporções **a.1) a a.4)**, apresenta diferença estatisticamente significativa das demais.

Quanto ao protocolo da pesquisa falaremos a seguir sobre a população e a amostra.

Os sujeitos de nossa investigação são os professores colaboradores da quarta série do curso de medicina da Famema, avaliadores do F6, todos médicos que trabalham na rede municipal de saúde da cidade de Marília. Esses professores acolhem os estudantes da quarta série do curso de medicina durante todo o ano letivo e recebem por este trabalho “[...] um adicional financeiro pago pelo município.” (BRASIL, 2005, p. 14). Além dos sujeitos, fizeram parte desta pesquisa, na fase de filmagens, duas atrizes, dois docentes da Famema e dois estudantes da quarta série do curso de medicina da instituição.

Participaram deste estudo três grupos de professores colaboradores da Faculdade de Medicina de Marília, todos avaliadores do F6. O primeiro grupo, constituído por 11 professores assistenciais, médicos de família, generalistas, da Secretaria de Saúde do município de Marília, servidores terceirizados da Estratégia de Saúde da Família, sendo 05 indivíduos do gênero masculino e 06 do gênero feminino, com idades variando entre 26 e 55 anos, formados entre os anos de 1977 e 2006. Dos 11 participantes, 10 tinham residência médica concluída, dois estavam cursando pós graduação na área de especialidades médicas geriatria e dermatologia. O segundo grupo, constituído por 13 professores assistenciais, médicos especialistas, da Secretaria de Saúde de Marília, servidores municipais das Unidades Básicas de Saúde, sendo 05 do gênero masculino e 08 do gênero feminino, com idades variando entre 38 e 64 anos, formados entre os anos de 1973 e 1995. Dos treze participantes do segundo grupo, todos tinham residência Médica, 03 tinham pós graduação nas áreas de Gestão, Auditoria e Saúde Pública, 03 tinham mestrado nas áreas de Saúde Pública, Ginecologia e Epidemiologia. Um dos treze participantes referiu ter concluído doutorado na área de Epidemiologia e outro participante estava em fase de conclusão do doutorado na área de Ginecologia. O terceiro grupo era composto por 03 professoras da FAMEMA, uma mestra em Educação de Profissionais de Saúde, uma mestra em Saúde Coletiva e uma doutora em Epidemiologia, com idades variando entre 43 e 55 anos

Participaram da fase de filmagens no mês de dezembro de 2006, 02 estudantes que estavam concluindo a quarta série do curso de medicina, ambas do gênero feminino,

com idades variando entre 22 e 23 anos completos. Duas professoras participaram como coadjuvantes nas filmagens, ambas do gênero feminino, com idades variando entre 51 e 55 anos. Uma das professoras trabalha como docente na FAMEMA, tem residência médica na área de Ginecologia e Obstetrícia e doutorado na área de Ginecologia e a outra trabalha na Secretaria de Saúde do município de Marília como pediatra assistencial, tem residência médica na área de Pediatria, além de exercer a função de professora colaboradora na FAMEMA. Duas atrizes representando pacientes simuladas também participaram do processo de filmagens, ambas do gênero feminino, com escolaridade nível médio, com idades variando entre 38 e 41 anos.

Descreveremos, a seguir, os demais procedimentos adotados na realização da investigação como: realização das filmagens, seleção do instrumento para coleta de dados, utilização do instrumento por juízes do Comitê 2 de avaliação do estudante para selecionar as filmagens mais viáveis do ponto de vista temporal, auditivo e visual, encaminhamento do projeto para o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP e da FAMEMA, bem como, solicitação ao Diretor de Graduação da FAMEMA para apresentação dos vídeos para os professores colaboradores nas Eps, solicitação aos coordenadores das Eps para apresentação dos vídeos, convite aos professores colaboradores integrantes das Eps para participarem da investigação, apresentação dos vídeos nas atividades quinzenais de Educação Permanente (Eps) aos dois grupos de professores colaboradores das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e das Estratégias de Saúde da Família (ESFs), preenchimento dos formatos de observação do desempenho do estudante pelos professores colaboradores a partir da exibição dos vídeos, capacitação em informática para os professores colaboradores para facilitar a busca nas bases de dados informatizadas e no acervo da biblioteca da FAMEMA, realização da intervenção com metodologias ativas de aprendizagem nas atividades quinzenais de Educação Permanente ocorrentes na FAMEMA durante o ano de 2007, nova apresentação do vídeo após a intervenção, apresentação de vídeo diferente do anterior para evitar o possível vies do “treinamento dos participantes” e análise de dados.

A etapa de realização das filmagens será descrita a seguir.

A filmadora JVC Mini DV foi fixada sobre um tripé pelo auxiliar de filmagens, funcionário da equipe de áudio e vídeo da Biblioteca da FAMEMA, na sala destinada à realização do EAPP na instituição, no período da manhã.

O auxiliar de filmagens foi orientado a evitar qualquer tipo de interrupção no EAPP, ou contato verbal com os participantes durante a realização das filmagens.

Os participantes das filmagens: paciente simulado, professor e estudante, antes da entrada na sala de filmagens, foram orientados a agir naturalmente, como se a filmagem não estivesse sendo realizada naquele momento.

Não foi necessária iluminação acessória para as filmagens. Apenas a iluminação da sala foi suficiente.

Foi focalizada pela câmera, num primeiro momento, próxima à porta de entrada, a lateral da mesa de atendimento, e depois, do lado oposto à porta de entrada, a lateral da maca. Esta manobra foi realizada com a finalidade de captação pela câmera, num primeiro momento, da realização da entrevista com o paciente feita pelo estudante e, posteriormente, da realização do exame físico simulado. Na sala havia apenas uma porta e uma janela, contralateral à porta.

Cada uma das filmagens realizadas teve duração aproximada de 20 minutos para cada estudante.

A filmagem realizada no mês de Dezembro do ano de 2006, contou com a participação de duas estudantes da quarta série do curso de medicina, com idades de 22 e 23 anos respectivamente, que estavam realizando o Exercício de Avaliação da Prática Profissional no mês de Dezembro do ano de 2006 na Faculdade de Medicina de Marília. Participaram como coadjuvantes na filmagem uma docente da FAMEMA, com idade de 55 anos, doutora em Ginecologia, e uma professora colaboradora da FAMEMA, com idade de 51 anos, médica pediatra, servidora municipal da rede básica de saúde do município de Marília. Além dessas quatro participantes contamos com duas pacientes simuladas e treinadas (atrizes), com idades de 38 e 41 anos e com nível médio de escolaridade. Essas atrizes participaram de um treinamento com uma psicóloga e um médico, integrantes do Comitê de Avaliação do Estudante, antes de sua participação no EAPP. Nesse treinamento elas recebem um *script* onde estão escritas algumas respostas para prováveis perguntas que o estudante possa fazer para a paciente simulada.

Todas essas pessoas assinaram um termo de consentimento informado (APÊNDICES B, C e D) e leram uma carta de apresentação sobre a investigação (APÊNDICE A) antes de se submeterem às filmagens, que foram realizadas por um funcionário da biblioteca da FAMEMA, responsável pelo setor de áudio e vídeo. Este funcionário realizou as filmagens após autorização da coordenadora da biblioteca, que apreciou a carta de apresentação da investigação (APÊNDICE I) antes de liberar a execução do vídeo realizado com a filmadora da Faculdade de Medicina de Marília.

Foi realizada na mesma data, a filmagem de mais duas estudantes, com mais duas atrizes e mais dois professores participantes, que não serão descritas com maiores detalhes aqui, visto que os vídeos foram descartados pelos juízes, como descreveremos a seguir, por falta de qualidade técnica e áudio-visual e tempo excessivo utilizado na abordagem do paciente simulado pela estudante.

A seleção dos vídeos será descrita nos parágrafos que seguem.

Após a realização das filmagens dos EAPPs (exercícios de avaliação da prática profissional) no mês de dezembro de 2006, submetemos os vídeos à avaliação de três juízes participantes do Comitê de Avaliação do Estudante, convidados (APÊNDICE H) para selecionar as estações do EAPP filmadas que apresentavam melhor qualidade técnica auditiva e visual, além do fator tempo de execução da estação do EAPP, que também foi considerado na escolha. Das quatro estações apresentadas no vídeo, duas foram descartadas pelos juízes. Uma delas por conta de problemas no áudio e a outra por conta de má utilização do tempo destinado ao exercício pela estudante.

Foram selecionados, ao final, os vídeos 1 e 2, respectivamente “Estação Pediatria” e “Estação Ginecologia”, contendo avaliações do EAPP, com duração aproximada de 20 minutos cada um deles.

Após escolha dos vídeos pelos juízes e seleção do instrumento de coleta de dados, o projeto foi encaminhado para análise e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP – na qual o Curso de Pós-Graduação está inserido, e para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA – na qual o pesquisador trabalha como professor colaborador. Ambos aprovaram a realização da investigação sem impor restrições quanto à identificação nominal das instituições, na publicação desta pesquisa.

A seguir, abordaremos o preenchimento dos formatos de observação do desempenho do estudante pelos professores colaboradores a partir da exibição dos vídeos.

Cerca de 15 dias antes da exibição dos vídeos, na FAMEMA, em uma reunião de EP, os professores receberam esclarecimentos sobre a realização da atividade proposta, por meio de uma conversa com o investigador e leitura de uma Carta de Apresentação (Apêndice L). Todos os presentes concordaram em participar da investigação e receberam instruções para preenchimento dos F6, a partir das avaliações que seriam realizadas por eles, em relação aos EAPPs filmados em 2006, a serem exibidos duas semanas após aquele contato.

Enquanto assistiam aos vídeos nas salas preparadas para a exibição, na FAMEMA, os professores colaboradores das UBSs e das ESFs preenchiam o formato de observação do estudante com as opções “S” (Satisfatório), “I” (Insatisfatório) e “N/A” (Não se aplica).

Após a exposição dos vídeos, foi solicitado aos professores colaboradores que emitissem um conceito final para a estudante, de acordo com a sua avaliação geral sobre o desempenho da aluna. Os formatos (F6) foram recolhidos no final das exposições para análise do pesquisador sobre o seu preenchimento.

A seguir, abordaremos a capacitação em informática para os professores colaboradores para facilitar a busca de informações nas bases de dados informatizadas e no acervo da biblioteca da FAMEMA.

Como cerca de 70 % dos professores participantes da investigação referiram que gostariam de ser capacitados em informática para a busca de informações em bases LILACS e BIREME, a partir das expectativas geradas, foi enviada carta à coordenadora da Biblioteca da FAMEMA (APÊNDICE I), solicitando capacitação em informática, do tipo nivelamento, para os professores-colaboradores das UBSs e ESFs visando a facilitar a busca nas bases de dados informatizadas e no acervo da biblioteca FAMEMA.

Uma bibliotecária foi designada para orientar as buscas dos professores-colaboradores, partindo de suas necessidades individuais. Iniciamos os trabalhos de capacitação em informática com duração aproximada de quatro horas-aula para cada grupo de professores.

A seguir, abordaremos a realização da intervenção com metodologias ativas de aprendizagem nas atividades quinzenais de Educação Permanente ocorrentes na FAMEMA durante o ano de 2007 e nova apresentação do vídeo após intervenção.

O vídeo Estação Pediatria, ou vídeo 1A, foi exposto para os professores do PSF em 12 04 2007. Após esta exposição, os professores se reuniram em 10 encontros, com duração de 02 horas, no período vespertino, das 16 às 18 horas, nas datas: 26 04, 10 05, 16 05, 14 06, 28 06, 26 07, 09 08, 23 08, 04 10, 25 10. No dia 08 11 foi exposto novamente o vídeo Estação Pediatria, ou vídeo 1B. No dia 22 11 07 foi exposto o vídeo Estação Ginecologia, ou vídeo 2 para os professores do PSF.

O vídeo Estação Pediatria, ou vídeo 1A, foi exposto para os professores da UBS em 30 05 2007. Após esta exposição, os professores se reuniram em oito encontros, com duração de 02 horas, no período matutino, das 8 às 10 horas, nas datas: 13 06, 20 06, 27 06, 25 07, 15 08, 29 08, 12 09, 26 09. No dia 17 10 2007 foi exposto novamente o vídeo

Estação Pediatria , ou vídeo 1B. No dia 31 10 2007 foi exposto o vídeo Estação Ginecologia, ou vídeo 2 para os professores da UBS

Os professores da FAMEMA estavam presentes nas exposições e nas outras reuniões de EP, diluídos entre os dois grupos, pois também participaram dos grupos, como coordenadores das atividades de EP.

A apresentação do primeiro vídeo gerou questionamentos por parte de todos os componentes do grupo de professores-colaboradores dos PSFs e das UBSs e FAMEMA durante as atividades de educação permanente, pois, em cada encontro, foi mostrado para os professores que havia divergências entre suas avaliações. As discussões sobre essas divergências se iniciaram uma quinzena após a exposição de cada vídeo para os grupos de professores das UBS, PSFs e FAMEMA. As questões criadas pelos grupos de professores se referiam a:

Diferenças entre PBL e Problematização

Currículo por competência

Criação e utilização do formato de observação do estudante

Subjetividade na avaliação

Avaliação somativa e formativa

Projeto político pedagógico da FAMEMA

Papel do professor-colaborador nos cenários da prática

A seguir, abordaremos os procedimentos adotados para análise dos dados.

Para análise de dados utilizamos planilhas do sistema Excel de informática construídas com base no Formato de Observação do Estudante e nos dados fornecidos pelos professores. Nestas planilhas personalizadas para cada professor, foram colhidas informações referentes à identificação do professor-colaborador como: data de nascimento, ano de formatura, especializações, residências médicas, pós-graduações, realização de mestrado e doutorado.

Nas planilhas informatizadas, além dos espaços destinados à identificação dos professores participantes, existem opções para preenchimento como: (S) Satisfatório, (I) Insatisfatório, (N/A) Não Se Aplica, e (N/P) Não Preenchido, para cada julgamento emitido pelo professor em relação aos recursos mobilizados pelo estudante na execução de tarefas como: planejamento da consulta, história clínica, exame clínico geral, exame clínico específico, formulação do problema, plano terapêutico individual, fechamento da consulta, diagnóstico de saúde coletiva, formulação do problema coletivo, elaboração, execução e avaliação do plano de intervenção em saúde coletiva,

organização, avaliação e gestão do trabalho em serviços de saúde, estrutura e técnica da entrevista, relacionamento e atitude profissional.

Os dados foram obtidos mediante a análise de 71 formatos de observação do desempenho do estudante, preenchidos pelos professores-colaboradores a partir da observação de vídeos, onde 02 estudantes da quarta série do Curso de Medicina da FAMEMA realizaram o EAPP (Exercício de Avaliação da Prática Profissional), no final do ano letivo de 2006. O formato de avaliação foi analisado de maneira quantitativa levando-se em conta o preenchimento pelos professores-colaboradores, em relação aos conceitos S (Satisfatório), I (Insatisfatório), NA (Não se aplica) e NP (Não preenchido), segundo cada conjunto de tarefas e respectivos recursos, mobilizados pelo estudante na realização das tarefas, totalizando 63 recursos, sendo que formato permite ao professor colaborador anotar para cada recurso, somente um dos quatro conceitos citados.

Os vídeos 1 e 2, onde o estudante identifica necessidades de saúde individuais e coletivas de um paciente simulado, foi exposto para os três grupos de professores em três momentos distintos:

- Momento 1 (Vídeo 1A): professores colaboradores antes de se submeterem às atividades de educação permanente.
- Momento 2 (Vídeo 1B): professores colaboradores após se submeterem às atividades de educação permanente, e
- Momento 3 (Vídeo 2): contra-prova para verificar se houve manutenção das divergências entre avaliadores.

Para a análise dos dados foi construído um banco de dados em forma de planilha eletrônica com utilização do programa Excel e do programa estatístico SPSS 13.0. Todos os formatos foram registrados no banco conforme cada recurso e suas tarefas, quando pertinente.

Detectadas as associações significativas, procedia-se à análise dos resíduos ajustados estandardizados para a localização das mesmas, conforme será explicado a seguir, nos itens i e ii, abaixo (CALLEGARI-JACQUES, 2003; SPSS 13.0, 2004).

O resumo dos dados, devido à sua natureza, foi realizado por meio de tabelas, gráficos, número total de indivíduos e porcentagem de indivíduos em cada grupo.

A comparação entre as proporções foi realizada por meio do teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson para tabelas de contingência r linhas por s colunas (CALLEGARI-JACQUES, 2003; SPSS 13.0, 2004).

Quando o resultado do teste do qui-quadrado foi significativo, calculou-se o resíduo padronizado de cada célula em relação à sua frequência esperada [$R_p = (O-E)/\sqrt{E}$] e em seguida cada resíduo sofreu uma correção obtendo-se o valor do resíduo ajustado R_A por meio da equação:

$[R_A = (R_p / \sqrt{ [1 - (TC/TG)] \times [1 - (TL/TG)] }]$, onde TC = total da coluna, TL = total da linha e TG = total geral, com a seguinte regra de decisão (CALLEGARI-JACQUES, 2003):

- i) Se $| R_A | \leq z_{0,05} = 1,96$, conclui-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre as proporções em estudo e decide-se por não rejeitar a hipótese de nulidade;
- ii) Se $| R_A | \geq z_{0,05} = 1,96$, conclui-se que existe diferença estatisticamente significativa entre as proporções em estudo e decide-se por rejeitar a hipótese de nulidade;

Para todos os testes, adotou-se o nível de significância de 5% de probabilidade para a rejeição da hipótese de nulidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O formato de avaliação para EAPP foi analisado levando-se em conta a frequência de anotações em cada formato relativas aos conceitos S, I, NA e NP (Tabelas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9; Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6, segundo cada conjunto de tarefas e respectivos recursos, totalizando 63 itens por formato, sendo que cada formato permite ao professor colaborador anotar para cada item somente um dos conceitos (S, ou I ou NA ou NP), em cada um dos vídeos 1A, 1B e 2.

AValiação GERAL DO VíDEO 1A: UBS₁ X PSF₁ X FAM₁

Tabela 1 – Comparação das proporções dos conceitos S e I segundo os colaboradores UBS₁, PSF₁ e FAM₁, no Vídeo 1A

| Colaborador/ vídeo | Estatísticas | S | I | Total |
|---|-----------------------|--------------|--------------|----------------|
| UBS1 | Observado | 587 | 31 | 618 |
| | Esperado | 557.47 | 60.53 | |
| | Contribuição χ^2 | 1.56 | 14.4 | |
| | % linha | 94.98% | 5.02% | 100.00% |
| | % coluna | 55.90% | 27.19% | 53.09% |
| Resíduo ajustado | | 1.65 | -3.89 | |
| PSF1 | Observado | 349 | 60 | 409 |
| | Esperado | 368.94 | 40.06 | |
| | Contribuição χ^2 | 1.08 | 9.93 | |
| | % linha | 85.33% | 14.67% | 100.00% |
| | % coluna | 33.24% | 52.63% | 35.14% |
| Resíduo ajustado | | -1.61 | 3.26 | |
| FAM1 | Observado | 114 | 23 | 137 |
| | Esperado | 123.58 | 13.42 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.74 | 6.84 | |
| | % linha | 83.21% | 16.79% | 100.00% |
| | % coluna | 10.86% | 20.18% | 11.77% |
| Resíduo ajustado | | -1.91 | 2.74 | |
| TOTAL | Total | 1050 | 114 | 1164 |
| | % de n | 90.21% | 9.79% | 100.00% |
| | Total % coluna | 100.00% | 100.00% | 100.00% |
| | | 100% | 100% | |
| $\chi^2 = 34.56$; gl=2 ; p<0,001 | | | | |

S = SATISFATÓRIO; I = INSATISFATÓRIO

UBS1 = Unidades Básicas de Saúde
 PSF 1 = Programa de Saúde da Família
 FAM 1 = FAMEMA

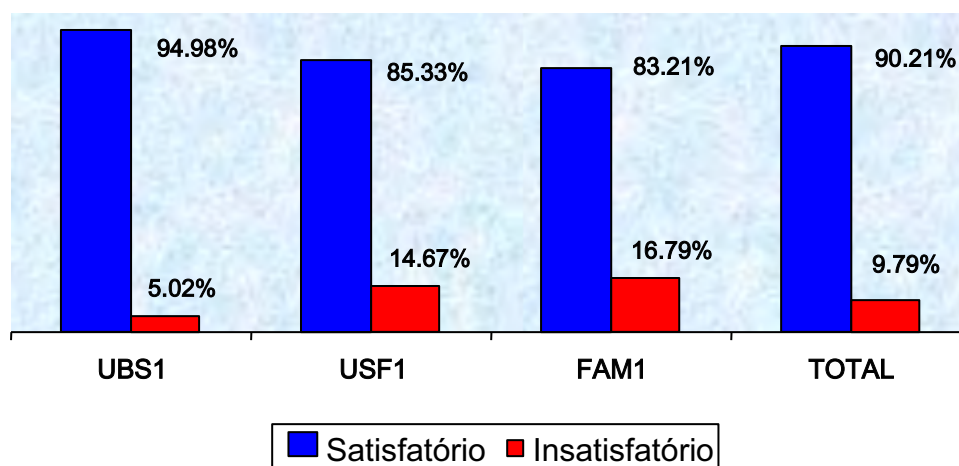


Figura 1 - Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios S (satisfatório) ou I (insatisfatório) para o vídeo 1A

Das 1164 respostas totais emitidas pelos professores colaboradores, levando-se em conta os conceitos S e I, observou-se 90,21% com o conceito Satisfatório (S) e 9,79% com o conceito Insatisfatório (I) (Tabela 1 e Figura 1).

No estudo da associação entre grupo de professor colaborador (UBS1, PSF1 e FAM1) e anotação no formato dos conceitos S e I, o resultado do teste do qui-quadrado foi significativo, o que permite afirmar que as proporções dos conceitos emitidos pelos professores colaboradores apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 1). Os resíduos ajustados¹ localizaram associações significativas entre os grupos de professores colaboradores e anotação no formato para o conceito Insatisfatório (I). Em relação ao conceito Satisfatório (S) o resultado foi não significativo (Tabela 1).

As proporções de conceitos S emitidos pelos professores colaboradores foram similares entre si, respectivamente 94,98% no grupo UBS1, 85,33% no grupo USF1 e 83,21% no grupo FAM1 e, ao observado na amostra, 90,21% (Tabela 1 e Figura 1). Devemos observar que o resultado do teste do qui-quadrado com resultado não-significante permite afirmar que os valores observados (O) não apresentaram diferenças significativas dos valores esperados (E) nos grupos.

As proporções dos conceitos I emitidos pelos professores colaboradores não foram semelhantes, sendo a menor, 5,02%, observada no grupo UBS1 (com valor esperado (E) significativamente maior que o observado (O) com variáveis independentes), diferindo significativamente da proporção 14,67% no grupo USF1 (com valor esperado (E)

¹ As associações são significativas quando o valor do resíduo ajustado for menor ou igual do que -1,96 ou maior ou igual do que 1,96.

significativamente menor que o observado (O) com variáveis independentes) e da proporção observada no grupo FAM1, 16,79% (com valor esperado (E) significativamente menor que o observado (O) com variáveis independentes); as duas últimas não apresentando diferença significativa, no entanto, todas as três diferindo significativamente da proporção observada na amostra, 9,79% (Tabela 1 e Figura 1).

Das 1575 respostas totais emitidas pelos professores colaboradores, levando-se em conta os conceitos S, I, NA e NP, observou-se 66,67% com o conceito S, 7,24% com o conceito I, 23,43% com NA e 2,67% com NP (Tabela 2 e Figura 2).

No estudo da associação entre grupo de professor colaborador (UBS1, PSF1 e FAM1) e anotação no formato dos conceitos S, I, NA e NP, o resultado do teste do qui-quadrado foi significativo; o que permite afirmar que as proporções dos conceitos emitidos pelos professores colaboradores apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação das proporções dos conceitos S, I, NA e NP segundo os colaboradores UBS₁, PSF₁ e FAM₁, no Vídeo 1A

| Colaborador/ Vídeo | Estatística | S | I | NA | NP | Total |
|-----------------------|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| UBS ₁ | Observado | 587 | 31 | 189 | 12 | 819 |
| | Esperado | 546 | 59.28 | 191.88 | 21.84 | |
| | Contribuição χ^2 | 3.08 | 13.49 | 0.04 | 4.43 | |
| | % linha | 71.67% | 3.79% | 23.08% | 1.47% | 100% |
| | % coluna | 55.90% | 27.19% | 51.22% | 28.57% | 52% |
| | Resíduo ajustado | 2.13 | -3.74 | -0.22 | -2.12 | |
| USF ₁ | Observado | 349 | 60 | 140 | 18 | 567 |
| | Esperado | 378 | 41.04 | 132.84 | 15.12 | |
| | Contribuição χ^2 | 2.22 | 8.76 | 0.39 | 0.55 | |
| | % linha | 61.55% | 10.58% | 24.69% | 3.17% | |
| | % coluna | 33.24% | 52.63% | 37.94% | 42.86% | 36% |
| | Resíduo ajustado | -1.81 | 3.01 | 0.66 | 0.75 | |
| FAM ₁ | Observado | 114 | 23 | 40 | 12 | 189 |
| | Esperado | 126 | 13.68 | 44.28 | 5.04 | |
| | Contribuição χ^2 | 1.14 | 6.35 | 0.41 | 9.61 | |
| | % linha | 60.32% | 12.17% | 21.16% | 6.35% | 100% |
| | % coluna | 10.86% | 20.18% | 10.84% | 28.57% | 12% |
| | Resíduo ajustado | -1.30 | 2.56 | -0.68 | 3.12 | |
| Total | 1050 | 114 | 369 | 42 | 1575 | |
| % de n | 66.67% | 7.24% | 23.43% | 2.67% | 100% | |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | | |

$\chi^2 = 50.48$; GL = 6; $p < 0.001$

UBS1 = Unidades Básicas de Saúde
FAM1 = FAMEMA

USF1 = Unidades de Saúde da Família

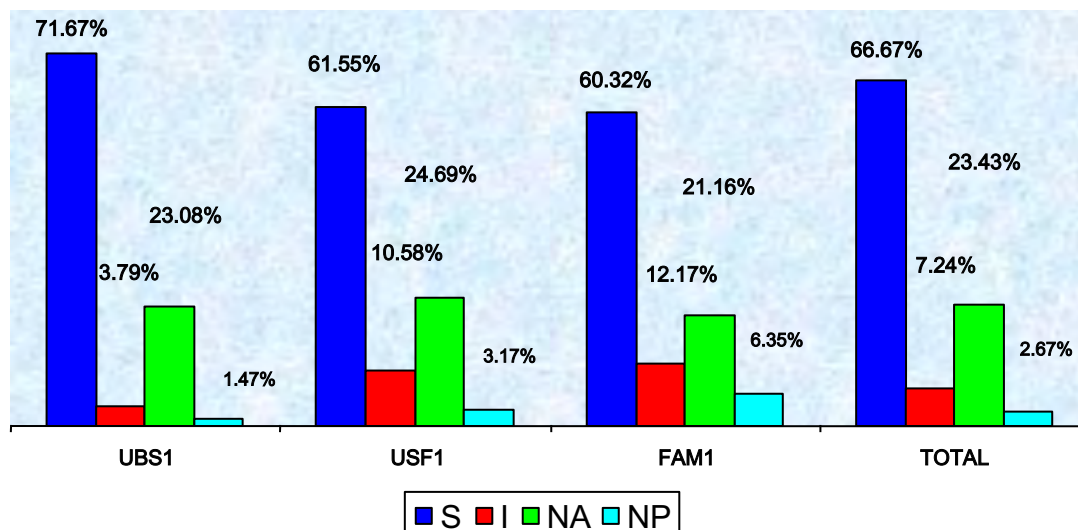


Figura 2 - Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios S (satisfatório), I (insatisfatório), NA (Não aplica) e NP (não preencheu) para o vídeo 1A

Os resíduos ajustados estandardizados localizaram associações significativas entre os grupos de professores colaboradores e anotação no formato para o conceito S no grupo UBS1, para o conceito I nos três grupos e, para NP nos grupos UBS1 e FAM1. Para a anotação NA os resíduos ajustados estandardizados não localizaram associações (Tabela 2).

As proporções de conceitos S emitidos pelos professores colaboradores apresentaram diferenças significativas entre si, sendo a maior dentre elas, 71,67%, observada no grupo UBS1 (com valor esperado (E) significativamente menor que o observado (O) com variáveis independentes), diferindo significativamente das proporções 61,55% no grupo USF1 (com valor esperado (E) semelhante ao observado (O) com variáveis independentes) e da observada no grupo FAM1, 60,32% (com valor esperado (E) semelhante ao observado (O) com variáveis independentes), sendo que estas não diferem significativamente entre si como também da proporção observada na amostra, 66,67% (Tabela 2 e Figura 2).

As proporções dos conceitos I emitidos pelos professores colaboradores não foram semelhantes entre si, sendo a menor, 3,79%, observada no grupo UBS1 (com valor esperado (E) significativamente maior que o observado (O) com variáveis independentes), diferindo significativamente da proporção 10,58% no grupo USF1 (com valor esperado (E) significativamente menor que o observado (O) com variáveis independentes) e da proporção observada no grupo FAM1, 12,17% (com valor esperado

(E) significativamente menor que o observado (O) com variáveis independentes), sendo que estas não diferem significativamente, porém as três diferindo significativamente da proporção observada na amostra, 7,24% (Tabela 2 e Figura 2).

As proporções de NA emitidos pelos professores colaboradores foram semelhantes entre si, respectivamente 23,08% no grupo UBS1, 24,69% no grupo USF1 e 21,16% no grupo FAM1 e ao observado na amostra, 23,43% (Tabela 2 e Figura 2). Devemos observar que o resultado do teste do qui-quadrado com resultado não-significante permite afirmar que os valores observados (O) não apresentaram diferenças significativas dos valores esperados (E) nos grupos.

As proporções da situação NP (Não preenchido) pelos professores colaboradores apresentaram diferenças significativas entre si, sendo a menor, 1,47%, observada no grupo UBS1 (com valor esperado (E) significativamente maior que o observado (O) com variáveis independentes), diferindo significativamente da proporção observada no grupo FAM1, 6,35% (com valor esperado (E) significativamente menor que o observado (O) com variáveis independentes), ambas diferindo da proporção anotada pelo grupo USF1, 3,17% (com valor esperado (E) não diferindo significativamente do observado (O) com variáveis independentes), esta porém não difere significativamente da proporção observada na amostra, 2,67% (Tabela 2 e Figura 2).

Em vista dos resultados obtidos para os conceitos S e I (Tabela 1; Figura 1) e quando se analisa S, I conjuntamente com as proporções observadas para NA e NP (Tabela 2 e Figura 2), não permitirem afirmar que os professores colaboradores anotam os conceitos no formato na mesma proporção do que o observado na amostra, rejeitamos a H_0 e aceitamos a H_a : A proporção (p_i) dos conceitos emitidos (S=satisfatório; I=Insatisfatório; NA=Não aplica e NP=Não preenchido) pelos avaliadores colaboradores das UBS1, USF1 e FAM1 aos estudantes da quarta série do curso de medicina da FAMEMA, submetidos ao exercício de avaliação da prática profissional (EAPP), apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si. Os professores da UBS1 foram mais tolerantes (número observado maior do que o esperado se as variáveis fossem independentes) ao emitirem o conceito final S dos que os professores da USF1 e FAM1; ao contrário do anotado para o conceito I, onde os professores das USF1 e FAM1 foram mais rigorosos, atribuindo maior número de conceitos I do que os da UBS1 (número de valores esperados menores que os observados se as variáveis fossem independentes). Observa-se também na Tabela 2, para os professores das UBS1, a influência da proporção de NP, tornando significativa a

diferença entre os valores esperados (E) e observados (O) para o conceito S, o que não ocorreu com os professores das USF1 e FAM1.

Algumas suposições poderiam justificar um maior rigor observado entre os professores da USF e FAMEMA na atribuição de maior quantidade de conceitos I aos estudantes no preenchimento do F6 no vídeo 1A. Os professores das USFs trabalham como generalistas, ao contrário dos professores das UBSs, que trabalham como especialistas. As capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde estimulam estudos sobre Promoção à Saúde, que não raramente são oferecidas pelos professores da FAMEMA. Esses facilitadores se empenham em trabalhar com os conceitos de saúde relacionados à criação de ambientes saudáveis, e não apenas à ausência de doenças. No F6, em anexo, podemos observar vários recursos relacionados à ampliação do modelo biomédico da saúde, como por exemplo: na tarefa “história clínica”, podemos observar o recurso relacionado à otimização do ambiente e à colaboração para que o paciente fique à vontade para falar o que estava acontecendo. Não queremos dizer aqui, que os professores das UBSs não trabalham aspectos relacionados à Promoção da Saúde. Apenas dissemos que é um tema mais frequentemente abordado pelos outros dois grupos de professores.

Observam-se também nos achados, que os professores colaboradores das UBS1, USF1 e FAM1 anotaram sem diferença significativa o conceito NA nos formatos, não apresentando diferenças significativas entre as proporções esperadas e as observadas nesta amostra com variáveis independentes.

Quanto aos formatos em que se observaram NP, para os professores da UBS1 observou-se uma proporção maior que o esperado com variáveis independentes, ao passo que para os FAM1 a proporção observada de NP foi menor do que a esperada e finalmente para os das USF a proporção observada de NP não apresentou diferença significativa da observada na amostra com variáveis independentes.

Os resultados encontrados corroboram com os achados da Tabela 3, onde pudemos observar que dos 25 professores colaboradores, a minoria deles, 24,00% (6/25) anotaram o conceito final da avaliação de modo coerente com o disposto nos critérios para avaliação na FAMEMA, sendo que dois deles (professores 5 e 13), correspondendo a 8,00% da amostra ($2/25=8,00\%$) anotaram nos seus formatos de avaliação final o conceito I e quatro professores colaboradores (professores 12, 18, 19 e 24), anotaram o conceito S para todas as tarefas, e conceito final S, correspondendo a 16,00% ($4/25=16,00\%$) da amostra.

Tabela 3 – Conceitos satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA), não preenchido (NP) e avaliação final no vídeo 1A

| PROF. | | | | | | | |
|--------|-------|-------|----|----|----|----|-------------|
| COLAB. | LOCAL | VÍDEO | S | I | NA | NP | AVAL. FINAL |
| 1 | USF1 | 1 A | 26 | 13 | 18 | 6 | S |
| 3 | USF1 | 1 A | 40 | 3 | 17 | 3 | S |
| 4 | USF1 | 1 A | 47 | 3 | 13 | 0 | S |
| 5 | USF1 | 1 A | 38 | 12 | 13 | 0 | I |
| 6 | USF1 | 1 A | 38 | 6 | 14 | 5 | S |
| 7 | USF1 | 1 A | 36 | 5 | 22 | 0 | S |
| 9 | USF1 | 1 A | 40 | 6 | 14 | 3 | S |
| 10 | USF1 | 1 A | 38 | 7 | 18 | 0 | S |
| 11 | USF1 | 1 A | 46 | 5 | 11 | 1 | S |
| 12 | UBS1 | 1 A | 49 | 0 | 14 | 0 | S |
| 13 | UBS1 | 1 A | 28 | 9 | 24 | 2 | I |
| 14 | UBS1 | 1 A | 44 | 7 | 10 | 2 | S |
| 15 | UBS1 | 1 A | 41 | 1 | 21 | 0 | S |
| 16 | UBS1 | 1 A | 46 | 2 | 14 | 1 | S |
| 17 | UBS1 | 1 A | 48 | 1 | 13 | 4 | S |
| 18 | UBS1 | 1 A | 45 | 0 | 17 | 1 | S |
| 19 | UBS1 | 1 A | 48 | 0 | 15 | 0 | S |
| 20 | UBS1 | 1 A | 50 | 3 | 10 | 0 | S |
| 21 | UBS1 | 1 A | 50 | 1 | 12 | 0 | S |
| 23 | UBS1 | 1 A | 49 | 4 | 10 | 0 | S |
| 24 | UBS1 | 1 A | 49 | 0 | 12 | 2 | S |
| 25 | UBS1 | 1 A | 43 | 3 | 17 | 0 | S |
| 2 | FAM1 | 1 A | 36 | 13 | 12 | 2 | S |
| 8 | FAM1 | 1 A | 44 | 1 | 9 | 9 | S |
| 22 | FAM1 | 1 A | 34 | 9 | 19 | 1 | S |

Total 25

A maioria da amostra de professores, 76,00% (19/25= 76,00%), anotou pelo menos um conceito I no transcorrer do preenchimento do formato, no entanto na avaliação final ao aluno atribuiu conceito S ao estudante.

Esses resultados nos levam à seguinte reflexão: se foi atribuído I em algum momento e ao final S, mostra que o professor, de acordo com as normas de avaliação da instituição, não levaria em conta os conceitos I atribuídos e ao final da avaliação simulada, considerando o aluno como satisfatório, permitindo, portanto, sem realizar a recuperação prevista no regimento, o prosseguimento de suas atividades discentes o que contraria a norma para avaliação do estudante.

Vimos na fundamentação teórica desta investigação, que não deve existir hierarquia entre as competências, e que na prática profissional atributos poderão ser mobilizados pelo estudante para o cumprimento de tarefas, fundamentadas em padrões de excelência, construídos socialmente (LIMA, 2004). Neste sentido não importa se o estudante teve seu desempenho no cumprimento de alguma tarefa avaliado como insatisfatório, por menos importante que este pareça ser para o avaliador, o conceito final da avaliação deverá ser insatisfatório, o que não pudemos observar na tabela 3.

Considerações I:

Ao término da análise do vídeo 1A pudemos constatar que em relação aos objetivos propostos, não foi possível corroborar o objetivo I:

I – Verificar convergência e divergência entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao exercício de avaliação da prática profissional (EAPP).

Em vista do achado, passamos a análise do momento 2 da investigação, ou seja :

II - Constatadas divergências entre os avaliadores do EAPP na quarta série do curso de medicina da FAMEMA, desencadear um processo de reflexão em relação aos conceitos emitidos pelos professores, nas reuniões quinzenais de educação permanente, utilizando metodologias ativas de aprendizagem para minimizá-las.

AVALIAÇÃO GERAL NO VÍDEO 1B– UBS₂ X USF₂ X FAM₂

O vídeo 1 B se refere à segunda apresentação do vídeo “Estação Pediatria”, após o semestre de reuniões destinadas à EP, para os professores dos três grupos estudados.

Em relação à frequência dos professores-colaboradores das UBSs e dos PSFs nas atividades de educação permanente, podemos perceber que, em média, os professores que aceitaram participar da investigação, compareceram em cerca de 75 % das atividades programadas.

Quadro 1 – Resumo das presenças dos professores colaboradores das UBS's nas atividades de Educação Permanente

| Prof. Colab. | TOTAL Presença | TOTAL F | TOTAL FE | TOTAL FJ |
|--------------|----------------|---------|----------|----------|
| 1 | 13 | 3 | 0 | 0 |
| 2 | 13 | 2 | 0 | 1 |
| 3 | 12 | 3 | 0 | 1 |
| 4 | 14 | 2 | 0 | 0 |
| 5 | 11 | 4 | 1 | 0 |
| 6 | 13 | 3 | 0 | 0 |
| 7 | 11 | 4 | 0 | 1 |
| 8 | 11 | 5 | 0 | 0 |
| 9 | 14 | 1 | 0 | 1 |
| 10 | 14 | 1 | 0 | 1 |
| 11 | 9 | 6 | 0 | 1 |
| 12 | 14 | 2 | 0 | 0 |
| 13 | 13 | 3 | 0 | 0 |
| TOTAL P | 162 | | | |
| TOTAL F | | 39 | | |
| TOTAL FE | | | 1 | |
| TOTAL FJ | | | | 6 |

P = Presenças

FE = Férias

FJ = Faltas Justificadas

F = Faltas

Quadro 2 – Resumo das presenças dos professores colaboradores dos PSF's nas atividades de Educação Permanente

| Prof colab | TOTAL P | TOTAL F | TOTAL FE | TOTAL L |
|------------|---------|---------|----------|---------|
| 1 | 16 | 0 | 1 | 0 |
| 2 | 13 | 4 | 0 | 0 |
| 3 | 10 | 6 | 1 | 0 |
| 4 | 14 | 3 | 0 | 0 |
| 5 | 10 | 6 | 1 | 0 |
| 6 | 11 | 5 | 0 | 1 |
| 7 | 3 | 14 | 0 | 0 |
| 8 | 12 | 0 | 3 | 2 |
| 9 | 7 | 9 | 0 | 1 |
| 10 | 8 | 7 | 2 | 0 |
| 11 | 14 | 2 | 1 | 0 |
| TOTAL P | 118 | | | |
| TOTAL F | | 56 | | |
| TOTAL FE | | | 9 | |
| TOTAL L | | | | 4 |

P = Presenças F = Faltas FE = Férias L = Licenças

Não colocamos o resumo da presença dos professores da FAMEMA abaixo, pois eles, como coordenadores das atividades de Educação Permanente, estiveram presentes em todas as reuniões. Não houve EP sem a presença do coordenador, ficando implícita sua presença em 100% das atividades programadas

Da totalidade das respostas possíveis para o formato S e I, em relação aos professores colaboradores respondentes com base no vídeo 1B, em número de 1045, quando se observou o número de conceitos S e o número de conceitos I, obteve-se 91,29% S e 8,71% I (Tabela 4 e Figura 3).

No estudo da associação entre grupo de professor colaborador (UBS₂, PSF₂ e FAM₂) e anotação no formato dos conceitos S e I, o resultado do teste do qui-quadrado foi não-significante; o que permite afirmar que as proporções dos conceitos emitidos pelos professores colaboradores não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos UBS₂, USF₂ e FAM₂. Os resíduos ajustados estandardizados não localizaram associações significativas entre os professores colaboradores e a emissão dos conceitos S e I, não se observando diferenças significativas entre os grupos de professores colaboradores ao emitirem tais conceitos. Podemos ainda observar que a proporção dos números esperados de S e de I não diferiram significativamente do observado, com variáveis independentes (Tabela 4; Figura 3).

Tabela 4– Comparação das proporções dos conceitos S e I segundo os colaboradores UBS₂, USF₂ e FAM₂ no Vídeo 1B

| Colaborador/ Vídeo | Estatística | S | I | Total |
|--|-------------------------|-------------|-------------|---------------|
| UBS ₂ | Observado | 505 | 45 | 550 |
| | Esperado | 502.11 | 47.89 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.02 | 0.17 | |
| | % linha | 91.82% | 8.18% | 1005 |
| | % coluna | 52.94% | 49.45% | 52.63% |
| | Resíduo ajustado | 0.17 | -0.43 | |
| USF ₂ | Observado | 329 | 31 | 360 |
| | Esperado | 328.65 | 31.35 | |
| | Contribuição χ^2 | 3.71E-04 | 3.89E-03 | |
| | % linha | 91.39% | 8.61% | 100% |
| | % coluna | 34.49% | 34.07% | 34.45% |
| | Resíduo ajustado | 0.03 | -0.06 | |
| FAM ₂ | Observado | 120 | 15 | 135 |
| | Esperado | 123.24 | 11.76 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.09 | 0.9 | |
| | % linha | 88.89% | 11.11% | 1005 |
| | % coluna | 12.58% | 16.48% | 12.92% |
| | Resíduo ajustado | -0.64 | 0.98 | |
| Total | | 954 | 91 | 1045 |
| % de n | | 91.29% | 8.71% | 100% |
| | | 100% | 100% | |
| $\chi^2 = 1,18$; GL = 2; p = 0,555 | | | | |

UBS = Unidade Básica de Saúde
 USF = Unidade de Saúde da Família
 FAM = FAMEMA

S = Satisfatório
 I = Insatisfatório

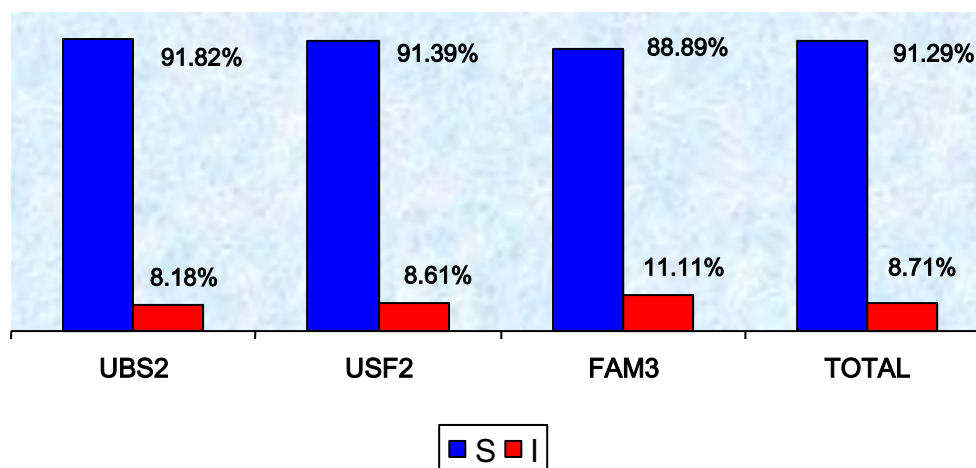


Figura 3- Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios S (satisfatório) ou I (insatisfatório) para o vídeo 1B

Da totalidade das respostas possíveis para o formato S, I, NA e NP em relação aos professores colaboradores respondentes com base no vídeo 1B, em número de 1449, obteve-se 65,84% para o conceito Satisfatório (S), 6,28% para o conceito Insatisfatório (I), 23,53% com o conceito Não aplica (NA) e Não preencheram (NP) respostas do formato, 4,35% (Tabela 5; Figura 4).

No estudo da associação entre os grupos de professores colaboradores (UBS₂, PSF₂ e FAM₂) e a anotação no formato dos conceitos S, I, NA e NP o resultado do teste do qui-quadrado foi não-significante, permitindo afirmar que as proporções dos conceitos emitidos pelos professores colaboradores não-apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e o observado na amostra. Observou-se para o conceito S (66,80% nas UBS₂; 65,28% nas USF₂; 63,49% nas FAM₂), para o conceito I (5,95% nas UBS₂; 6,15% nas USF₂; 7,49% nas FAM₂), para NA(23,15% nas UBS₂; 25,20% nas USF₂; 20,63% nas FAM₂) e NP (4,10% nas UBS₂; 3,37% nas USF₂; 7,94% nas FAM₂), e o observado na amostra 65,84% para S, 6,28% para I, 23,53% para NA e 4,35% para NP (Tabela 5 e Figura 2).

Na Tabela 5, os resíduos ajustados estandardizados não localizaram associações significativas entre os professores colaboradores e a emissão dos conceitos S, I, NA e NP, sendo que as proporções foram similares para os grupos de professores colaboradores em estudo. Podemos ainda observar que a proporção dos números de S, I, NA e NP foram similares ao esperado com variáveis independentes.

Tabela 5 – Comparação das proporções dos conceitos S (Satisfatório) , I (Insatisfatório), NA (Não se aplica) e NP (Não preenchido) segundo os colaboradores UBS₂, USF₂ e FAM₂, no Vídeo 1B

| Colaborador/ Vídeo | Estatística | S | I | NA | NP | Total |
|-----------------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| UBS ₂ | Observado | 505 | 45 | 175 | 31 | 756 |
| | Esperado | 497.74 | 47.48 | 177.91 | 32.87 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.11 | 0.13 | 0.05 | 0.11 | |
| | % linha | 66.80% | 5.95% | 23.15% | 4.10% | 100% |
| | % coluna | 52.94% | 49.45% | 51.32% | 49.21% | 52.17% |
| | Resíduo ajustado | 0.39 | -0.37 | -0.23 | -0.33 | |
| USF ₂ | Observado | 329 | 31 | 127 | 17 | 504 |
| | Esperado | 331.83 | 31.65 | 118.61 | 21.91 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.02 | 0.01 | 0.59 | 1.1 | |
| | % linha | 65.28% | 6.15% | 25.20% | 3.37% | 100% |
| | % coluna | 34.49% | 34.07% | 37.24% | 26.98% | 34.78% |
| | Resíduo ajustado | -0.19 | -0.12 | 0.82 | -1.06 | |
| FAM ₂ | Observado | 120 | 15 | 39 | 15 | 189 |
| | Esperado | 124.43 | 11.87 | 44.48 | 8.22 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.16 | 0.83 | 0.67 | 5.6 | |
| | % linha | 63.49% | 7.94% | 20.63% | 7.94% | 100% |
| | % coluna | 12.58% | 16.48% | 11.44% | 23.81% | 13.04% |
| | Resíduo ajustado | -0.48 | 0.92 | -0.87 | 2.39 | |
| Total | | 954 | 91 | 341 | 63 | 1449 |
| % de n | | 65.84% | 6.28% | 23.53% | 4.35% | 100% |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | |

$\chi^2 = 9.38$; GL = 6; p = 0.153

UBS=Unidade Básica de Saúde
 USF=Unidade de Saúde da Família
 FAM=FAMEMA

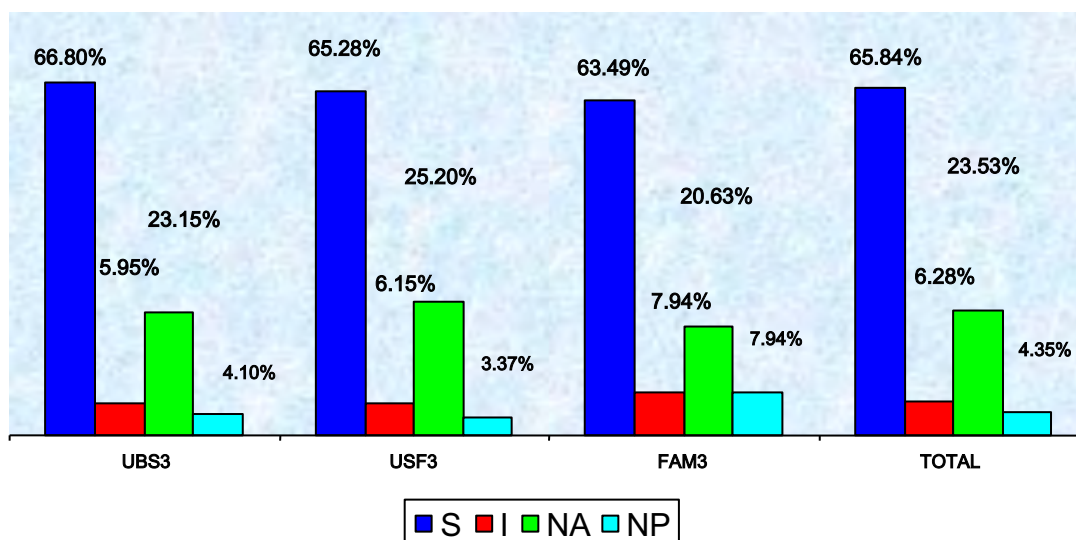


Figura 4- Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios S (satisfatório), I (insatisfatório), NA (Não aplica) e NP(não preencheu) para o vídeo 1B

Os resultados obtidos para os conceitos S e I (Tabela 4; Figura 3) e quando se analisa S, I conjuntamente com as proporções observadas para NA e NP (Tabela 5 e Figura 4), permitem afirmar que os professores colaboradores anotam os conceitos no formato na mesma proporção do que o observado na amostra, levando-nos a aceitar a H_0 : A proporção (p_i) dos conceitos emitidos (S=satisfatório; I=Insatisfatório; NA=Não aplica e NP=Não preenchido) pelos avaliadores colaboradores das UBS2, USF2 e FAM2 aos estudantes da quarta série do curso de medicina da Famema, submetidos ao exercício de avaliação da prática profissional (EAPP), não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si, quando anotam nos formatos os conceitos S ou I (Tabela 4 e Figura 3), como também para S, I, NA e NP (Tabela 5 e figura 4), observando-se que os valores esperados foram semelhantes aos observados na amostra para todos os grupos em estudo (UBS2, USF2 e FAM2).

Tabela 6 – Conceitos satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA), não preenchido (NP) e avaliação final no vídeo 1B

| PROFESSOR | LOCAL/VÍDEO | SATISFA-TÓRIO | INSATISFA-TÓRIO | NÃO APLICA | NÃO PREENCHEU | AVALIAÇÃO GERAL |
|-----------|-------------|---------------|-----------------|------------|---------------|-----------------|
| 1 | USF2 | 42 | 3 | 16 | 2 | S |
| 3 | USF2 | 37 | 3 | 18 | 5 | I |
| 4 | USF2 | 44 | 0 | 18 | 1 | S |
| 5 | USF2 | 44 | 6 | 12 | 1 | S |
| 6 | USF2 | 44 | 6 | 12 | 1 | S |
| 7 | USF2 | 31 | 11 | 19 | 2 | S |
| 8 | USF2 | 45 | 1 | 14 | 3 | S |
| 9 | USF2 | 42 | 1 | 18 | 2 | I |
| 10 | UBS2 | 49 | 0 | 14 | 0 | S |
| 11 | UBS2 | 38 | 3 | 21 | 1 | S |
| 12 | UBS2 | 40 | 8 | 15 | 0 | S |
| 13 | UBS2 | 41 | 3 | 19 | 0 | S |
| 14 | UBS2 | 42 | 7 | 12 | 2 | S |
| 15 | UBS2 | 37 | 4 | 6 | 16 | S |
| 16 | UBS2 | 36 | 1 | 22 | 4 | S |
| 17 | UBS2 | 40 | 3 | 18 | 2 | S |
| 18 | UBS2 | 43 | 6 | 14 | 0 | S |
| 19 | UBS2 | 50 | 0 | 12 | 1 | S |
| 20 | UBS2 | 42 | 4 | 12 | 5 | S |
| 22 | UBS2 | 47 | 6 | 10 | 0 | S |
| 2 | FAM2 | 43 | 3 | 13 | 4 | S |
| 21 | FAM2 | 38 | 9 | 12 | 4 | S |
| 23 | FAM2 | 39 | 3 | 14 | 7 | S |
| Total | 23 | | | | | |

Os resultados encontrados nas Tabelas 4 e 5 e Figuras 3 e 4, não corroboram com os achados da Tabela 6, onde pudemos observar que dos 23 professores colaboradores a minoria deles, 21,7%, correspondendo a cinco professores ($5/23=21,74\%$) anotaram o conceito final da avaliação de modo coerente com o disposto na norma vigente para avaliação na FAMEMA, sendo que dois deles (professores 3 e 9), correspondendo a 8,70% da amostra ($2/23=8,70\%$) anotaram nos seus formatos de avaliação final o conceito I e três professores colaboradores (professores 4, 10 e 19), correspondendo a 13,04% ($3/23=13,04\%$) da amostra, o conceito S.

A maioria da amostra de professores, 78,26% ($18/23=78,26\%$), anotou pelo menos um conceito I no transcorrer do preenchimento do formato, no entanto na avaliação final ao aluno atribuíram conceito S.

Esses resultados também nos levam à seguinte suposição: os professores colaboradores não levaram em conta os conceitos I atribuídos na avaliação simulada, considerando o estudante como apto para a progressão do ciclo, permitindo, sem

realizar a recuperação prevista no regimento, o prosseguimento de suas atividades discentes, o que contraria a norma vigente para avaliação do aluno.

Considerações II:

Ao término da análise do vídeo 1B pudemos constatar que em relação aos objetivos propostos, foi possível corroborar o objetivo I:

I – Verificar convergência e divergência entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao exercício de avaliação da prática profissional (EAPP).

No entanto, permanece a dúvida quanto ao avaliar de maneira coerente com o proposto na norma vigente na FAMEMA (Tabela 6).

Em vista dos achados, os professores-colaboradores foram convidados a participar de um terceiro momento de avaliação, vídeo 2, correspondendo a uma contra-prova em relação a resíduos de percepção em relação ao processo de educação permanente que participaram os avaliadores antes da realização da avaliação do vídeo 1B.

AValiação GERAL NO VíDEO 2 – UBS₃ X PSF₃ X FAM₃

Das 967 respostas emitidas pelos professores colaboradores, com base no Vídeo 2, levando-se em conta os conceitos S e I, observou-se 90,49% com o conceito Satisfatório(S) e 9,51% com o conceito Insatisfatório (I) (Tabela 7 e Figura 5).

No estudo da associação entre grupo de professor colaborador (UBS₃, PSF₃ e FAM₃) e anotação no formato dos conceitos S e I, o resultado do teste do qui-quadrado foi significativo; o que permite afirmar que as proporções dos conceitos emitidos pelos professores colaboradores apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 7 e Figura 5).

Na Tabela 7, os resíduos ajustados estandardizados localizaram associações significativas entre os professores colaboradores e Não preencheu o formato no item correspondente. A maior proporção de I (16,30%), foi atribuída por professores FAM₃, sendo que o número de I anotado no formato por esses professores foi significativamente maior do que o esperado com variáveis independentes; a menor proporção de I foi atribuída por professores colaboradores das UBS₃ (6,26%), para esse grupo de professores colaboradores o número de I observado foi significativamente menor do que o esperado com variáveis independentes; essas proporções diferem significativamente da proporção de I (11,11%) anotada por professores colaboradores PSF₃ (não apresentou diferença estatisticamente significativa do que o esperado com variáveis independentes), a qual não diferiu significativamente da proporção observada na amostra, 9,51% (Figura 5).

Esta grande proporção de conceitos I (16,30%) atribuída pelos professores FAM₃ pode ser pensada, como resultado de um maior rigor por parte dos docentes da instituição na avaliação dos formatos 6, em virtude de algumas suposições: a) muitos docentes da instituição participam ativamente dos processos de revisão dos formatos, opinando sobre modificações nos desempenhos de acordo com as avaliações sucessivas realizadas com os estudantes desde a implantação da avaliação simulada dos EAPPs há quase uma década, b) alguns docentes da instituição também trabalham como coordenadores das UPPs, realizando visitas nas Unidades de Saúde da Família e verificando fortalezas e fragilidades no preenchimento semanal do F6 pelos professores colaboradores e c) particularmente, os docentes que preencheram os F6 nesta investigação trabalharam com o pesquisador nas atividades de Educação Permanente, o que pode tê-los deixado mais atentos para a observação de alguns desempenhos presentes no Formato.

Ainda na Tabela 7 e Figura 5, as proporções dos conceitos anotados S foram similares para os grupos de professores colaboradores em estudo.

Tabela 7 - Comparação das proporções de dos conceitos S (Satisfatório) e I (Insatisfatório) segundo os colaboradores UBS₃, PSF₃ e FAM₃, no Vídeo 2

| Colaborador/ Vídeo | Estatística | S | I | Total |
|--|-------------------------|-------------|-------------|---------------|
| UBS ₃ | Observado | 434 | 29 | 463 |
| | Esperado | 418.95 | 44.05 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.54 | 5.14 | |
| | % linha | 93.74% | 6.26% | 100% |
| | % coluna | 49.60% | 31.52% | 47.88% |
| | Resíduo ajustado | 1.01 | -2.33 | |
| PSF ₃ | Observado | 328 | 41 | 369 |
| | Esperado | 333.89 | 35.11 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.1 | 0.99 | |
| | % linha | 88.89% | 11.11% | 100% |
| | % coluna | 37.49% | 44.57% | 38.16% |
| | Resíduo ajustado | -0.49 | 1.02 | |
| FAM ₃ | Observado | 113 | 22 | 135 |
| | Esperado | 122.16 | 12.84 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.69 | 6.53 | |
| | % linha | 83.70% | 16.30% | 100% |
| | % coluna | 12.91% | 23.91% | 13.96% |
| | Resíduo ajustado | -1.76 | 2.67 | |
| Total | | 875 | 92 | 967 |
| | % de n | 90.49% | 9.51% | 100% |
| | | 100% | 100% | |
| $\chi^2 = 13.99$; GL = 2; p < 0.001 | | | | |

UBS = Unidade Básica de Saúde
 PSF = Programa de Saúde da Família
 FAM = FAMEMA

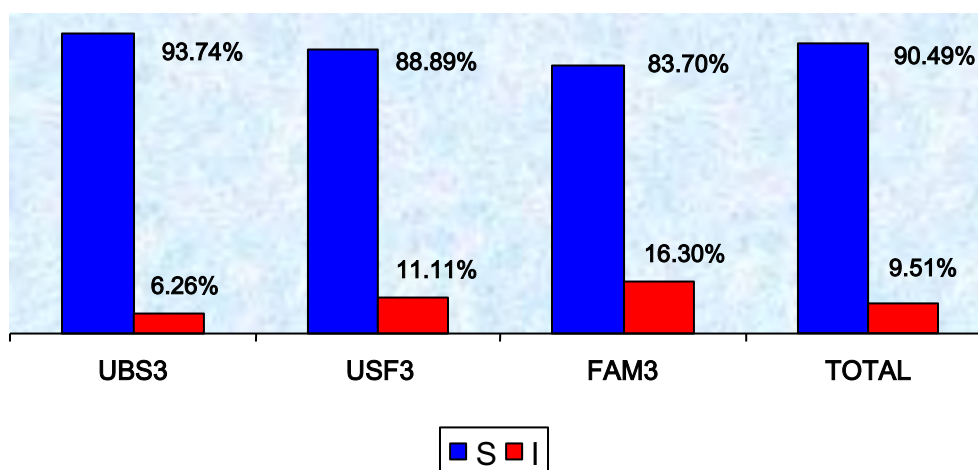


Figura 5 - Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios S (satisfatório) ou I (insatisfatório) para o vídeo 2

Da totalidade das respostas possíveis para o formato em relação aos professores colaboradores respondentes com base no Vídeo 2, em número de 1449, observou-se 60,39% com o conceito Satisfatório (S), 6,35% com o conceito Insatisfatório (I), 24,43% com o conceito Não se aplica e Não preencheram respostas do formato 8,83% (Tabela 8 e Figura 6).

No estudo da associação entre grupo de professor colaborador (UBS₃, PSF₃ e FAM₃) e anotação no formato dos conceitos S, I, NA e NP, o resultado do teste do qui-quadrado foi significativo; o que permite afirmar que as proporções dos conceitos emitidos pelos professores colaboradores apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 8) e não localizaram associações significativas para os três grupos quando anotaram S ou NA e nos grupos USF3 e FAM3 para o conceito I.

Na Tabela 8 e Figura 6, os resíduos ajustados estandardizados localizaram associações significativas entre os professores colaboradores e Não preencheu o formato no item correspondente. A maior proporção de I (11,64%), foi atribuída por professores colaboradores FAM₃, sendo que o número de I anotado no formato por esses professores foi significativamente maior do que o esperado com variáveis independentes; a menor proporção de I foi por professores colaboradores das UBS₃ (3,84%), para esse grupo de professores colaboradores o número de I observado foi significativamente menor do que o esperado com variáveis independentes; a proporção de I (8,13%) anotada por professores colaboradores PSF₃, não apresentou diferença estatisticamente significativa do que o esperado com variáveis independentes.

Também na Tabela 8 e Figura 6, os resíduos ajustados estandardizados localizaram associações significativas entre os professores colaboradores e “Não preencheu” o formato no item correspondente. A maior proporção de NP (14,68%), foi atribuída por professores colaboradores UBS₃, sendo que o número de NP anotado no formato por esses professores foi significativamente maior do que o esperado com variáveis independentes; a menor proporção de NP foi por professores colaboradores das PSF₃ (2,38%), uma proporção com valor próximo a esse (2,65%) foi anotada pelos professores FAM₃; para esses grupos de professores colaboradores o número de NP observado foi significativamente menor do que o esperado com variáveis independentes e as proporções dos três grupos diferiram significativamente do encontrado na amostra, 8,83%.

Talvez a grande quantidade de (NP) existentes no vídeo 2 possa se relacionar ao fato de que o último vídeo foi exposto apenas 15 dias após a exibição do vídeo anterior. Esse, inclusive pode ser um vies a ser considerado neste trabalho.

Ainda na Tabela 8 e Figura 6, as proporções dos conceitos anotados S foram similares ao esperado com variáveis independentes para os grupos de professores colaboradores em estudo, não diferindo entre si (57,41% na UBS3, 65,08% na USF3 e 59,79% na FAM3) e do encontrado na amostra (60,93%). Também para os que anotaram I, no grupo USF₃, os valores observados foram similares ao esperado com variáveis independentes, não diferindo significativamente do observado na amostra; para o grupo USF₃ o valor observado para I, 8,13% (valores esperados semelhantes aos observados) não diferiu do observado na amostra, 6,35%; estas proporções diferiram significativamente do obtido na UBS3, 3,84% (sendo que os valores esperados foram maiores que os esperados considerando-se variáveis independentes) e para FAM3, 11,64% (valores esperados menores que os observados com variáveis independentes), os quais diferiram significativamente entre si.

Os resultados obtidos para os conceitos S e I (Tabela 7 ; Figura 5) e quando se analisa S, I conjuntamente com as proporções observadas para NA e NP (Tabela 8 e Figura 6), não permitem afirmar que os professores colaboradores anotam os conceitos no formato na mesma proporção do que o observado na amostra, levando-nos a rejeitar a H₀ e aceitar a H_a: A proporção (p_i) dos conceitos emitidos (S=satisfatório; I=Insatisfatório; NA=Não aplica e NP=Não preencheu) pelos avaliadores colaboradores das UBS3, USF3 e FAM3 aos estudantes da quarta série do curso de medicina da FAMEMA, submetidos ao exercício de avaliação da prática profissional (EAPP), apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si.

Os professores da UBS3 foram mais tolerantes (número observado maior do que o esperado com variáveis independentes) ao emitirem o conceito final I dos que os professores da USF3 e FAM3 (Tabela7 e Figura 5). Observa-se também na Tabela 7 e Figura 5, que as proporções anotadas para S foram semelhantes nos três grupos (93,74% na UBS3, 88,89% na USF3 e 83,70% na FAM3) e não diferiram do observado na amostra (90,49%). A justificativa para este fato pode ser a mesma citada no vídeo 1A.

Na Tabela 8 e Figura 6, observam-se também nos achados, que o conceito S foi anotado pelos professores colaboradores nas proporções de 57,41% nas UBS3, 65,08% nas USF3 e 59,79% nas FAM3 e o as proporções NA em 24,07% nas UBS3, 24,40% nas USF3 e 25,93% nas FAM3, proporções que não apresentaram diferenças

significativas entre si em cada um dos conceitos e observou-se ainda que valores esperados foram semelhantes aos observado com variáveis independentes.

Para o conceito I, os professores colaboradores das UBS3 anotaram a menor proporção, 3,84%, sendo mais benevolentes (valores esperados maiores que os observados se as variáveis fossem independentes) que os da USF3 (valores esperados menores que os observados com variáveis independentes) e os da FAM3, 8,33% (valores esperados menores que os observados com variáveis independentes), estas proporções não apresentaram diferenças significativas.

Quanto aos formatos em que se observaram NP, a maior proporção observada foi para os professores da UBS1, 29,28% (valor esperado menor que o observado se as variáveis fossem independentes), a qual difere das obtidas para as USF3, 2,38% (valor esperado maior que o observado) e das FAM3, 2,65% (valor esperado menor que o observado com variáveis independentes), as quais não diferem significativamente entre si, todas as três diferindo significativamente do encontrado na amostra, 8,83%.

Tabela 8 – Comparação das proporções dos conceitos S (Satisfatório), I (Insatisfatório), NA (Não se aplica) e NP (Não preenchido) segundo os colaboradores UBS₃, PSF₃ e FAM₃, dentro do Vídeo 2

| Colaborador/ Vídeo | Estatística | S | I | NA | NP | Total |
|-----------------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| UBS ₃ | Observado | 434 | 29 | 182 | 111 | 756 |
| | Esperado | 456.52 | 48 | 184.7 | 66.78 | |
| | Contribuição χ^2 | 1.11 | 7.52 | 0.04 | 29.28 | |
| | % linha | 57.41% | 3.84% | 24.07% | 14.68% | 100% |
| | % coluna | 49.60% | 31.52% | 51.41% | 86.72% | 52.17% |
| | Resíduo ajustado | -1.25 | -2.79 | -0.21 | 5.53 | |
| PSF ₃ | Observado | 328 | 41 | 123 | 12 | 504 |
| | Esperado | 304.35 | 32 | 123.13 | 44.52 | |
| | Contribuição χ^2 | 1.84 | 2.53 | 1.38E-04 | 23.76 | |
| | % linha | 65.08% | 8.13% | 24.40% | 2.38% | 100% |
| | % coluna | 37.49% | 44.57% | 34.75% | 9.38% | 34.78% |
| | Resíduo ajustado | 1.61 | 1.62 | -0.01 | -4.98 | |
| FAM ₃ | Observado | 113 | 22 | 49 | 5 | 189 |
| | Esperado | 114.13 | 12 | 46.17 | 16.7 | |
| | Contribuição χ^2 | 0.01 | 8.33 | 0.17 | 8.19 | |
| | % linha | 59.79% | 11.64% | 25.93% | 2.65% | 100% |
| | % coluna | 12.91% | 23.91% | 13.84% | 3.91% | 13.04% |
| | Resíduo ajustado | -0.13 | 2.93 | 0.44 | -2.93 | |
| Total | 875 | 92 | 354 | 128 | 1449 | |
| % de n | 60.39% | 6.35% | 24.43% | 8.83% | 100% | |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | | |

$$\chi^2 = 82.78; \text{GL} = 6; p < 0.001$$

UBS = Unidade Básica de Saúde PSF = Programa Saúde da Família FAM = FAMEMA

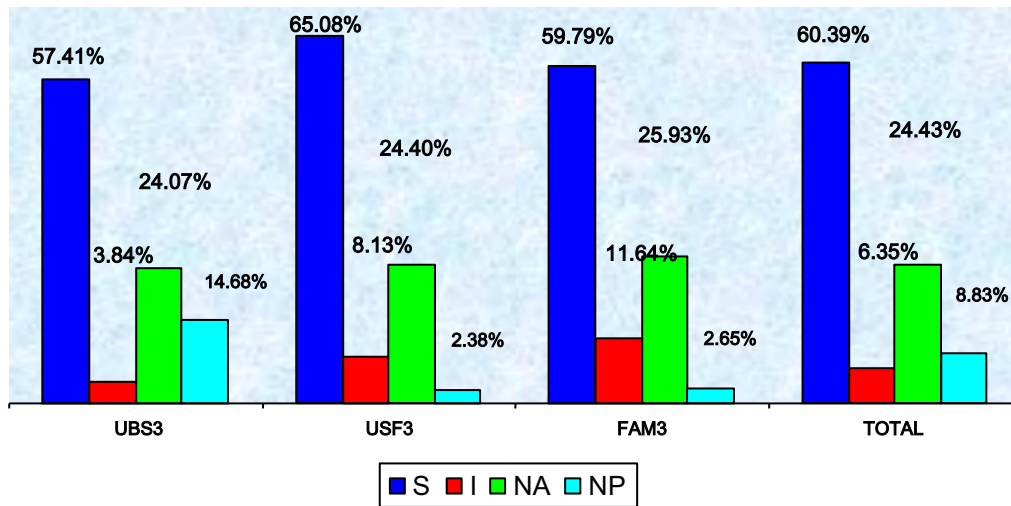


Figura 6 - Avaliação dos professores colaboradores segundo os critérios S (satisfatório), I (insatisfatório), NA (Não aplica) e NP(não preencheu) para o vídeo 2

Os resultados encontrados corroboram com os achados da Tabela 9, onde pudemos observar que dos 23 professores colaboradores, temos que 12, ou seja, pouco mais da metade dos colaboradores, 52,17% ($12/23=52,17\%$) (professores colaboradores 2, 3, 4, 5, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 19 e 20) anotaram em seus formatos de avaliação concordando com o disposto nas normas de avaliação final da FAMEMA. Desses professores, seis anotaram I e seis anotaram S. Os outros 11, 47,83% ($11/23= 47,83\%$), anotaram pelo menos um conceito I no transcorrer do preenchimento do formato, no entanto na avaliação final ao aluno atribuíram conceito S.

Tabela 9 – Conceitos satisfatório (S), insatisfatório (I), não se aplica (NA), não preenchido (NP) e avaliação final no vídeo 2

| PROFESSOR | LOCAL/VÍDEO | SATISFATÓRIO | INSATISFATÓRIO | NÃO APLICA | NÃO PREENCHEU | AValiação GERAL |
|-----------|-------------|--------------|----------------|------------|---------------|-----------------|
| 1 | USF3 | 43 | 3 | 16 | 1 | S |
| 3 | USF3 | 43 | 4 | 15 | 1 | I |
| 4 | USF3 | 37 | 8 | 18 | 2 | I |
| 5 | USF3 | 38 | 11 | 14 | 0 | I |
| 6 | USF3 | 42 | 4 | 12 | 5 | S |
| 7 | USF3 | 29 | 11 | 21 | 2 | S |
| 8 | USF3 | 47 | 0 | 16 | 0 | S |
| 9 | USF3 | 37 | 7 | 17 | 2 | S |
| 11 | UBS3 | 43 | 0 | 19 | 1 | S |
| 12 | UBS3 | 33 | 9 | 18 | 3 | I |
| 13 | UBS3 | 44 | 0 | 19 | 0 | S |
| 14 | UBS3 | 25 | 0 | 7 | 31 | S |
| 15 | UBS3 | 44 | 0 | 5 | 14 | S |
| 16 | UBS3 | 48 | 0 | 13 | 2 | S |
| 17 | UBS3 | 38 | 1 | 24 | 0 | S |
| 18 | UBS3 | 22 | 5 | 11 | 28 | S |
| 19 | UBS3 | 34 | 0 | 19 | 10 | S |
| 20 | UBS3 | 31 | 10 | 22 | 0 | I |
| 21 | UBS3 | 48 | 1 | 14 | 0 | S |
| 23 | UBS3 | 44 | 5 | 12 | 2 | S |
| 2 | FAM3 | 40 | 6 | 16 | 1 | I |
| 10 | FAM3 | 41 | 4 | 17 | 1 | S |
| 22 | FAM3 | 24 | 3 | 11 | 25 | S |
| Total | 23 | | | | | |
| | | | | | | |

Esses resultados ainda nos levam à seguinte reflexão: se o colaborador atribuiu I em algum momento e ao final S, mostra que o professor não levou em conta os conceitos I atribuídos e ao final considerou o estudante como apto, permitindo, sem realizar a recuperação prevista no regimento, o prosseguimento de suas atividades discentes, o que contraria a norma para avaliação da FAMEMA.

Considerações III:

Ao término da análise do vídeo 2 pudemos constatar que em relação aos objetivos propostos, não foi possível corroborar o objetivo I:

I – Verificar convergência entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao exercício de avaliação da prática profissional (EAPP).

Devemos observar ainda, que onze professores colaboradores não avaliam em coerência com a norma da FAMEMA.

6 CONCLUSÕES

Os resultados desta investigação apontam para a constatação de divergências entre os conceitos emitidos pelos professores colaboradores do quarto ano médico no formato 6, aos estudantes, na exibição de filmagens do exercício de avaliação da prática profissional (EAPP), realizadas no final do ano letivo de 2006.

Os professores-colaboradores da FAMEMA participaram de reuniões quinzenais de Educação Permanente, no ano de 2007, que foram utilizadas para exposição de gráficos produzidos a partir dos resultados preliminares desta pesquisa. Esses gráficos, mostrando inicialmente divergências entre avaliadores, resultaram do preenchimento do formato 6, pelos professores, a partir da exposição do vídeo 1A, onde uma estudante da quarta série do Curso de Medicina realizava o EAPP.

Após a exposição do vídeo 1A, houve registro sistemático dos resultados das avaliações do F6 preenchido pelos professores após a exibição de mais dois vídeos: 1B e 2, de estudantes submetidas ao EAPP, avaliadas por meio de escala de desempenhos, por três grupos de professores, após se aproximarem do projeto político pedagógico da instituição em 8 sessões (professores das UBSs) e 10 sessões (professores do PSF e FAMEMA) de 2 horas de Educação Permanente. Este artifício permitiu que vários professores conseguissem avaliar uma mesma estudante, executando uma mesma tarefa, em dois momentos (vídeos 1A e vídeo 1B). Os professores avaliaram também o vídeo de uma outra estudante, que serviu como contra-prova para verificar a possível manutenção de divergências entre avaliadores no final do ano letivo de 2006.

Conforme dissemos, esta percepção dos professores, de divergências entre os juízos emitidos por eles aos estudantes do Curso de Medicina no Exercício de Avaliação da Prática Profissional na FAMEMA (vídeo 1A), foi seguida de reflexões sobre o Projeto Político Pedagógico da Instituição, no ano de 2007. Estas reflexões foram feitas, com a ajuda dos facilitadores, com metodologias ativas de aprendizagem, nos mesmos moldes que os professores utilizam com os estudantes da Instituição de Ensino Superior onde se realizou a investigação. As reuniões quinzenais de Educação Permanente assumiram o papel de cenário, agindo como força motriz para as reflexões dos professores em relação às avaliações dos estudantes.

Após um semestre de reflexões com os professores, percebemos no grupo de colaboradores do PSF, a adoção de uma forma mais homogênea de avaliar os estudantes, expressa pela redução dos resíduos ajustados (Ra) para valores menores que

o módulo de 1,96, desaparecendo as diferenças estatisticamente significativas para os conceitos: não se aplica (NA), insatisfatórios (I) e satisfatórios (S) no preenchimento da escala de desempenhos no Formato de Observação do Desempenho do Estudante. Esta situação pôde ser observada no novo preenchimento do formato, na exibição do segundo e terceiro vídeos, 1B e 2, respectivamente, em comparação com a primeira exibição (vídeo 1A), situação que de forma diversa, não ocorreu com os grupos de professores das UBSs e FAMEMA.

No espaço reservado à Educação Permanente, foi exposto aos professores que: no preenchimento do Formato de Observação do Desempenho do Estudante, na identificação das necessidades de saúde individual e coletiva, várias vezes o docente avaliava o estudante mobilizando recursos para realização das tarefas no EAPP, emitindo conceitos (Is) insatisfatórios no decorrer do formato, fazendo comentários e prescrições em relação ao conceito emitido, mas no preenchimento do conceito final colocavam como resultado o conceito (S) satisfatório. Na exibição dos vídeos 1B e 2 percebemos que os professores mantiveram a conduta de dar conceitos insatisfatórios no decorrer do F6 e a considerar o estudante na avaliação geral como satisfatório.

A avaliação dos estudantes de Medicina realizada anualmente pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), desde 2005, nos trouxe dados preocupantes em relação à situação do ensino médico no país. “Com média de aprovação estipulada em 60% de acertos, o índice de reprovação cresceu 25 pontos percentuais de 2005 para 2007.” (CERRI, 2008, p.21).

O professor Giovanni Guido Cerri, ex-diretor do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da USP, em discussão sobre o Exame do CREMESP disse, em entrevista à revista citada:

É muito difícil entrar numa boa escola médica e muito fácil sair. Apesar de a escola ter alunos muito bons e intelectualmente bem preparados, não é possível que em seis anos não existam desvios. A avaliação ao longo do curso é um problema geral das escolas médicas. Há um certo paternalismo; reprovar um aluno é algo tão aviltante que ninguém pode ser reprovado e temos que carregá-lo no colo até o final. Aliás, um dos grandes problemas do país é que somos uma sociedade muito permissiva e tolerante, mas para as escolas médicas obterem melhores resultados devem fazer uma avaliação rígida e exigir mais qualidade. O exame final do CREMESP mostra que o produto final de nossas escolas deixa a desejar. (CERRI, 2008, p.24)

Quando mostrávamos aos professores os resultados discrepantes entre a avaliação intermediária e a avaliação final no formato 6, perguntando a eles sobre os motivos que os levavam a fazer aquele tipo de preenchimento, a maioria deles justificou

que, para a quarta série do curso de medicina, ainda que as respostas dos estudantes não estivessem adequadas, elas estavam aceitáveis para um aluno da quarta série.

Todas essas percepções, reflexões e novas ações dos professores, após sua aproximação com o Projeto Político Pedagógico da Instituição, se deram no espaço reservado à Educação Permanente na Faculdade de Medicina de Marília.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo que os professores devem encarar o processo de formação do estudante de maneira continuada e reflexiva, comparando análises realizadas em diferentes momentos, refletindo sobre o seu papel e sobre suas impressões em relação aos alunos, comparando suas análises nessas diversas situações (SÁ-CHAVES, 2000), esta investigação pôde trazer para o grupo de professores participantes, informações sobre a existência de divergências entre avaliadores no preenchimento do F6 em filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional do ano de 2006, aplicado na quarta série do Curso de Medicina da FAMEMA. Existe, porém, conforme demonstramos neste trabalho, uma maneira de diminuir essas divergências, com a aproximação dos docentes do Projeto Político Pedagógico Institucional.

Como os processos de avaliação no currículo por competências podem se referir a resultados e tarefas, capacidades cognitivas, ou para a prática profissional, onde atributos serão mobilizados para se cumprir tarefas fundamentadas em padrões de excelência, socialmente construídos, entendemos que potencialidades cognitivas, psicomotoras e afetivas poderão ser mobilizadas de maneiras diferentes para se cumprir tarefas que caracterizam determinada profissão (LIMA, 2004). Esta diversidade na mobilização das potencialidades do estudante no cumprimento das tarefas será avaliada pelos professores que precisam estar afinados na emissão de seus julgamentos. Do contrário, os estudantes poderão se sentir injustiçados em relação aos conceitos emitidos pelos professores no Exercício de avaliação da Prática Profissional.

Esta investigação pôde trazer para os professores, informações sobre sua forma de emitir julgamentos aos estudantes, sendo valorizada uma atitude avaliativa mais homogênea por parte do grupo. Nas reuniões de Educação Permanente (Eps) que ocorreram após a exposição do primeiro vídeo, priorizamos discutir as tarefas onde foram detectadas as opiniões mais divergentes em relação à avaliação dos estudantes. Poderia ser interessante que houvesse nas Eps futuras, uma continuidade nas discussões a respeito dos recursos mobilizados na realização das tarefas existentes no formato de avaliação do estudante, para identificação das necessidades de saúde individuais e coletivas, sempre sendo valorizada uma avaliação homogênea do grupo de professores.

A partir das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) da quarta série do Curso de Medicina percebemos que os professores se interessaram, nas reuniões de Educação Permanente, em entender melhor os parâmetros utilizados

pelo grupo para a emissão de conceitos satisfatórios ou insatisfatórios para os estudantes. Talvez a instituição pudesse, a partir de filmagens do EAPP para todas as séries, realizar discussões com o grupo de professores de cada série sobre o julgamento das atividades práticas simuladas realizadas na Faculdade, com registros sistemáticos das avaliações simuladas, como fizemos em nossa investigação. Quanto mais este trabalho for replicado, na instituição ou em outros locais que utilizam este tipo de metodologia ativa de aprendizagem, maior confiança poderemos creditar ao método e aos resultados encontrados.

Poderia também ser interessante, para sistematização das buscas e uniformização flexível de condutas, a adoção de portfólios reflexivos a serem preenchidos pelos professores, nos quais pudessem ser anotadas, dia-a-dia, suas impressões sobre as relações com os estudantes, suas buscas em relação à educação médica, pedagogia das competências, fortalezas e fragilidades encontradas durante a semana na Unidade de Saúde e na Faculdade, nos encontros quinzenais. Este portfólio poderia ser recolhido pelo facilitador de cada grupo de professores, lido e devolvido sistematicamente, da mesma maneira que o professor faz com o estudante.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. *Professores reflexivos em uma escola reflexiva*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005. (Coleção questões da nossa época, 103).

BATISTA, N. A. Formação do professor de medicina: desafios e perspectivas. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Coord.). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 31-39.

BATISTA, N.; BATISTA, S. H.; GOLDENBERG, P.; SEIFFERT, O.; SONZOGNO, M. C. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, abr. 2005.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, fev. 1998.

BERGER FILHO, R. L. Formação baseada em competências numa concepção inovadora para a transformação tecnológica. In: CONGRESSO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DOS PAÍSES DO MERCOSUL, 5., 1998, Pelotas. *Anais...* Pelotas: MEC/SEMTEC/ETFPPEL, 1998.

BERGER, R. Currículo e competências. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, Brasília. 2000.

BLOOM, P. et al. *Taxionomia de objetivos educacionais e domínio cognitivo*. Porto Alegre: Globo, 1973.

BLOOM, B. S. *Taxonomy of educational objectives*. David Mckay, New York, 1983.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. *Programa de incentivos às mudanças curriculares para as escolas médicas: PROMED*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde - SGTS. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2005 a. (Série C: projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE*. Brasília, 2005 b. (Série C: projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente de saúde: unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. *Bioestatística: princípio e aplicações*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO JÚNIOR, P. M. A informática em saúde como ferramenta para o processo de ensino-aprendizagem no curso médico. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 186-223.

CERRI, G. G.; LUNA, B.F.; ROLIM, E. G. Avaliação dos Estudantes de Medicina. *Revista Ser Médico*, São Paulo, n. 42, ano XI, p. 21-27, jan. fev. mar. 2008.

CERVO, A. L. ; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. 5ª. Ed. São Paulo: Pratices Hall, 2002.

CHAVES, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; TANCREDI, F. B. Revisitando o ideário e construindo a proposta. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS C., M. (Org.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999. v. 1, p. 165-183. (Saúde em debate, 125).

COLL, C. *Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar*. 5. ed. São Paulo: Ática. 2003. (Série fundamentos, 123).

COZBY, P. C. *Método de pesquisa em ciências do comportamento*. Editora Atlas S.A., São Paulo, 2003.

DEWEY, J. Democracy and Education, In Institute for Learning Technologies Digital Classics, 1994, disponível em <http://www.ilt.columbia.edu/publications/dewey.html>.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. *Regimento da Faculdade de Medicina de Marília. Marília 1999*. Aprovado pelo CEE, DOE Executivo I, de 26.03.99, p.11-12. Homologado pela SS, DOE Executivo I, de 09.04.00, p.13.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA. *Manual FAMEMA 2002*. Marília, 2002.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA. *Manual FAMEMA 2003*. Marília, 2003.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA. *Manual de Avaliação 2004*. Marília, 2004 a.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - FAMEMA. *Unidade de Prática Profissional: Segunda Série*. Marília: Cursos de Medicina e Enfermagem – 2004. Marília, 2004 b.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA. *Manual de avaliação do estudante: Cursos de Medicina e Enfermagem / Faculdade de Medicina de Marília*. Marília, 2006.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA. *UPP4: atenção às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, no modelo de vigilância à saúde: quarta série – Curso de Medicina / Faculdade de Medicina de Marília*. Marília, 2007.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA. *Manual da Quarta Série do Curso de Medicina*. Marília, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em debate, 146).

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-50, fev. 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Caderno do especializando: Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde: Programa de Educação a Distância – EAD/ENSP/FIOCRUZ*. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1987.

GRISI, S. J. F. E. A avaliação e o processo de formação do médico. *Pediatria (São Paulo)*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 217-218, 2004.

HADDAD Q. J. (Coord.). Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos em los servicios de salud: tendencias y perspectivas. In: HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPS, 1994. p. 1-30. (Série desarrollo recursos humanos, 100).

HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Por qué esta obra?: educación permanente em salud: um camino em construcción. In: HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Ed.). *EPS: educación permanente de personal de salud* (Ed.). Washington: OPS, 1994. p. xvii-xxiii. (Série desarrollo recursos humanos, 100).

IOCHIDA, L. C. Metodologias problematizadoras no ensino em saúde. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. (Org.). *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo. SENAC, 2004. p. 153-166.

LIMA, V. V. Avaliação de competência nos cursos médicos. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. cap. 6, p. 123-140. (Saúde em debate, 158).

- LÓPEZ LEDESMA, R.; FRÍAS HERNÁNDEZ, A. A.; RIVERA JIMÉNEZ, L.; ESCOBEDO SOSA, V. M. Diseño de una estructura curricular por competencias. *Revista Médica del IMSS*, México, v. 39, n. 2, p. 145-156, mar./abr. 2001.
- MAMEDE, S.; SCHMIDT, H. G.; NORMAN, G. R. Innovations in problem-based learning: what can we learn from recent studies? *Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract.*, Dordrecht, v. 11, n. 4, p. 403-422, Nov. 2006.
- MARIN, M. J. S.; CAPUTO, V. G.; ISHIDA, E.; GIOVANETTI, J. N.; PINTO, R. T. Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da FAMEMA. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro: v. 31, n. 1, p. 90-96, jan./abr. 2007.
- MASSAD, E.; BÖHM, G. M.; WEN, C. L.; SILVEIRA, P. S. P. O universo da informática e o ensino médico. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Coord.). *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 211-222.
- MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa Social, teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.
- MOREIRA, C. O. F. *Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey*. Bragança Paulista: EDUSF, 2002. (Coleção estudos CDAPH. Série historiografia).
- MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, E. C. O.; WANZELER, M. C. C.; BARRETO, C. M. G.; CANDAL, S. Educação permanente em saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 9, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2002.
- PERRENOUD, F. *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- PERRENOUD, P. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 1999.
- PERRENOUD, F. *Dez novas competências para ensinar: convite à viagem*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- RAKEL, R. E. *Tratado de medicina de família*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

REGO, S. Currículo paralelo em medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.2, n.3, p. 35-48, ago. 1998.

ROEGIERS, X.; De KETELE, J. M. *Uma pedagogia da integração: competências e aquisições no ensino*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SÁ-CHAVES, I. *Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000. (Cadernos didáticos. Série supervisão, 1).

SAKAI, M. H.; LIMA, G. Z. PBL: uma visão geral do método. *Olho Mágico*, Londrina, v.2, n. 5/6, p.1-4, 1996.

SCHÖN, D. A. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, I. F. Dicotomia básico-profissional no ensino superior em saúde: dilemas e perspectivas. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. (Org.). *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: SENAC, 2004. p. 135-152.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TAPAJÓS, R. Os objetivos na educação médica. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Coord.). *Educação médica*: São Paulo: Sarvier, 1998. p. 69-94.

TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante de medicina. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 429-439, out./dez. 1996.

TSUJI, H.; SILVA, R. H. A. Faculdade de Medicina de Marília e sua relação com a medicina de família e comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, p. 26-33, 2006. Suplemento 1.

TYLER, R. W. *Basic principles of curriculum and instruction*. The University of Chicago, Chicago, 1949.

www.pt.wikipedia.org/ acesso em 08/03/2008.

9 APÊNDICES

Apêndice A - Carta de Apresentação e Solicitação de Participantes do Exercício de Avaliação da Prática Profissional para a pesquisa.

unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

Prezado(a) participante:

Gostaria de solicitar a sua colaboração para viabilizar a realização de parte de minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Marília.

O objetivo desta pesquisa é verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina, submetidos ao Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP).

A sua colaboração nesta pesquisa é muito importante para alcançar este objetivo.

Existe um termo de consentimento em anexo que deverá ser preenchido após a sua concordância em participar da pesquisa.

Sua identidade, bem como a identidade do grupo ao qual você pertence serão mantidas em sigilo absoluto quando da divulgação da pesquisa.

Sem mais para o momento, agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para esclarecimento adicionais.

Apêndice B - Termo de Consentimento Informado dos Estudantes da Quarta Série do Curso de Medicina da FAMEMA participantes das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

Eu, _____,

(nome completo do estudante por extenso)

R.G.: _____, concordo em colaborar com Alex Wander Nenartavis, médico e aluno regular do Curso de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Marília, participando dos procedimentos de filmagem do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) em sua pesquisa de doutorado, que terá como objetivo verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao EAPP.

Estou ciente que terei:

A garantia de receber esclarecimentos a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;

A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa;

A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações;

A segurança de que minha participação não trará qualquer prejuízo para mim;

As informações sobre os resultados do estudo quando solicitado.

Marília, ____ de _____ de 2006.

Apêndice C - Termo de Consentimento Informado dos Professores Colaboradores e Docentes da FAMEMA participantes das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

Eu, _____,

(nome completo do professor por extenso)

R.G.: _____, concordo em colaborar com Alex Wander Nenartavis, médico e aluno regular do Curso de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Marília, participando dos procedimentos de filmagem do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) em sua pesquisa de doutorado, que terá como objetivo verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao EAPP.

Estou ciente que terei:

A garantia de receber esclarecimentos a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;

A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa;

A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações;

A segurança de que minha participação não trará qualquer prejuízo para mim;

As informações sobre os resultados do estudo quando solicitado.

Marília, _____ de _____ de 2006.

Apêndice D - Termo de Consentimento Informado das Atrizes que representaram pacientes simuladas, participantes das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

Eu, _____,

(nome completo do participante por extenso)

R.G.: _____, concordo em colaborar com Alex Wander Nenartavis, médico e aluno regular do Curso de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Marília, participando dos procedimentos de filmagem do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) em sua pesquisa de doutorado, que terá como objetivo verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao EAPP.

Estou ciente que terei:

A garantia de receber esclarecimentos a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;

A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa;

A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações;

A segurança de que minha participação não trará qualquer prejuízo para mim;

As informações sobre os resultados do estudo quando solicitado.

Marília, _____ de _____ de 2006.

Apêndice E - Carta de Apresentação e Solicitação ao Diretor de Graduação da FAMEMA para filmagem do Exercício de Avaliação da Prática Profissional.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

Ao Exmo Diretor de Graduação da FAMEMA:

Venho, mui respeitosamente, solicitar autorização para filmagem em vídeo do Exercício de Avaliação da Prática Profissional no término do ano letivo de 2006, para a quarta série do curso de Medicina da FAMEMA.

Esta produção em vídeo faz parte de minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Marília.

O objetivo da investigação é verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP).

Os participantes terão:

A garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;

A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa;

A segurança de que não serão identificados e que será mantido o caráter confidencial das informações;

A segurança de que sua participação não trará qualquer prejuízo a eles;

As informações sobre os resultados do estudo quando solicitarem.

Sem mais para o momento

Atenciosamente:

Alex Wander Nenartavis

Apêndice F - Carta de Apresentação e Solicitação ao Diretor de Graduação da FAMEMA para utilização do espaço quinzenal, reservado à atividade de Educação Permanente para os professores colaboradores da quarta série do curso médico, durante o ano de 2007, para exibição das filmagens do EAPP 2006, preenchimento simulado do Formato de Observação do Estudante e utilização de metodologias ativas de aprendizagem na criação e resolução de questões relacionadas à avaliação.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

Ao Exmo Diretor de Graduação da FAMEMA:

Venho, mui respeitosamente, solicitar autorização para utilização do espaço quinzenal, reservado à atividade de Educação Permanente destinada aos professores colaboradores da quarta série do curso médico, durante o ano de 2007, para exibição das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) 2006, preenchimento simulado do Formato de Observação do Estudante e utilização de metodologias ativas de aprendizagem na criação e resolução de questões relacionadas à avaliação.

Esta atividade quinzenal com os professores fará parte de minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Marília.

O objetivo da investigação é verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP).

Segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília e da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Marília.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente:

Alex Wander Nenartavis

Apêndice G - Carta de Apresentação e Solicitação aos Coordenadores das Atividades Quinzenais de Educação Permanente para participação na pesquisa.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

Aos Exmos Coordenadores das Atividades Quinzenais de Educação Permanente para a quarta série do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília.

Venho, mui respeitosamente, solicitar sua colaboração para utilização de parte do espaço quinzenal, reservado à atividade de Educação Permanente destinada aos professores colaboradores da quarta série do curso médico, durante o ano de 2007, para exibição das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) 2006, preenchimento simulado do Formato de Observação do Estudante e utilização de metodologias ativas de aprendizagem na criação e resolução de questões relacionadas à avaliação.

Esta atividade quinzenal com os professores fará parte de minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Marília.

O objetivo da investigação é verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao EAPP.

Segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília e da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Marília.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente:

Alex Wander Nenartavis

Apêndice H - Carta ao Comitê de Avaliação do Estudante da FAMEMA para Apresentação e Solicitação de Juízes para escolha das filmagens para exibição aos professores colaboradores.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

Aos Exmos participantes do Comitê de Avaliação do Estudante da FAMEMA.

Venho, mui respeitosamente, solicitar presença de juízes para opinarem na escolha das filmagens em vídeo do Exercício de Avaliação da Prática Profissional realizadas no término do ano letivo de 2006, para a quarta série do curso de Medicina da FAMEMA. Deverão ser levadas em conta a qualidade técnica de áudio e de vídeo e a atuação do estudante, do paciente simulado e o cenário frente à simulação da prática profissional no Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP).

Esta produção em vídeo faz parte de minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Marília.

O objetivo da investigação é verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao EAPP.

Segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília e da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Marília.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente:

Alex Wander Nenartavis

Apêndice I - Carta de Apresentação e Solicitação à Coordenadora da Biblioteca da FAMEMA para Capacitação dos Professores Colaboradores na Utilização do Acervo e Acesso ao Sistema de Informação e Bases Informatizadas para Pesquisa nas Áreas de Educação Médica, Avaliação do Ensino Médico e Metodologias Ativas de Aprendizagem.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

À Exma Coordenadora da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Venho, mui respeitosamente, solicitar sua colaboração para capacitação dos professores-colaboradores da quarta série do Curso de Medicina na utilização do acervo e acesso ao sistema de informação e bases informatizadas para pesquisa nas áreas de Educação Médica, Avaliação do Ensino Médico e Metodologias Ativas de Aprendizagem.

Esta atividade de capacitação terá frequência quinzenal, coincidindo com a atividade de educação permanente para a quarta série do curso médico e fará parte de minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Marília.

O objetivo da investigação é verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP).

Segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília e da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Marília.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente:

Alex Wander Nenartavis

**Apêndice J - Termo de Consentimento Informado dos Professores
Colaboradores participantes da investigação científica sobre EAPP na Quarta
Série do Curso de Medicina da FAMEMA**

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Marília

Eu, _____,

(nome completo do professor por extenso)

R.G.: _____, concordo em colaborar com Alex Wander Nenartavis, médico e aluno regular do Curso de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Marília, participando como avaliador das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP), em sua pesquisa de doutorado, que terá como objetivo verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao EAPP.

Estou ciente que terei:

A garantia de receber esclarecimentos a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;

A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa;

A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações;

A segurança de que minha participação não trará qualquer prejuízo para mim;

As informações sobre os resultados do estudo quando solicitado.

Marília, _____ de _____ de 2006.

APÊNDICE K - Carta à equipe técnica de áudio e vídeo da FAMEMA para reserva antecipada de salas equipadas com TV e DVD para exibição e julgamento simulado das filmagens do EAPP/2006

unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO

Campus de Marília

À Equipe Técnica de Áudio e Vídeo da Faculdade de Medicina de Marília

Venho, mui respeitosamente, solicitar reserva antecipada de salas equipadas com TV e DVD para exibição e julgamento simulado das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) 2006, para os professores-colaboradores da quarta série do Curso de Medicina da FAMEMA.

Esta atividade ocupará uma sala em cada exibição e será realizada em seis etapas nas datas especificadas a seguir: 1) sala __ no dia __/__/__ às __ horas, 2) sala __ no dia __/__/__ às __ horas, 3) sala __ no dia __/__/__ às __ horas, 4) sala __ no __/__/__ às __ horas, 5) sala __ no dia __/__/__ às __ horas e 6) sala __ no dia __/__/__ às __ horas.

Esclareço que estes julgamentos simulados farão parte de minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Marília.

O objetivo da investigação é verificar a reprodutibilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP).

Segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília e da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Marília.

Sem mais para o momento,
Atenciosamente:

Alex Wander Nenartavis

Apêndice L - Carta de Apresentação e Solicitação aos Professores Colaboradores participantes das Atividades Quinzenais de Educação Permanente para participação na pesquisa.



Campus de Marília

Aos Exmos Professores Colaboradores participantes das Atividades Quinzenais de Educação Permanente para a quarta série do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília.

Venho, mui respeitosamente, solicitar sua colaboração para utilização do espaço quinzenal destinado à Educação Permanente, para exibição das filmagens do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) 2006, preenchimento simulado do Formato de Observação do Estudante e utilização de metodologias ativas de aprendizagem na criação e resolução de questões relacionadas à avaliação.

Esta atividade quinzenal com os Professores Colaboradores fará parte de minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Marília.

O objetivo da investigação é verificar a replicabilidade entre os conceitos emitidos pelos avaliadores aos estudantes da quarta série do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, submetidos ao EAPP.

Segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília e da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Marília.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente:

Alex Wander Nenartavis

10 ANEXO

Identificação das Necessidades de Saúde Individual e Coletiva
Formato de Observação do Desempenho do(a) Estudante em UBS/USF
Unidade de Prática Profissional 4

Nome do(a) estudante: _____ Data: _____

Nome do avaliador: _____

| TAREFAS | RECURSOS | CONCEITO | | | COMENTÁRIOS E PRESCRIÇÃO |
|--|--|----------|---|----|--------------------------|
| | | S | I | NA | |
| Planejar a Consulta | A. Buscou informações relevantes explorando recursos disponíveis em informações secundárias: oral e documental (prontuários, referência, contra-referência e exames). | | | | |
| | B. Prioriza e focaliza o atendimento segundo as necessidades já identificadas. | | | | |
| | INÍCIO DA CONSULTA | | | | |
| História Clínica | ^a Apresentou-se, definiu seu papel e o objetivo da entrevista. Solicitou o consentimento e esclareceu sobre o sigilo profissional e acolheu o paciente. | | | | |
| | Otimizou o ambiente e colaborou para que o paciente ficasse a vontade para falar do que estava acontecendo (barreiras físicas, distrações, conforto físico e minimizou estresses). | | | | |
| | Fez a identificação do paciente (nome, idade, gênero, naturalidade, etnia, procedência atual e remota, profissão, religião, estado civil, escolaridade), e/ou acompanhante. | | | | |
| | MOTIVO DA CONSULTA, QUEIXA E DURAÇÃO, HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL, CONTEXTO DE VIDA | | | | |
| | Fez perguntas introdutórias para que o paciente explicitasse seu(s) problema(s), encorajando-o a colocar seus motivos ou queixas, estimulando-o quando necessário. | | | | |
| | Facilitou o relato espontâneo utilizando perguntas abertas, e/ou orientadas às necessidades oferecidas/percebidas, identificando o conhecimento e a opinião dele sobre o problema (idéias, preocupações, expectativas, aflições e a repercussão do(s) problema(s)). | | | | |
| | Verificou os detalhes do(s) sinais e sintomas (localização corporal, qualidade e quantidade, fatores de alívio e agravamento e manifestações associadas), cronologia e o contexto do(s) sintoma(s). | | | | |
| | Fez resumos e revisões das informações quando necessário, para validar seu entendimento do que o paciente disse. | | | | |
| | Perguntou sobre sintomas gerais e constitucionais, pele, cabeça e pescoço, olhos, orelhas, nariz, seios paranasais, boca, garganta, nódulos cervicais, mamas, aparelho respiratório, cardiovascular, digestório, gênito-urinários, músculo esquelético, neurológico, hematológico, endócrino e psicológico. | | | | |
| | Investigou a estrutura social individual e as representações sociais da pessoa e da família. | | | | |
| | Caracterizou o contexto de vida em situações pessoais, familiares e sociais relevantes; Caracterizou o desenvolvimento afetivo e sexual da pessoa Identificou situações pregressas relevantes da pessoa e familiares (vícios, hábitos, morbidades, alergias). Identificou a estrutura social coletiva e suas redes sociais. | | | | |
| Verificou repercussões dos problemas do paciente no contexto de vida (pessoal, familiar, profissional e financeiro). | | | | | |

| Exame clínico geral | Cuidou da privacidade e conforto do paciente. | | | | |
|---------------------|---|----------|---|----|--------------------------|
| | Explicou e orientou-o sobre os procedimentos a serem realizados, obtendo consentimento da pessoa e/ou responsável para realização do exame. | | | | |
| | Adotou medidas de biossegurança. | | | | |
| | Realizou exame clínico geral (inspeção, palpação, coleta de medidas). | | | | |
| | Estado geral (bom, mediano ou ruim). Aparência geral: idade aparente, higiene, vestuário e facies. Estado mental: nível de consciência, orientação, atenção, linguagem, memória, psicomotricidade, pensamento, sensopercepção, humor e afeto, atitude frente ao examinador, comunicação verbal e não verbal. Postura (ereta, sentada, antálgica e preferencial). Biotipo (normolíneo, brevelíneo, longolíneo). Dados antropométricos: medidas: peso, altura e perímetros (cefálico, torácico, abdominal, pélvico, braquial). Índices: Índice de Massa Corpórea (normal, acima e abaixo do peso apropriado); Relação cintura-quadril (tipo ginecóide e andróide); Reserva protéica. | | | | |
| TAREFAS | RECURSOS | CONCEITO | | | COMENTÁRIOS E PRESCRIÇÃO |
| | | S | I | NA | |
| Exame Clínico Geral | <input type="checkbox"/> Sistema tegumentar: pele: temperatura, cor, integridade, umidade, textura, elasticidade, turgor, mobilidade, espessura, sensibilidade, perfusão periférica Mucosas (oral/ocular): coloração, umidade, integridade. Cabelos: implantação, distribuição, quantidade, coloração, brilho, espessura, consistência. Unhas: forma, ângulo de implantação, coloração, espessura, superfície, consistência, brilho. | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sistema locomotor: movimento: equilíbrio, harmonia da marcha, tipos característicos de marcha e movimentos involuntários. | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sinais vitais Pressão arterial: palpatória e auscultatória; deitado, sentado. Pulso radial: frequência, amplitude, ritmo, tipo de onda, dureza, condições da parede. Frequência cardíaca: frequência, ritmo. Frequência respiratória: ritmo respiratório. Temperatura: axilar | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Exame dos linfonodos: inspeção e palpação de linfonodos cervicais, axilares, inguinais e popliteos, quanto a sua localização, coloração e temperatura da pele sobrejacente, sensibilidade, consistência, tamanho, número, mobilidade, fistulização, coalescência. | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------|---|----|---------------------------------|
| Exame Clínico Específico | <p>☐ Exame da cabeça e pescoço: Verificação do perímetro encefálico, inspeção e palpação de fontanelas. Olhos e supercílios: inspeção, palpação, acuidade visual, reflexos, mobilidade. Orelhas: inspeção externa, palpação, otoscopia, testes auditivos.</p> <p>Seios paranasais: palpação, percussão, transluminação. Glândulas salivares: inspeção e palpação. Articulação têmporo-mandibular: inspeção, palpação, movimentação ativa e passiva. Tireóide: inspeção, palpação e ausculta.</p> | | | | |
| | <p>☐ Exame de Tórax: Realizou inspeção e palpação de pele e mamas.</p> <p>Realizou inspeção, palpação, percussão e ausculta do tórax anterior, lateral e posterior.</p> <p>Realizou inspeção, palpação de vias aéreas superiores.</p> | | | | |
| | <p>☐ Sistema cardiovascular: Exame do pulso radial (palpação): frequência, amplitude, celeridade, tipo, ritmo, dureza, simetria.</p> <p>Exame do precórdio: inspeção, palpação, percussão, ausculta. Posições e manobras específicas. Exame do pescoço: carótidas (inspeção, palpação e ausculta). Jugulares: Inspeção e palpação. Diferenciar pulso carotídeo do jugular. (Decúbitos 180 e 45 graus.) Pulso capilar: inspeção e palpação. Pulsos periféricos (inspeção, palpação, ausculta e manobras específicas). Examinar: temporais, axilares, braquiais femorais, poplíteos, pediosos, tibiais posteriores. Aorta abdominal (inspeção, palpação e ausculta) e artérias renais (ausculta). Veias periféricas: inspeção e palpação e manobras específicas.</p> | | | | |
| | <p>☐ Sistema digestório: Exame da boca: inspeção, palpação. Exame do abdome: inspeção, ausculta, percussão, palpação (superficial, profunda e particularizada) e manobras específicas. Exame ano-retal: inspeção, palpação (toque). Pesquisa de hérnias inguinais.</p> | | | | |
| | <p>☐ Sistema genito-urinário: Semiotécnica: inspeção e palpação Exame dos rins – palpação, punho percussão lombar. Exame dos ureteres – palpação dos trajetos ureterais. Exame da bexiga – palpação e percussão. Exame da uretra – inspeção, palpação. Exame da próstata – palpação (toque). Exame do pênis – inspeção e palpação. Exame dos testículos – inspeção, palpação, manobras específicas.</p> | | | | |
| TAREFAS | RECURSOS | CONCEITO | | | COMENTÁRIOS E PRESCRIÇÃO |
| | | S | I | NA | |

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| Exame Clínico Específico | <p>☐ Mamas: Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção estática (alterações numéricas das mamas, simetria, volume, forma, contorno, cor, vascularização e presença de abaulamentos, retrações da pele ou do complexo aréolo-papilar, úlceras, vegetações, edemas e outras alterações) e dinâmica (alteração das mamas à movimentação dos músculos peitorais); palpação axilar e da região supraclavicular, das mamas e expressão aréolo-papilar.</p> <p>Avaliou os mamilos para identificar a necessidade de preparo para amamentação</p> | |
| | <p>☐ Exame do abdome gravídico</p> <p>Inspeção - pesquisou cicatrizes ou estrias; formato e contorno do abdome e altura do fundo do útero.</p> <p>Palpou os órgãos ou massas, partes e movimentos fetais, contratilidade uterina - medir a altura uterina</p> <p>Auscultou os batimentos cardíofetais (frequência, localização e ritmo)</p> <p>Manobras especiais -Manobras de Leopold (1. pólo superior e investigação do fundo uterino; 2. laterais do abdome materno e a situação fetal em relação ao eixo materno; 3. polo inferior e a apresentação fetal; 4. insinuação em relação a pelve)</p> | |
| | <p>☐ Órgão genital externo:</p> <p>Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção da vulva, monte de vênus, clitóris, grandes e pequenos lábios, hímen, proclidências, cicatrizes e períneo. Inspeção dinâmica (avaliação da sustentação das paredes vaginais) e palpação.</p> | |
| | <p>☐ Órgão genital interno:</p> <p>Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção da vagina, colo uterino, através do exame especular.</p> <p>Realizou coleta de citologia oncológica.</p> <p>Coletou, traduziu e interpretou dados relativos a vagina, fundos de saco, colo e corpo uterino, anexos e paramétrios através do toque vaginal</p> | |
| | <p>Realizou o exame clínico com atitudes que envolvem atenção, respeito e interesse pelo paciente.</p> | |
| | <p>☐ Sistema endócrino.</p> <p>Exame físico geral</p> <p>Avaliação da maturidade sexual considerando idade e gênero.</p> <p>Inspeção e palpação tireóide.</p> | |
| | <p>☐ Sistema hematopoiético: exame físico geral e palpação dos linfonodos, do fígado e do baco.</p> | |
| | <p>☐ Sistema locomotor:</p> <p>Considerando particularidades de cada idade, funções do sistema nervoso autônomo: equilíbrio entre os sistemas simpático e parassimpático, e sinais meníngeos.) Sistema neurolomotor.</p> <p>Conforme pertinência com caso:</p> | |
| | <p>Avaliou tamanho e tensão das fontanelas</p> <p>Avaliou reflexos próprios do recém-nascido e do lactente</p> <p>Avaliou a marcha e o equilíbrio;</p> <p>Avaliou a sensibilidade superficial: tátil, térmica, dolorosa;</p> <p>Avaliou a sensibilidade profunda: pressórica, vibratória, [proprioceptiva];</p> <p>Avaliou coordenação motora;</p> <p>Avaliou movimentos involuntários;</p> <p>Reflexos profundos e superficiais;</p> <p>Sinais meníngeos;</p> <p>Avaliou pares cranianos, se necessário;</p> <p>Avaliou o comportamento da criança durante a consulta</p> | |

| Formulação do Problema | Integrou e organizou os dados obtidos na história e exame clínicos, elaborando o problema do paciente. | | | | |
|---|---|----------|---|----|--------------------------|
| | Solicitou exames complementares considerando as Evidências e o Custo/Benefício. | | | | |
| | Apresentou suas primeiras impressões diagnósticas (Sindrômico, Estrutural, Etiológico) | | | | |
| | Forneceu informações necessárias e suficientes. | | | | |
| TAREFAS | RECURSOS | CONCEITO | | | COMENTÁRIOS E PRESCRIÇÃO |
| | | S | I | NA | |
| Plano Terapêutico Individual e Fechamento | Elaborou o plano terapêutico segundo o problema identificado, contexto de vida do paciente/família e evidências científicas. | | | | |
| | Considerou as expectativas do paciente sobre o tratamento facilitando sua adesão ao plano terapêutico. | | | | |
| | Verificou se o paciente tinha perguntas e queria acrescentar alguma coisa que o entrevistador não tenha mencionado | | | | |
| | Elaborou plano de seguimento | | | | |
| | Despediu-se | | | | |
| CUIDADO À SAÚDE COLETIVA | | | | | |
| Realizou diagnóstico de saúde | <input type="checkbox"/> Coletou dados primários e utilizou dados secundários considerando os instrumentos de informação existentes (fichas de cadastro, prontuários, SIAL, SIAB, mapa inteligente das USF, etc..). <input type="checkbox"/> Identificou indicadores de saúde existentes nos documentos oficiais da SMHS (relatório de gestão, sala de situação, plano municipal de saúde). <input type="checkbox"/> Propôs e calculou novos indicadores. <input type="checkbox"/> Identificou o perfil epidemiológico da área de atuação (microárea e área de abrangência) <input type="checkbox"/> Analisou os dados de forma crítica e identifica os problemas da população da microárea. | | | | |
| Formulação do problema coletivo | <input type="checkbox"/> Utilizou as ferramentas do planejamento estratégico situacional para: <ul style="list-style-type: none"> o Descrever o problema o Explicar o problema, estabelecendo a rede de causas e conseqüências o Identificar os nós- críticos | | | | |
| Elaboração de execução o plano de intervenção | <input type="checkbox"/> Elaborou alternativas de intervenção sobre os nós-críticos identificados considerando o contexto e os diferentes atores envolvidos. <input type="checkbox"/> Considerou os aspectos: <ul style="list-style-type: none"> o Éticos o de viabilidade o factibilidade (recursos e parcerias) o vulnerabilidade | | | | |
| Avaliação do Plano | <input type="checkbox"/> Estabeleceu mecanismos – indicadores de avaliação <input type="checkbox"/> Realizou prestação de contas <input type="checkbox"/> Ajustou o plano conforme as condições do contexto. | | | | |
| ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE | | | | | |
| Organização do trabalho em saúde | <input type="checkbox"/> Identificou o conjunto de práticas, que à partir do referencial epidemiológico são articuladas e organizadas para produzir um efeito sobre a saúde no plano individual e coletivo. <input type="checkbox"/> Vivenciou a organização do serviço de saúde levando em conta os modelos de gestão. <input type="checkbox"/> Compreendeu a organização do trabalho da unidade. <input type="checkbox"/> Relacionou o modelo de gestão com o plano de intervenção coletivo e com o plano de cuidado individual. <input type="checkbox"/> Identificou os elementos do processo de trabalho. <input type="checkbox"/> Identificou as normas e rotinas que orientam a organização do trabalho. | | | | |

| | | | | |
|--|--|-----------------|---|---------------------------------|
| Avaliação do trabalho em saúde | <input type="checkbox"/> Identificou a resolubilidade da USF <input type="checkbox"/> Identificou e utilizou indicadores de qualidade – de produto e de resultado – do serviço de saúde que está inserido. <input type="checkbox"/> Identificou e avaliou as dimensões da qualidade do cuidado: <ul style="list-style-type: none"> o Eficiência, eficácia e efetividade. o Otimização o Aceitabilidade o Legitimidade o Equidade <input type="checkbox"/> Identificou a avaliação como instrumento de gerencia <input type="checkbox"/> Propôs ações de melhoria | | | |
| ATITUDES: | | | | |
| Estruturar Técnica da Entrevista | Definiu um eixo para a entrevista segundo uma lógica de investigação. | | | |
| | Efetivou a lógica escolhida no transcorrer da entrevista | | | |
| | Fez pausas e interrupções apropriadas ao desenvolvimento da entrevista usando eficientemente o tempo e apropriadamente o silêncio. | | | |
| | Equilibrou entre espontaneidade do paciente e o controle do entrevistador. | | | |
| | Usou a linguagem com clareza (o paciente entendeu bem o entrevistador; o entrevistador entendeu o paciente e esclareceu termos técnicos inevitáveis ao contexto). | | | |
| | Utilizou técnicas de explicação, reasseguramento e tranquilização. | | | |
| TAREFAS | RECURSOS | <i>CONCEITO</i> | | <i>COMENTÁRIOS E PRESCRIÇÃO</i> |
| | | S | I | |
| Relacionamento e Atitude Profissional | Foi atento, interessado e empático, concentrando-se no paciente durante a entrevista e exame físico. | | | |
| | Aceitou o ponto de vista do paciente (não foi autoritário, arrogante, paternalista e/ou moralista, desrespeitoso). | | | |
| | Expressou a aceitação, compreendeu, mostrou disponibilidade para ajudar e valorizou esforços do paciente). | | | |
| | A comunicação não verbal foi apropriada (atitude, postura, disposição, movimentos, expressão facial e tom de voz). | | | |
| | Aceitou suas próprias limitações. | | | |
| | Mostrou assiduidade, pontualidade e responsabilidade no cumprimento das tarefas; usa vestimenta apropriada para a tarefa, respeita as normas institucionais; posiciona-se ética e humanisticamente em sua prática profissional considerando, entre outros, valores de justiça, equidade e diversidade cultural e religiosa. | | | |
| Prescrição e comentários adicionais | | | | |

Assinatura do(a) Estudante:

Assinatura dos Avaliadores:

Para fins acadêmicos, autorizo a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte.