

RICARDO SHOITI KOMATSU

**APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NA
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA:
SENSIBILIZANDO O OLHAR PARA O IDOSO**

**Marília
2003**

RICARDO SHOITI KOMATSU

**APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NA
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA:
SENSIBILIZANDO O OLHAR PARA O IDOSO**

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências da
Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília, para
a obtenção do título de Doutor em Educação (área de
concentração: Ensino na Educação Brasileira).

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Jorge Chammé

**Marília
2003**

DADOS CURRICULARES
RICARDO SHOITI KOMATSU

NASCIMENTO	30.05.1963 – MARÍLIA / SP
FILIAÇÃO	Ricardo Rintaro Komatsu Maíza Ayako Manna Komatsu
1981/1986	Curso de Graduação Faculdade de Medicina de Marília
1987/1989	Residência Médica em Clínica Médica Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
1989	Curso de Especialização Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde Escola de Administração de Empresas de São Paulo / FGV Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
1989/1990	Estágio no Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
1990	Título de Especialista em Geriatria e Gerontologia Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Associação Médica Brasileira
1990/ ...	Professor da Disciplina de Geriatria Responsável pela Disciplina desde sua criação até 1998 Faculdade de Medicina de Marília
1991/1993	Coordenador do Departamento de Medicina Faculdade de Medicina de Marília
1993/1995	Diretor Geral Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
1995/1998	Mestrado em Epidemiologia Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina
1995/1998	Presidente da Seção do Estado de São Paulo Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
1996/ ...	Diretor de Graduação da Faculdade de Medicina de Marília
1998/ ...	Chefe da Disciplina de Geriatria e Gerontologia Faculdade de Medicina de Marília
1999/ ...	Coordenador da Unidade Educacional 17 – Envelhecimento Faculdade de Medicina de Marília
1999/2003	Doutorado em Educação Faculdade de Filosofia e Ciências – Campus Marília Universidade Estadual Paulista

Uma palavra,
silêncio...

Outra palavra,
silêncio...

Ouvir é tão ou mais
importante,
que falar...

Ouvir,
e escutar...

Ver,
e enxergar...

Olhar,
e antever...

Muitas palavras,
Pouco silêncio!

Falar é parte
do nosso viver!

Ao meu pai,
que proveu-nos ao longo da vida,
mais sabedoria que conhecimento.

Citando um único legado:
A sensibilidade para ouvir.

Ouvir, ato de respeito extremado,
e reconhecimento primeiro
do outro.

À Gloria e Caroline.
Luzes e sons da minha vida.

Sempre tentando ouvi-las
-simultaneamente-
capturando em seus olhares
nossa vida em comum:
Amor.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Sebastião Jorge Chammé, que com frases como: "Põe o teu coração, que o resto eu garanto!", me ajudou a direcionar e a construir esta tese.

Aos amigos Romeu Gomes, do IFF-FIOCRUZ, Roseli Ferreira da Silva e Cássia Regina Rodrigues Varga, da FAMEMA, pelas inúmeras sugestões na elaboração deste trabalho e pelo incentivo para eu concluir a pesquisa.

Aos meus companheiros de trabalho na Diretoria de Graduação: Roberto Padilha, Maurício Zanolli, Valéria Lima, Sissi Pereira, Everton Giglio, Chico Villar, Lidia Lourenço, Zé Bitu, Hissachi Tsuji, César Baaklini, Ludvig Hafner, Paulo Marcondes, Renata Rosa, Arthur Pereira, Gilson Coleman, que dentre tantos outros colaboradores deste estudo, influenciaram com seus olhares o meu próprio olhar!

Aos meus colegas da Disciplina de Geriatria e Gerontologia, com destaque ao Rigolin, Zeca Monteiro, e Isaura, desculpando-me pela minha 'ausência presente' durante a fase de elaboração desta tese. Pela colaboração especial durante o ano letivo de 1999 agradeço à Gabriela Luchsinger, do St. Peters Hospital, Hamilton, Canadá.

À Regina Gregório Menita, bibliotecária chefe da FAMEMA, pela cuidadosa revisão das referências, e ao Adriano Lima pelo auxílio na editoração. À equipe da Biblioteca e do Núcleo Técnico de Informação da FAMEMA pelo pronto atendimento em todas as solicitações.

Às minhas auxiliares-diretas na FAMEMA: Renata Perri, Alessandra, Ilka, Selma, e Midori, pela atenção e carinho nas atividades cotidianas.

Aos meus amigos, difícil enumerá-los, que de distintas formas contribuíram com a minha formação profissional e humana.

Ao Wilson Jacob Filho, representando meus professores na Geriatria, que com Alberto de Macedo Soares, Julio César Moriguti, e Sami Liberman, representando os aprendizes, marcaram minha vida com os 'tempos do HC/FMUSP'. Bons tempos, que voltam e reverberam em projetos e reencontros, como a SBGG-SP (1995/98), e o 1º GERP, construído com o João Toniolo, Milton Gorzoni & Cia.

Ao Luiz Roberto Ramos que juntamente com professores e colegas do GRIDEC/UNIFESP-EPM permitiram que eu desse os primeiros passos na Epidemiologia e na pesquisa.

Ao José Venturelli e Luís Branda, da Universidade de McMaster, Canadá, que de formas distintas e especiais me aproximaram da Aprendizagem Baseada em Problemas.

À Aurea Christine Tanaka, que 'longe, mas perto' (na Universidade de Tóquio!), acompanhou minha aproximação de referenciais teóricos dantes distantes, opinando, apoiando e incentivando, e à Helena Akemi Wada Watanabe, da Faculdade de Saúde Pública da USP, pelos livros, textos, indicações, sugestões e, preocupações.

Aos estudantes e pacientes, sujeitos desta pesquisa, pelo carinho com que concederam seu tempo e o relato de sua vivência, permitindo que eu capturasse cada olhar.

À minha família, pelas infindáveis horas de leitura, reflexão, redação... e compreensão!

À Faculdade de Medicina de Marília, à Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, Projeto UNI-Marília, Programa UNI da Fundação W.K. Kellogg, e Rede UNIDA, pelo apoio irrestrito às minhas atividades docentes, especialmente na área de Educação para Profissões de Saúde.

À Fundação Novartis de Gerontologia pelo apoio às minhas atividades junto à Academia Européia de Medicina do Envelhecimento (EAMA), e que contribuíram para o intercâmbio de experiências e para ampliar minha visão sobre a formação profissional em Geriatria e Gerontologia.

À Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, aos seus dirigentes, docentes, estudantes e servidores pela amável acolhida nestes últimos anos.

Para todos que me auxiliaram nesta caminhada e, especialmente, para os que eu não consegui citar nominalmente.

MUITO OBRIGADO!!!

Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara.
Livro dos Conselhos

"Porque foi que cegamos, Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão,
Queres que te diga o que penso, Diz,
Penso que não cegamos, penso que estamos cegos,
Cegos que vêem, Cegos que, vendo, não vêem".

José Saramago. Ensaio sobre a cegueira.

Resumo

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA: SENSIBILIZANDO O OLHAR PARA O IDOSO.

Ricardo Shoiti Komatsu. Faculdade de Medicina de Marília. e.mail:komatsu@famema.br

Introdução: Propusemos como objeto deste estudo, a formação do médico e a sensibilização para lidar com a pessoa idosa, que envolveu a análise dos olhares de estudantes de Medicina e pacientes idosos dentro da proposta de aprendizagem baseada em problemas e do currículo da Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA.

Objetivos: Analisar a percepção de estudantes de Medicina da Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP do currículo da FAMEMA como espaço de formação de médicos sensibilizados para a atenção das pessoas idosas; analisar as representações de estudantes e idosos acerca do que é ser um médico sensibilizado para a questão do envelhecimento.

Métodos: Foram coletados dados de um questionário aplicado aos estudantes de medicina ao final da 4ª. série, e entrevistas realizadas com pacientes idosos e estudantes ao final da 6ª. série, e empregamos a análise temática para a inferência dos dados com a utilização de duas categorias de análise do estudo: "o estudante e a aprendizagem sobre o idoso", e "o idoso e o médico para a pessoa idosa".

Resultados e discussão: Os olhares dos estudantes sobre a sua aprendizagem ao final da 4ª. e da 6ª. séries são complementares e, coincidentes, encontram-se: a abrangência e adequação da 'Unidade 17 – Envelhecimento' e sua contribuição no desenvolvimento pessoal, de desempenhos e competências para aprender a aprender, saber pensar, resgatar a perda do humano em nossas vidas, e saber cuidar; a doença é mais representada no currículo do Curso de Medicina que o doente, existindo 'ilhas curriculares' com uma atuação mais condizente com a atenção às necessidades dos pacientes; a 'disease' prepondera em muito sobre a 'illness'; teoria e prática permanecem pouco integradas; nada substitui a prática e o contato direto com a realidade, os problemas de papel, por melhor que sejam construídos e utilizados nas sessões de tutoria, não superam a vivência real, especialmente para o desenvolvimento de competências para saber cuidar; o reconhecimento da importância do resgate ao humano na práxis médica nem sempre se manifesta na ação concreta de uma atenção integral à saúde do idoso; há ainda o preconceito ao idoso, ao envelhecimento, à velhice, manifesto na forma da discriminação destas pessoas nas unidades de saúde: um desafio a ser superado. A expectativa dos pacientes idosos é a de encontrar um médico que compreenda a representação de sua doença, a sua 'illness' na sua condição de vida e que assim, desenvolva uma relação de esperança e confiança, bases da terapêutica bem sucedida, e do melhor gerenciamento dos seus problemas de saúde. O olhar do idoso para o idoso e o médico para a pessoa idosa tem um componente do olhar especular, com seus reflexos que avivaram novas reflexões sobre o próprio idoso, e também o do olhar o outro, um olhar humano de quem busca auxílio, alívio e compreensão, carinho e cuidado, esperança e cura.

Palavras-chave: Aprendizagem baseada em problemas; Educação médica; Geriatria, educação; Saúde do idoso.

Resumen

EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MARILIA: hUMANIZAR nuestra mirada hacia el ANCIANO

Ricardo Shoiti Komatsu. Facultad de Medicina de Marília.

Correo electrónico: komatsu@famema.br

Introducción: El propósito de este estudio es examinar la formación médica y la sensibilidad de los estudiantes de medicina para trabajar con pacientes de la tercera edad. Incluyó analizar las observaciones de los estudiantes inscritos en un programa que utiliza el aprendizaje basado en problemas –ABP– en la Escuela de Medicina de Marília –FAMEMA– al igual que las opiniones de los pacientes de dicho grupo.

Objetivos: Analizar las opiniones de los estudiantes sobre el ABP del programa de medicina en FAMEMA en tanto que espacio de formación profesional médica para una atención cordial del anciano; y también para analizar las opiniones de estudiantes y ancianos sobre como se debe sensibilizar al médico en torno a las necesidades que acompañan al envejecimiento.

Métodos: Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario entregado a estudiantes de Medicina en el final del 4º año, además de entrevistas con pacientes ancianos y estudiantes del 6º Año. Se utilizó el análisis temático para inferir las conclusiones, usando dos tipos de análisis: "el estudiante y el aprendizaje sobre los ancianos" y "los ancianos y el médico de ancianos".

Resultados y discusión: Las observaciones hechas por los estudiantes con relación a su aprendizaje al fin del 4º y 6º año son coincidentes en cuanto a: calidad del contenido y pertenencia de la "Unidad 17 – Envejecimiento" y su contribución para el desarrollo personal, tanto de destrezas así como de competencias para "aprender a aprender", para saber pensar, para rescatar la pérdida del componente humanista de nuestras vidas, y para saber cuidar. La enfermedad tiene una representación mayor en el currículo médico que el paciente mismo. Así existen "islas curriculares" con un funcionamiento más concordante para con la atención de las necesidades de estos pacientes. Predomina el concepto patológico médico que el de enfermedad como dolencia del paciente. Teoría y práctica son poco integradas. Nada puede substituir la práctica y el contacto directo con la realidad. Los problemas de salud entregados en formatos de papel, por mucho que su diseño sea bueno y que se les utilice adecuadamente en las tutorías, no consiguen ser mejores que la experiencia de la realidad, especialmente en lo que corresponde al desarrollo de las habilidades de atención profesional. Es necesario reconocer la importancia de rescatar lo humano de la práctica médica que no siempre se expresa en la atención integral de la salud de los ancianos. Todavía existe un sesgo ante el proceso de envejecimiento y se manifiesta en forma discriminatoria para con el anciano en las unidades de la salud: es un desafío que debe ser corregido. La expectativa del paciente anciano es encontrar un doctor que entienda sobre su patología pero, al mismo tiempo, que comprenda como la enfermedad se integra en su vida y que, de ese modo, promueva una relación de esperanza y confianza, esencia de una atención de calidad, y también de un manejo adecuado de sus problemas de salud. La forma como el anciano observa al anciano y, al mismo tiempo, como el médico observa al anciano, son imágenes espejo: son actitudes y un actuar que estimulan nuevas reflexiones sobre el anciano mismo, y también proveen un ángulo humano para quien busca ayuda, descanso y comprensión, cuidados y empatía, esperanza y mejoría.

Palabras-clave: Aprendizaje basado en problemas; Educación médica; Geriatría, educación; Salud del anciano.

Abstract

PROBLEM BASED LEARNING AT MARILIA MEDICAL SCHOOL: HUMANIZING HOW WE CARE FOR THE ELDERLY.

Ricardo Shoití Komatsu. FAMEMA-Marília Medical School.

E-mail: komatsu@famema.br

Background: This study attempts to observe physicians' education process and how to humanize students with the elder's care by looking at the actual observation made by students and elderly themselves. This is considered within the context of a Problem-Based Learning (PBL) MD program at the Faculty of Medicine of Marília (FAMEMA)

Objectives: To analyze students' perceptions of problem based learning-PBL as it is used at FAMEMA's and how it functions as a space for training of doctors needing to be sensitive to the elder's care; and to analyze students and elderly people impressions of what is to be a doctor sensitive to the aging process.

Methods: We collected data through a questionnaire applied to medical students finishing their 4th year of medical education. In-depth interviews with elderly people and with students at the end of 6th year were developed. Thematic analysis was used for data inference, focusing on two types of aspects in this study: "the student and learning about the elderly" and "the elder and the doctor caring for the aged".

Results and discussion: Students at the end of 4th and 6th years are coincident in relation to: quality and pertinence of Unit 17 Unit – "Aging". They also match in terms of the Unit's contribution to personal development, acquisition of skills and competences "to learn how to learn", to reason, to rescue the human aspect of our lives, and to know how to provide care of the elderly. Disease is over represented in relation to the actual patient. Hence, there are "curricular islands" better suited to the care of these patients' needs. Still, prevails the pathological-medical model over the one that looks at illness, as a person's ailment. Practice and theory remain poorly integrated. Nothing can substitute practice and direct contact with the real world. Paper problems, regardless of how well they have been developed or appropriately used in tutorials, they cannot beat the real experience, especially for the development of professional skills required for proper health care. Recognition for the need to rescue humane approaches in health care was identified, as this is not always included as an integral part of the care provided to the elderly. There are still misconceptions towards aging and they surface as practical discrimination vis-à-vis the elderly in our health units: this is a challenge that needs a solution. Elderly people expect to find a doctor who understands their illness as well as how this is manifested in their life. The latter will permit a relationship based on hope and trust -key elements in health care- as well as what should be the proper care of health problems. How the elder looks at the elder and how the doctor looks at the aged one are mirror images: they will project new ideas about the elder, and of each other. It will provide a compassionate approach to those seeking help, relief and understanding, affection and care, hope and cure.

Key-words: Problem based learning; Medical Education; Geriatrics, education; Health of the elderly.

Lista de Figuras

Figura 1 – A pirâmide de competências – Pirâmide de Miller	67
Figura 2 – Escalando a pirâmide: algumas modalidades de avaliação do desempenho	68
Figura 3 – Proposta de avaliação do estudante com um portfólio	69

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Demonstrativo do movimento da Biblioteca da FAMEMA: empréstimos e consultas de 1996 a 2001	101
Gráfico 2 – Distribuição percentual do conceito de estudantes (n=66) sobre os objetivos educacionais, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	131
Gráfico 3 – Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Maria, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	132
Gráfico 4 – Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema José, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	133
Gráfico 5 – Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Pedro I, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	135
Gráfico 6 – Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Pedro II, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	136
Gráfico 7 - Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Isabel, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	137
Gráfico 8 - Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Flora, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	138
Gráfico 9 – Percentual de conceito satisfatório das avaliações dos estudantes (n=66) sobre o acervo da Biblioteca, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	139
Gráfico10 – Percentual de conceito satisfatório das avaliações dos estudantes (n=66) sobre pesquisa, Biblioteca, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	140
Gráfico 11 – Distribuição percentual do grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação à Biblioteca, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	140
Gráfico 12 – Distribuição percentual do conceito das avaliações dos estudantes (n=66) sobre organização e apresentação do material do Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999 .	142

Gráfico 13 – Distribuição percentual do conceito dos estudantes (n=66) sobre a relevância do Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	142
Gráfico 14 - Distribuição percentual do conceito dos estudantes (n=66) sobre a disponibilidade do Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	143
Gráfico 15 - Distribuição percentual do conceito dos estudantes (n=66) sobre a orientação no Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	143
Gráfico 16 – Distribuição percentual do conceito dos estudantes (n=66) sobre o grau de satisfação no Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	144
Gráfico 17 – Distribuição percentual do conceito satisfatório dos estudantes (n=66) sobre as conferências da Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	145
Gráfico 18 - Distribuição percentual de conceito dos estudantes (n=66) sobre a organização da Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	148
Gráfico 19 - Distribuição percentual de conceito dos estudantes (n=66) sobre a avaliação geral da Unidade 17, Curso Médico, 3ª. Série, 1999	148

Lista de Pinturas

Capítulo 1

The Old Plum, Período Edo (1615–1868), ca. 1645, atribuído a Kano Sansetsu (Japanese, ca. 1589–1651), porta com quatro painéis corrediços, tintura e folhas de ouro sobre papel, Metropolitan Museum of Art, New York, E.U.A

Capítulo 2

Science and Charity, Pablo Picasso, 1897, óleo sobre tela,
Museo Picasso, Barcelona, Espanha.

The Village School, c. 1670, Jan Steen, óleo sobre tela, National Gallery of Scotland, Edinburgh, Reino Unido.

"Las meninas", The Family of Philip IV, ou "The Maids of Honour",
Diego Velázquez de Silva, 1656, óleo sobre tela,
Museo Del Prado, Madrid, Espanha.

Selfportrait, Rembrandt Harmensz van Rijn, 1660, óleo sobre tela,
Musée du Louvre, Paris, França.

Capítulo 3

Estrada de Ferro Central do Brasil, Tarsila do Amaral, 1924, óleo sobre tela,
Museu de Arte Contemporânea da USP, São Paulo, Brasil.

Capítulo 4

Dream city, Paul Klee, 1921, óleo sobre tela, coleção privada , Turin, Itália

Capítulo 5

Le Bassin aux nymphéas, Claude Monet, 1899, óleo sobre tela, Art Museum Princeton University, New Jersey, E.U.A

Capítulo 6

Individuals, from the series Pictures with Chocolate, Vik Muniz, 1998,
silver dye bleach print, Metropolitan Museum of Art, New York, E.U.A.

Referências

Man at the café, Juan Gris, 1914, óleo e papel colado sobre tela,
Acquavella Galleries, Inc., New York,

Lista de Quadros

Quadro 1 – Semana típica da 1ª. Série do Curso Médico da FAMEMA	54
Quadro 2 – Unidades educacionais das 4 séries iniciais do Curso de Medicina da FAMEMA em 1999	114
Quadro 3 – Semana típica da Unidade 17 – Envelhecimento em 1999	122
Quadro 4 – Conferências da Unidade 17 – Envelhecimento em 1999	128
Quadro 5 – resumo dos problemas educacionais utilizados na Unidade 17 – Envelhecimento em 1999	129

Lista de siglas e abreviações utilizadas

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ABP – Aprendizagem baseada em problemas
ALAFEM – Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina
AMB – Associação Médica Brasileira
ANDES – Associação Nacional dos Docentes de Ensino Superior
ANMR – Associação Nacional dos Médicos Residentes
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
AVC – Acidente vascular cerebral
BMJ – British Medical Journal
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CMAJ – Canadian Medical Association Journal
CRM – Conselho Regional de Medicina
CRUB – Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EAC – Exercício de avaliação cognitiva
EAESP – Escola de Administração de Empresas de São Paulo
EAMA – European Academy for Medicine of Ageing
ECG - Eletrocardiograma
EDINBURGH – Edinburgh Declaration
EE – Entrevista com estudante
EDG-15 – Escala de Depressão Geriátrica, versão abreviada com 15 questões
EP – Entrevista com paciente
EPM – Escola Paulista de Medicina
ERIC – Educational Resources Information System
FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília
FAMEMA 2000 – Projeto FAMEMA 2000
FENAM – Federação Nacional dos Médicos
FEPAFEM – Federação Panamericana de Associações de Faculdades de Medicina
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMESM – Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília
GERP – Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia
GMC – General Medical Council
GPEP – General Professional Education of Physicians
GRIDEC – Grupo Interdepartamental de Epidemiologia Clínica
HC-FMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Interação Comunitária
ICC – Insuficiência cardíaca congestiva
IDA – Integração Docente-Assistencial
IFF – Instituto Fernandes Figueira
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe
MEC – Ministério da Educação
MEDLINE – Medical Literature, Analysis and Retrieval System Online
Mini-OSCE – Versão abreviada do exame clínico objetivo estruturado
MMSE – Mini-Mental State Examination
MPAS - Ministério da Previdência e da Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NETWORK – The Network Community Partnership for Health through Innovative Education, Service and Research
NUTES – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde
OSCE – Objective Structured Clinical Examination
OPS – Organização Panamericana de Saúde
PROAHSA – Programa Avançado de Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde
PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças dos Cursos de Graduação em Medicina
QE – Questionário do estudante
SBGG-SP – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Estado de São Paulo
SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados
SESu – Secretaria de Ensino Superior
SCIELO – Scientific Electronic Library Online
SP – Simulated Patient
UEL – Universidade Estadual de Londrina
UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde
UNIDA – Rede UNIDA
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
WHA – World Health Assembly
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – Introdução: Um pré-olhar deste estudo	21
1.1 Delimitando o objeto da pesquisa	27
1.2 Justificando este estudo	28
1.3 Objetivos	29
CAPÍTULO 2 – Referencial teórico para a análise dos olhares	30
2.1 Educação, a aprendizagem baseada em problemas e o estudante	31
2.2 Olhares, percepções e representações	70
2.2.1 A singularidade de cada olhar, as imagens e o imaginário	70
2.2.2 Percepções e representações da saúde e doença	82
2.3 Envelhecimento, velhice e o idoso	89
CAPÍTULO 3 – Percurso metodológico	99
3.1 Um olhar para os sujeitos do estudo e o processo de pesquisa	101
3.2 Análise dos dados	103
CAPÍTULO 4 – Um olhar sobre a FAMEMA	107
4.1 A “Unidade 17 – Envelhecimento” do Curso de Medicina da FAMEMA	122
4.2 A avaliação da “Unidade 17 – Envelhecimento”: olhares do estudante	130
CAPÍTULO 5 – Resultados e discussão	149
5.1 O estudante e a aprendizagem sobre o idoso	150
5.1.1 Os olhares dos estudantes ao final da 4ª série	150
5.1.1.1 Tema: A aprendizagem	151
5.1.1.2 Tema: Os cuidados especiais com os idosos	155
5.1.1.3 Tema: Os preconceitos	159
5.1.2 Os olhares dos estudantes ao final da 6ª série	162
5.1.2.1 Tema: O que eu consigo aplicar	162
5.1.2.2 Tema: A discriminação	165
5.1.2.3 Tema: Os futuros idosos	167
5.2 O idoso e o médico para a pessoa idosa	171
5.2.1 Os olhares dos estudantes	171

5.2.1.1 Tema: As queixas	171
5.2.1.2 Tema: Os símbolos da finitude	174
5.2.1.3 Tema: Um olhar para além das entidades patológicas	176
5.2.2 Os olhares dos pacientes	180
5.2.2.1 Tema: Limites do ser idoso	180
5.2.2.2 Tema: Voltar a ser criança	184
5.2.2.3 Tema: Encontros e desencontros na relação idoso-médico	185
 CAPÍTULO 6 – Considerações Finais	 190
 REFERÊNCIAS	 199
 APÊNDICES	 212

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO: UM PRÉ-OLHAR DESTE ESTUDO

1. Introdução: um pré-olhar deste estudo

A educação dos médicos e o seu processo de formação tem preocupado a sociedade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, especialmente pela desumanização da prática cotidiana e da atuação profissional do médico.

Uma breve análise dos desafios da educação de profissionais de saúde na virada dos séculos XX e XXI, inicialmente nos faz repensar os caminhos trilhados nas últimas décadas, quando o movimento de mudanças na educação no campo da saúde ganhou impulso com desdobramentos da Declaração de Alma-Ata de 1977, do Relatório GPEP – General Professional Education of Physicians de 1984 (GPEP, 1984), da Declaração de Edimburgo de 1988 (EDINBURG, 1988), da proposta do “Changing Medical Education: an agenda for action” da Organização Mundial da Saúde em 1991 (WHO, 1991), das recomendações do Tomorrow’s Doctors do General Medical Council do Reino Unido de 1993 (GMC, 1993), da Resolução 48.8 da World Health Assembly de 1995 (WHA, 1995), das ações da The Network Community Partnership for Health through Innovative Education, Service and Research, fundada em 1979 (NETWORK, 2001).

Na América Latina lembramos as atuações da Organização Panamericana de Saúde - OPS, Federação Panamericana de Associações de Faculdades de Medicina - FEPAFEM e Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina - ALAFEM, a exemplo do “Projeto EMA – Educação Médica nas Américas” de 1990 (FEPAFEM, 1990), e da realização do Encontro Continental de Educação Médica em 1994 (OPS-ALAFEM-FEPAFEM, 1990), além do Programa UNI (1997) apoiado pela Fundação W.K. Kellogg.

No Brasil, destacamos o Projeto CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM, 2000), e as

ações da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, da Rede UNIDA¹, o recente Programa de Incentivo às Mudanças nos Cursos de Graduação em Medicina – PROMED, lançado pelo Ministério da Saúde - MS, Ministério da Educação - MEC, e Organização Panamericana de Saúde - O.P.S. (PROMED, 2002).

Tais movimentos globais e regionais já foram analisados por autores como Almeida (1999) e Feuerwerker (2002).

O balanço das mudanças efetivamente promovidas na última década na educação de profissionais de saúde aponta para resultados positivos na adoção de estratégias diversificadas de desenvolvimento de programas educacionais orientados à comunidade, e de métodos ativos de ensino-aprendizagem (tal como a aprendizagem baseada em problemas – ABP), por várias escolas no mundo todo, a exemplo da FAMEMA (KOMATSU et al., 1998; KOMATSU, 1999a; KOMATSU, 1999b; KOMATSU et al., 1999a; KOMATSU et al., 2000) e da UEL (CAMPOS, 1999; CAMPOS; KOMATSU, 2001) no Brasil.

Centrar o ensino-aprendizagem no estudante e oferecer a oportunidade de trabalhar com problemas e na comunidade desde o início do curso de graduação, contudo, pode não ser suficiente para garantir o desenvolvimento de algumas das competências almejadas pelos profissionais de saúde deste novo século.

No curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, por exemplo, as competências definidas devem capacitar os estudantes para: o processo contínuo de aprender a aprender; a atenção aos pacientes; o entendimento da saúde individual inserida em um contexto sócio-econômico de uma determinada população; as habilidades técnicas efetivas para o gerenciamento dos problemas de saúde dos pacientes e da população; o comportamento profissional ético e humanístico; a capacidade de trabalhar em equipe e atuar para a melhoria de saúde da população; o desenvolvimento da prática baseada em evidências (KOMATSU, 1999a). Tais competências não devem

¹ A Rede UNIDA reúne instituições vinculadas aos projetos UNI – “Uma Nova Iniciativa” na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade, e IDA – integração docente-assistencial.

ser muito distintas de outras propostas em outros programas, mas como atingi-las senão em estreito contato com a prática e a realidade?

Isto nos faz refletir sobre o currículo que temos prescrito para a formação de profissionais de saúde, e aqui, um debate envolvendo conteúdos, que preferimos tratar como saberes, e os processos, torna-se necessário.

Claramente a educação de profissionais de saúde tem concentrado esforços nas últimas décadas na discussão dos conteúdos ou dos saberes necessários à formação de “profissionais generalistas” ou “que atendam às reais necessidades da população”. Tratar dos processos de religação e reconstrução dos saberes é absolutamente vital para que as propostas de mudança alcancem a necessária relevância social (MORIN, 2002).

Os documentos e projetos desenvolvidos nas últimas décadas não foram suficientes para a necessária transformação das práticas e da realidade de saúde da população, e por outro lado, sem esta transformação, não há mudança no cenário dos chamados “anos clínicos”, de estágio supervisionado ou internato, dos cursos de graduação em saúde.

Portanto, além da decisão política de mudar, cada instituição transformadora necessita planejar cuidadosamente, durante a elaboração do seu projeto político pedagógico, como interferir favoravelmente à mudança, não somente do processo de ensino-aprendizagem intrínseco ao programa, mas também no processo de promoção da saúde, no âmbito da própria instituição, e fora dela, através do desenvolvimento de sólidas parcerias com os serviços locais de saúde, e do trabalho em rede com outros centros.

A necessidade de incorporar novas áreas de conhecimento na educação de profissionais de saúde tem sido identificada nas últimas décadas, elevando o número de disciplinas nos cursos de graduação.

De incorporação recente, e ainda limitada no Brasil, temos a Geriatria nos cursos de Medicina, e a Gerontologia nos demais cursos, como as disciplinas mais comumente afeitas à discussão do envelhecimento.

O envelhecimento populacional é tão universal quanto a preocupação com a formação e atuação dos médicos, e a questão do envelhecimento e do idoso ganha relevância e surge como prioridade emergente mesmo em países outrora reconhecidos como “jovens”, a exemplo do Brasil.

“Velhice é um termo impreciso e sua realidade difícil de perceber. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de sua complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto suas artérias, seu cérebro, seu coração, seu moral ou sua situação civil? Ou é a maneira pela qual outras pessoas passam a encarar certas características que classifica as pessoas como velhas” (VERAS, 1994, p.25).

Muito embora seja difícil delinear conceitos universalmente aceitáveis, o envelhecimento pode ser considerado segundo as dimensões biológica, populacional e psicológica.

O envelhecimento biológico é caracterizado pela falência na manutenção da homeostase (equilíbrio interno) sob condições de estresse fisiológico, falência esta que é associada com a diminuição da viabilidade e o aumento da vulnerabilidade do indivíduo (COMFORT, 1979). Alguns fatos biológicos do envelhecimento são descritos por Hayflick (1996): é universal e atinge a todos, é deteriorativo, diminuindo a função de células, órgãos e organismo, e é irreversível.

As repercussões sociais decorrentes do envelhecimento populacional foram historicamente mais reconhecidas em países desenvolvidos, onde o crescimento da população idosa ocorreu predominantemente no século passado, contudo, há um fenômeno global que se observa a partir dos anos 80, quando mais de metade das pessoas que atingem a idade de 60 anos vive em países do Terceiro Mundo, e até 2025, prevê-se que três quartos da população idosa do mundo estarão vivendo em países menos desenvolvidos (VERAS, 1994).

Isto envolve o Brasil, em meio à transição epidemiológica ou demográfica, que se caracteriza pelo rápido crescimento do percentual de idosos da população, o que é justificado pela queda da fecundidade, controle parcial das doenças evitáveis (por exemplo, pela imunização), e redução da mortalidade, sobretudo infantil (RAMOS et al., 1987).

Também em nosso Município de Marília é possível observar desdobramentos do envelhecimento populacional, como o elevado custo para o Sistema Único de Saúde de procedimentos decorrentes de doenças caracteristicamente incidentes em idosos como as fraturas do fêmur proximal (KOMATSU, 1998).

O envelhecer em si, como fenômeno de natureza biopsicossocial complexa, repercute fundo no íntimo de cada um de nós, interagindo com nossas estruturas e processos interiores. O envelhecimento psicológico traz usualmente as marcas da pessoa, calcadas ao longo da vida. Reconhecê-lo é algo estritamente necessário para a adequada compreensão da pessoa que envelhece.

Seriam as alterações psíquicas necessariamente decorrentes do envelhecimento normal? Não é esperada a manifestação de depressão ou demência em todos os idosos, mas Veras (1994), identificou no seu estudo realizado no Rio de Janeiro, um maior risco associado ao envelhecimento de deficiências cognitivas e um maior risco de depressão relacionado às doenças físicas, freqüentes em idosos, o que nos faz considerar uma maior suscetibilidade dos idosos aos déficits cognitivos, e dos idosos com alguma enfermidade à depressão.

É necessária uma discussão sobre o envelhecimento, enquanto fenômeno biológico, fase da vida, e processo social. Tal discussão deve permear nossos currículos de graduação e sensibilizar o olhar dos futuros profissionais para a atenção e cuidado com a pessoa idosa.

1.1 Delimitando o objeto da pesquisa

Este estudo trata dos olhares de pacientes idosos e, estudantes de Medicina, sobre o médico almejado por ambos: o médico que reconheça em cada idoso uma pessoa, o médico para a pessoa idosa.

Trata também dos olhares de estudantes de Medicina, ao final da 4ª. Série e ao final da 6ª. Série, sobre o Curso de Medicina, a aprendizagem baseada em problemas, e a formação de médicos sensibilizados para a atenção à saúde do idoso.

Capturar as concepções destes jovens e idosos sobre o idoso e o médico para a pessoa idosa, e dos estudantes de Medicina a sua visão da aprendizagem e do processo de formação do médico, parecia desafio bastante para o desenvolvimento desta pesquisa, especialmente quando desenvolvida na FAMEMA, que se constituiu local privilegiado para o estudo, especialmente pelo seu arrojado projeto político-pedagógico para o curso de Medicina, centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade, denominado “FAMEMA 2000”, e o desenvolvimento do novo currículo implementado em 1997, e que previu a abordagem específica da temática do envelhecimento em sua unidade 17 na 3ª. série, a partir de 1999.

Propusemos então, como **objeto** deste estudo, **a formação do médico e a sensibilização para lidar com a pessoa idosa**, que envolveu a análise dos olhares de estudantes de Medicina e pacientes idosos dentro da proposta de ABP e do currículo da FAMEMA.

1.2 Justificando este estudo

Um número relativamente pequeno de estudos tem sido desenvolvido com a preocupação de capturar a óptica dos sujeitos da aprendizagem e dos cuidados com a saúde: estudantes e pacientes.

Utilizando as palavras “percepções de estudantes”, encontramos 140 referências na base de dados MEDLINE (Medical Literature, Analysis, and Retrieval System Online – U.S. National Library of Medicine), que abrange mais de 11 milhões de citações de artigos publicados, em mais de 4600 periódicos na área biomédica, em mais de 70 países, desde meados de 1960. Com as palavras “percepções de pacientes” encontramos 345 referências das mais diversas, com “representações de estudantes” 105 referências, e “representações de pacientes” 643 referências, contra 1509 referências com as palavras “aprendizagem baseada em problemas”, 179.211 referências com a palavra “diabetes”, 201.744 referências com “hipertensão”, ou 353.772 referências com “educação” na mesma base MEDLINE, consultada aos 30 de dezembro de 2002.

Desconhecemos a existência de qualquer estudo desta natureza, mesmo após cuidadosa busca nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE e ERIC (Educational Resources Information Center), envolvendo o olhar de pacientes idosos e estudantes de Medicina sobre o idoso e o médico para a pessoa idosa, especialmente no contexto do desenvolvimento de uma proposta de ABP.

Assim, acreditamos que esta pesquisa resulte numa contribuição relevante para o (re)conhecimento do olhar dos sujeitos dos cuidados com a saúde do idoso e da aprendizagem sobre tais cuidados.

Este estudo traz também um subsídio importante para a avaliação do programa do Curso de Medicina da FAMEMA, visto que, promove uma reflexão sobre importante parte do processo de aprendizagem dos estudantes e

das expectativas de seus clientes: a percepção e a representação dos sujeitos do programa educacional e do serviço de atenção à saúde do idoso da FAMEMA, capturada e analisada através das respostas produzidas por estes sujeitos às questões levantadas por esta pesquisa.

É necessário destacar o envolvimento deste Autor com o movimento de mudanças da Educação Médica, do ensino-aprendizagem e da prática clínica em Geriatria e Gerontologia, o que faz com que o seu olhar sobre os olhares dos sujeitos seja motivado pela sua atuação cotidiana como médico e professor participante deste processo na FAMEMA, como gestor do currículo, e com as inquietações próprias de quem interroga e busca apreender a realidade vivida pelos profissionais de saúde em formação e seus pacientes.

1.3 Objetivos

São objetivos deste estudo:

Analisar a percepção de estudantes de Medicina da Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP do currículo da FAMEMA como espaço de formação de médicos sensibilizados para a atenção das pessoas idosas.

Analisar as representações de estudantes e idosos acerca do que é ser um médico sensibilizado para a questão do envelhecimento.

CAPÍTULO 2**REFERENCIAL TEÓRICO PARA A ANÁLISE DOS OLHARES**

2.1 Educação, a aprendizagem baseada em problemas e o estudante.

Pensar na educação nesta virada do milênio exige reflexão sobre a história, os fatos e os acontecimentos que nos cercam.

Vivemos um momento de transição dos tempos e das atitudes, transição esta que torna somente parcialmente visível o novo horizonte que desponta.

Discutir hoje os rumos da educação envolve discutir a mudança paradigmática, e a formação de uma sociedade da informação ou da era pós-industrial, em busca de um difícil equilíbrio entre regulação e emancipação social.

Neste findar e iniciar de séculos estamos frente tanto à desordem na regulação quanto na emancipação social, e o nosso lugar/tempo ocorre em sociedades simultaneamente autoritárias e libertárias (SANTOS, 2000). A valorização da liberdade e da igualdade, esteio da democracia moderna, não encontra ressonância no cotidiano dos povos e nações, especialmente nos com baixo índice de desenvolvimento humano. Persiste a concentração dos meios de produção, do conhecimento e da renda; a liberdade de escolha expandiu, mas somente para os poucos que podem escolher; compras sem sair de casa e navegação num mar de informações pela Internet; o fim das certezas (PRIGOGINE, 1996); a globalização como fábula, como perversidade, "por uma outra globalização" de Milton Santos (2000), ou, como possibilidade; mundialização; hierarquias rígidas, políticas ou corporativas em desintegração. Em paralelo, a criminalidade e a desordem social cresceram (FUKUYAMA, 2000).

Antigos ou modernos, tradicionais ou inovadores, os projetos educacionais que definem ou tentam definir as práticas de ensino-aprendizagem trazem no bojo da intencionalidade educacional artefatos mais ou menos

carregados de autoritarismo, alienação, arbitrariedade, determinismo, (uni)direcionalidade, (in)flexibilidade, reflexão, crítica, liberdade, autonomia (KOMATSU, 2002).

A educação encontra-se em um processo de mudança, mas ainda é mais evidente a manutenção do status quo que as inovações, reformas ou transformações propriamente ditas.

No contexto da discussão teórica surgem novas emergências educativas nas duas últimas décadas tais como o feminismo, a ecologia, e o multiculturalismo (DEACON; PARKER, 1994; McLAREN, 2000) contrapondo-se à formação "sexista" do masculino como superior e universal; à exploração, domínio e espoliação do meio ambiente, destacando novos valores na relação natureza-homem; e ao etnocentrismo, ampliando o cenário educacional às múltiplas culturas, culturas outras em relação à cultura ocidental, branca, e burguesa. O quanto tais debates atingem a prática educacional cotidiana é uma outra questão. Para que docentes e discentes passem do pensamento crítico à prática crítica há uma distância a percorrer cujos caminhos os teóricos da educação não cartografaram, posto que tarefa impossível apontar caminhos que têm que ser inventados, criados, e trilhados dependendo do contexto e da realidade peculiar a cada circunstância educacional.

Falta criação? Talvez nos sobre medo, e falte ousadia. Ousadia para reinventar a roda, no sentido de melhorá-la e aperfeiçoá-la permanentemente.

Quando imaginamos a concepção de novos currículos e o desenvolvimento de novas metodologias de ensino-aprendizagem como a aprendizagem baseada em problemas da Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster, Canadá no final da década de 60 (SPAULDING, 1969), pensamos na mistura de ingredientes educacionais de diversas correntes e teorias educacionais tais como a influência do construtivismo, da psicologia cognitiva, da proposta de integração biopsicossocial, aliados a uma boa dose de criatividade de um think-tank de aproximadamente 20 professores, que ao contrário do que muitos pensam,

não tinham nenhuma orientação teórica de educadores como Dewey , Rogers ou Freinet, Piaget ou Vigotsky².

Aperfeiçoamentos e versões diferenciadas da aprendizagem baseada em problemas são conhecidas no mundo todo três décadas após o início da experiência original, contudo não surgiram nas universidades outras metodologias ativas relevantes além da aprendizagem baseada em problemas e da problematização.

Há, portanto, nas escolas e universidades um amplo predomínio das aulas tradicionais, espelho da pedagogia da transmissão, com as carteiras todas em linha, voltadas para a lousa, o professor falando, e os estudantes tomando notas da apresentação, estudando “pelo caderno, para a prova”.

Debates sobre a modernidade e pós-modernidade trazem à baila questões como: o que preservamos e rejeitamos da modernidade? A modernidade possui tantos sentidos quantos forem os pensadores; mas será que já fomos modernos? (LATOUR, 1994). Será que já fomos modernos na educação?

A educação no mundo moderno está, cada vez mais, sendo denunciada como um dos últimos e minados bastiões de uma época cujos ídolos – a razão, o progresso e o sujeito autônomo – têm sido irreparavelmente maculados por guerras mundiais, totalitarismo, pobreza e fome em massa, destruição ambiental, e cujos próprios avanços científicos e sucessos produtivos estão entrelaçados com dominação e devastação de formações naturais e sociais (DEACON; PARKER, 1994). Se sequer fomos bem sucedidos na proposta do projeto educacional moderno, seríamos agora capazes de implementar um projeto educacional pós-moderno?

² Em correspondência eletrônica, mantida em 02 de dezembro de 2000, pelo Autor com Howard Barrows, um dos pioneiros da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de McMaster, o Prof. Barrows reconheceu que os professores que planejaram o currículo de Medicina de 1969 daquela Universidade não tinham nenhum contato com obras de educadores como John Dewey , Carl Rogers, Célestin Freinet, Jean Piaget, ou Lev Semenovitch Vigotsky . A formulação da ABP deu-se sem a influência direta de teóricos da Educação.

Está lançado o desafio. O pós-moderno transcende, realmente transforma, o moderno, em vez de rejeitá-lo totalmente (DOLL-JR., 1997). E o que seria uma educação na pós-modernidade? Consistiria, para Doll-Jr (1997), em um relacionamento reflexivo entre professor e estudante onde o professor não pede ao estudante que aceite a autoridade do professor, ao contrário, ele pede que o estudante suspenda a descrença nessa autoridade, reúna-se ao professor na investigação, naquilo que o aluno está vivenciando; daí, o professor concorda em ajudar o estudante a compreender e apreender o significado e o sentido dos fatos, e em estar pronto a ser confrontado pelo estudante, e em refletir com ele sobre o entendimento de cada um.

Isto implica não somente num re-direcionamento, re-ordenamento, re-organização da estrutura, dos processos e das práticas, mas numa profunda reflexão dos sujeitos, pelos sujeitos da educação. Onde estamos? O que desejamos? Para onde vamos?

Creemos que a educação do novo século deva aproximar-se de uma pedagogia da possibilidade (McLAREN, 1999). Da possibilidade na óptica dos educadores e dos educandos. Da possibilidade de maior equidade, proximidade, e efetividade na relação estudante-professor e professor-estudante. Da possibilidade concreta do desenvolvimento da educação como um processo permanente ao longo da vida, e não limitado –por tantas- instâncias formais e probatórias. Da possibilidade que mulheres e homens ao longo da longa história criaram de inteligir a concretude e de comunicar o inteligido, de constatar e de encontrar as razões do constatado, de denunciar a realidade constatada, e de anunciar a sua superação, onde a leitura crítica do mundo é um que-fazer pedagógico-político indicotomizável na reinvenção da sociedade e da educação (FREIRE, 2000). Uma utopia provisória.

A educação em massa produziu uma situação inusitada em que sujeitos foram reduzidos a meros objetos do processo educativo, objetos tanto quanto os conhecimentos a serem “dominados” ou os conteúdos a serem “adquiridos”. Instaurou-se a pedagogia da transmissão de quem supostamente

detém mais saber e poder, para quem supostamente não os detém (KOMATSU, 2002).

Para Deacon e Parker (1994) o poder da razão humana moderna que satura os discursos educacionais pode ser caracterizado como uma série de grades interconectadas de relações de saber e poder, no interstício das quais são constituídos sujeitos que são simultaneamente ambas as coisas: tanto os alvos de discursos (seus objetos e invenções) quanto os veículos de discursos (seus sujeitos e agentes). O sujeito moderno, sobre o qual a própria razão se baseia, e cujo status derivado é ocultado pelo excesso de objetificar outros, é assim denunciado como um paradoxo: um efeito instável, fragmentado e potencialmente contraditório (mas igualmente substancial) do saber e do poder.

Pode-se falar em um sujeito da educação? Ou seriam sempre sujeitos?

Quem educa, educa a alguém, e é educado ao educar, ou “[...] quem forma se forma e re-forma ao formar, e quem é formado, forma-se e forma ao ser formado” (FREIRE, 1996 p.25). Assim, sujeitos da educação somos todos nós educadores-educandos em uma relação profícua de troca em dupla via: educador - educando e, educando - educador. Isto implica em compartilhar tempo, comunicação e poder, trabalhando em um processo diferenciado onde para nos educarmos não podemos passivamente esperar por sermos educados. Precisamos aprender, apreendendo ativamente informações em um contexto de prática e realidade, associando a aprendizagem com a própria experiência vivencial, estimulando a reflexão crítica e a aprendizagem significativa. Realidade presente e futura, realidade histórica, mas da história como possibilidade, que tem sempre a realidade como algo passível de mudança pela nossa intervenção organizada (KOMATSU, 2002).

Por que a educação não flui desta forma em uma difusão permanente da anti-sujeição de professores e alunos à hierarquia da inflexibilidade de conteúdos, processos e práticas pré-determinadas e descontextualizadas ? Oras,

porque onde existe poder, existe resistência... E esta resistência nunca está em uma posição de exterioridade em relação ao poder (FOUCAULT, 1994).

A resistência inercial que impera sobre todos nós é sermos professores e alunos "tradicionais": professor ativo e loquaz, avaliador - inquisidor - opressor; estudante passivo e calado, avaliado-inquirido-oprimido (KOMATSU, 2002).

Para avaliarmos criticamente e até recusarmos parte do que somos, ou como somos, necessitamos minimamente descobrirmos o que somos, como somos constituídos, e porquê, somos assim, e imaginarmos, concebermos, criarmos novas maneiras de sermos sujeitos. Isto implica em suplantar ortodoxias, pensamentos hegemônicos e paradigmas (KOMATSU, 2002).

O papel do professor tem se reduzido ao papel de emissor – como fonte inesgotável - de saber. Supostamente se trataria de um interlocutor, mas não há interlocução, ou há pouca interlocução. Predomina o monólogo em sala de aula, ao final do qual restaria apenas uma questão: alguma pergunta? Dúvidas?

Os estudantes – quando não dormem ou conversam nas aulas expositivas - devem pensar: "o que é que isto – a matéria dada, matéria estudada - tem a ver comigo, com as outras pessoas (como os pacientes, familiares, profissionais de saúde), com a vida?...". ou na célebre pergunta de T.S. Eliot: onde está o conhecimento perdido na informação (KOMATSU, 2002)?

Este professor educa? É ele um educador? Ou simples detentor/reprodutor/transmissor de um "conteúdo técnico", de uma matéria estanque ou assunto muito específico.

O professor do ensino superior se vê muitas vezes premido de tempo pelas outras atividades, como a pesquisa, e na área médica, a atenção à saúde. As universidades cobram uma produção científica, e as gratificações e promoções na carreira guardam relação direta com o que se publica, especialmente em periódicos estrangeiros. Publish or perish, e perecem os estudantes, ao menos os da graduação (KOMATSU, 2002).

Há um baixo interesse dos docentes pela capacitação “didático-pedagógica”, até há pouco, matéria obrigatória dos cursos de pós-graduação. E dizer que algo é compulsório, é o mesmo que dizer que é algo feito contra a vontade. Programas de capacitação docente permanente, para não falar que inexistem, raramente são vistos nas escolas. “O professor não se sente particularmente motivado para envolver-se com projetos pedagógicos visando a melhoria do processo de ensino-aprendizagem e pode, até mesmo, apresentar resistência, por desacreditar ou por perceber que, “desvios” de suas atividades de pesquisa para aumentar suas atividades de ensino possam representar prejuízo para sua carreira acadêmica” (BATISTA; SILVA, 1998 p. 46-47). Quem pode modificar este estado de coisas senão os próprios professores?

Em nossa opinião, o novo papel docente exigiria do professor: assumir o ensino-aprendizagem como mediação: aprendizagem ativa do estudante com o auxílio pedagógico do professor (LIBÂNEO, 1998); transformar a escola das práticas multi e pluridisciplinares em uma escola de práticas inter e transdisciplinares, integradas à vida cotidiana; conhecer e aplicar estratégias e metodologias ativas de ensinar-aprender a pensar, ensinar-aprender a aprender, ensinar-aprender a cuidar, ensinar-aprender a avaliar; perseverar no empenho de apoiar os estudantes a buscarem e alcançarem uma perspectiva crítica dos conteúdos (cambiantes) e das práticas, rumo à apreensão das realidades presentes e futuras através de um exercício crítico-reflexivo sintonizado com as mudanças e os conflitos do mundo em que vivemos; aperfeiçoamento da linguagem, da comunicação verbal e não-verbal, e da habilidade de mediar o trabalho em grupo, tornando-o não mais competitivo, mas produtivo e agradável; assimilar, com olhar crítico, as novas tecnologias, adaptando-as às necessidades efetivamente verificadas; compreender o multiculturalismo, respeitando crenças, valores, diferenças, atitudes, limites e possibilidades individuais; avaliar e auto-avaliar-se de maneira sistemática e formativa, sendo cuidadoso e criterioso no seu feed-back aos estudantes e ao programa; integrar no exercício da docência-discência a dimensão afetiva (LIBÂNEO, 1998).

Isto pressupõe uma mudança radical da forma de conceber os projetos educacionais ou as matrizes curriculares. Isto requer uma nova concepção do ser docente: facilitador, mediador, e orientador da aprendizagem de cada estudante, e da sua própria aprendizagem, em um processo de reflexão através da ação (SCHÖN, 2000).

Ser professor sujeito da educação é estar permanentemente comprometido com a educação: a dos outros (professores, estudantes, comunidade) e a sua própria (professor) (KOMATSU, 2002).

Uma análise do que tem sido o papel do estudante nos mostra um interesse e um entusiasmo crescente pelas questões educacionais. Na área médica, os congressos da ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica e os fóruns e oficinas de trabalho da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico têm demonstrado a pujança da participação estudantil, seja nas apresentações e debates, seja na produção de pôsteres e temas-livres sobre educação.

No contexto das escolas médicas, no entanto, são frustrantes os relatos da efetiva contribuição dos estudantes em mudanças educacionais concretas. Seria a força de mobilização dos líderes estudantis suplantada pela resistência inercial da massa de docentes e discentes? A ruptura com as concepções tradicionais da educação é uma tarefa hercúlea que exige um sincronismo e uma somatória de forças docentes e discentes (KOMATSU, 2002).

Certamente não é possível aceitar o estudante como um mero espectador passivo da educação.

Espera-se do estudante enquanto educando uma preocupação e atenção particular com a sua própria capacitação e desenvolvimento na educação formal (escolas, cursos), ou informal (não institucionalizada), intencional ou não-intencional (não-sistemática, não-planejada), curricular ou extra-curricular.

Tal preocupação deve expressar-se através da participação ativa e diferenciada no processo de ensino-aprendizagem, onde orientado pelos

professores, deve desenvolver atividades de auto-aprendizagem que resultem em uma gradação crescente – através de sucessivas aproximações - da aprendizagem significativa e autodirigida. Ampliando horizontes, o educando deve também participar do planejamento das próprias atividades de aprendizagem, dos conteúdos a serem explorados, das estratégias de busca, avaliação e seleção de dados e informações, e dos recursos de aprendizagem a serem utilizados.

O entendimento da construção, organização, avaliação crítica e utilização do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e atitudes, e a interação com o mundo, com as pessoas, a realidade, e a comunidade, precedem em importância o domínio de conteúdos gerais ou específicos.

Conteúdos e conteúdos transformam-se; a educação como processo para toda a vida, exige mudanças no *modus operandi* dominante das escolas e isto é também uma tarefa discente. Organizar-se, fazer-se representar, reivindicar, conquistar, participar: atitudes inerentes ao ser estudante.

Quem melhor que o estudante para identificar os seus hiatos de conhecimentos e habilidades? A avaliação diagnóstica, formativa, e somativa do estudante deve subsidiar a auto-avaliação feita por cada educando. É importante ressaltar que a avaliação deve ter como finalidade subsidiar a transformação da realidade. Antes de vigiar e punir, a avaliação do estudante deve subsidiar a identificação de qualidades e debilidades, sempre em tempo de corrigir o processo de aprendizagem (KOMATSU, 2002).

Quem melhor que o estudante para ajudar a identificar as falhas de um programa educacional? A participação discente na avaliação do programa é fundamental. Anônima, confidencial, e protegida dos “perigos da avaliação”, ela deve subsidiar o desenvolvimento permanente dos programas educacionais, envolvendo avaliação dos docentes, dos pares, das atividades pré-programadas, dos recursos de aprendizagem, e da organização (KOMATSU, 2002).

Ser estudante sujeito da educação é estar permanentemente comprometido com a educação: a sua própria (estudante) e a dos outros (estudantes, professores, comunidade) (KOMATSU, 2002).

A educação é um direito de todos, mas responsabilidade de quem?

Já tratava Dewey (1916) na sua obra, "Democracy and Education", a educação como: necessidade de vida, função social, direção, crescimento.

Em todos estes sentidos, diríamos que a educação é responsabilidade, assim como direito, de todos. Responsabilidade da nação, do país, do governo, dos legisladores, dos juristas, das famílias, dos educadores, dos próprios educandos, dos cidadãos.

A responsabilidade do Estado sobre a Educação Médica no Brasil tem se manifestado como desdobramento da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, através do Ministério da Educação, Cultura e do Desporto (MEC) e sua Secretaria do Ensino Superior (SESu), com a outorga de validade e fé pública através do reconhecimento de cursos de graduação, e estabelecimento de políticas de avaliação e acreditação através do Exame Nacional de Cursos, Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação, credenciamento dos cursos, e das diretrizes curriculares, assim como do Conselho Nacional de Educação (para escolas e universidades federais e particulares) e dos Conselhos Estaduais de Educação (para escolas e universidades estaduais e municipais) que definem normas e recomendações educacionais através de pareceres e resoluções.

São bem conhecidas as possibilidades, limites e os propósitos governamentais na esfera da Educação, e da Educação Médica, especialmente os expressos pelo MEC. É claramente insuficiente apenas reprovar cursos de Medicina, como recentemente divulgado pelo MEC.

Há que se estabelecer uma política de desenvolvimento permanente e melhoria da qualidade da Educação Médica brasileira, e o "provão", uma avaliação tradicional, referenciada em norma e não em critérios, certamente não dará conta disto. Em nossa opinião existe ainda um enorme hiato na responsabilidade do Estado sobre a Educação Médica no Brasil.

A responsabilidade das instituições e órgãos representativos da Medicina e da Educação Médica se expressa através das entidades médicas como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), os sindicatos dos médicos, através da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), e a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) que têm participação destacada em movimentos contra a abertura indiscriminada de escolas médicas, explicitando a preocupação com a nova expansão dos cursos de Medicina no Brasil, e com a qualidade da Educação Médica e da atenção à saúde oferecida no Brasil. Reúnem-se também na Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), juntamente com o Sindicato Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, e Academia Nacional de Medicina, na avaliação e encaminhamento de propostas de mudanças na Educação Médica.

A ressonância da discussão da questão "Educação Médica" nos fóruns e oficinas de trabalho da CINAEM é muito favorável, mas quanto os líderes estudantis e docentes conseguiram de fato avançar nas propostas de cada curso de Medicina participante da CINAEM, e os resultados futuros rumo à transformação do ensino-aprendizagem nas escolas médicas brasileiras permanecem uma incógnita.

Quanto à responsabilidade das escolas e universidades deve-se destacar, segundo Santos (1995, p.187), que:

"... a universidade confronta-se com uma situação complexa: são-lhe feitas exigências cada vez maiores por parte da sociedade ao mesmo tempo em que se tornam cada vez mais restritivas as políticas de financiamento das suas atividades por parte do Estado. Duplamente desafiada pela sociedade e pelo Estado, a universidade não parece preparada para defrontar os desafios, tanto mais que estes apontam para

transformações profundas e não para simples reformas parcelares. Aliás, tal impreparação, mais do que conjuntural, parece ser estrutural, na medida em que a perenidade da instituição universitária, sobretudo no mundo ocidental, está associada à rigidez funcional e organizacional, à relativa impermeabilidade às pressões externas, enfim, à aversão à mudança”.

Assim, que responsabilidade sobre a educação médica esperar da universidade? Transformação ou simples luta pela preservação e manutenção? Todas as evidências parecem suportar a segunda possibilidade.

Seriam então os próprios educadores e educandos os maiores responsáveis pela Educação Médica? Em nossa opinião, sim. Ninguém melhor que os próprios educadores e educandos para conhecerem a realidade específica de cada escola médica, suas fragilidades e fortalezas, vantagens e desvantagens, seu espaço e lugar na comunidade, sua gente.

A responsabilidade que colocamos para reflexão é a de cada ação educativa. Os sujeitos da educação que mais importam à particularidade de cada prática pedagógica substancial, são os sujeitos do polo docente e os sujeitos do polo discente, posto que ativos, congruentes ou divergentes, cada qual com sua óptica da realidade, sua perspectiva histórica, seus conhecimentos e experiências prévias, trabalhando o processo de construção de saberes, um processo essencialmente humano: educativo (KOMATSU, 2002).

Docentes e discentes não podem se eximir da responsabilidade maior pela Educação, enquanto agentes não somente das atividades didáticas, mas também das suas mudanças e inovações.

A educação é tida como esteio da emancipação, da autonomia, da esperança e do desenvolvimento da humanidade. Não seria então exatamente dela, educação, a tarefa da humanização? Há que ser mais humano no cotidiano da educação, da saúde, da vida.

A ação e o pensamento educacional do findar e iniciar de século “não abandonaram absolutamente nem a paixão pelo homem, pelo seu

resgate e pela sua realização, nem a consciência do rigor teórico que guiaram até aqui a sua história... a pedagogia continuará a ser uma ciência para o homem, cujo rigor deverá operar em torno do exercício de uma identidade crítica, desejosa e capaz de ser radical” (CAMBI, 1999).

A busca por uma racionalidade técnica imperou nos primórdios da educação médica com o nascimento da clínica (FOUCAULT, 1998). A crise da confiança no conhecimento profissional surge com o questionamento da capacidade do “modelo clínico” em oferecer resposta ao raciocínio probabilístico e não determinista, às incertezas, às singularidades das expressões, manifestações, e respostas, e à diversidade cultural e de valores da sociedade.

Neste sentido, Schön (2000, p.15) considera que:

“Na topografia irregular da prática profissional, há um terreno alto e firme, de onde se pode ver um pântano. No plano elevado, problemas possíveis de serem administrados prestam-se a soluções através da aplicação de teorias e técnicas baseadas na pesquisa. Na parte mais baixa, pantanosa, problemas caóticos e confusos desafiam as soluções técnicas. A ironia desta situação é o fato de que os problemas do plano elevado tendem a ser relativamente pouco importantes para os indivíduos ou o conjunto da sociedade, ainda que seu interesse técnico possa ser muito grande, enquanto no pântano estão os problemas de interesse humano. O profissional deve fazer suas escolhas. Ele permanecerá no alto, onde pode resolver problemas relativamente pouco importantes, de acordo com padrões de rigor estabelecidos, ou descenderá ao pântano dos problemas importantes e da investigação não-rigorosa?.

Tal dilema tem duas fontes: em primeiro lugar a idéia estabelecida de um conhecimento profissional rigoroso, baseado na racionalidade técnica, e, em segundo, a consciência de zonas de prática pantanosa e indeterminadas, que estão além dos cânones daquele conhecimento”.

Evitar o pântano e restringir-se ao terreno alto é negar a complexidade humana, e, por conseguinte, a complexidade da prática médica e da educação.

A Medicina e as ciências da saúde são de natureza antes mesmo que biológica, humana. Alegar que com o Projeto Genoma teríamos uma ciência exata é reduzir a teia da vida a algo previsível e certo.

Emerge a proposta da humanização da prática médica através da humanização da educação médica. Mas resgatar a Educação Médica seria responsabilidade de quem? Dos sujeitos da Educação Médica.

A responsabilidade da transformação e desenvolvimento permanente da Educação Médica, portanto, tem como protagonistas educadores e educandos.

Cabe aos educadores não o centro de maior importância do desenvolvimento permanente da Educação Médica, nem resta aos educandos a periferia destas mudanças, pois ambos, docentes e discentes necessitam engendrar esforços, reunir forças, afinar estratégias, e oferecer suporte logístico para mover a enorme pedra que cerra o acesso das escolas médicas às inovações, reformas e transformações curriculares (KOMATSU, 2002).

Parte substancial destas mudanças na Educação Médica envolve o resgate do humano na relação docente-discente-paciente.

Mas, onde se perdeu o humanismo na Medicina?

Nos modelos médico, biomédico, ou clínico, no distanciamento e a na rejeição ao humano em nossas atitudes cotidianas, substituindo sempre que possível o (inter)pessoal (caloroso) pelo impessoal ("frio"), trocando a proximidade (do domicílio, da família) pela distância (do ambulatório/hospital inacessível), o diálogo pela tecnologia "de ponta", o trabalho, a reflexão, a recomendação e decisão conjunta (equipe de saúde, paciente, cuidador/familiar) pela decisão isolada ("ordem médica") (KOMATSU, 2002).

Inexiste conhecimento profissional rigoroso, baseado na racionalidade técnica que dê conta da atuação no terreno pantanoso das relações interpessoais da educação ou das profissões da saúde, especialmente se tal conhecimento não se plasmar com a prática e a realidade em atitudes e

competências favoráveis ao (re)estabelecimento da confiança mútua e empatia nas relações educador-educando e profissional de saúde-paciente (KOMATSU, 2002).

Resgatar a dignidade na educação e na saúde passa por respeitar limites, mas avançando sempre no sentido das novas possibilidades, rompendo com o existente em busca do imaginário, do ideal, do utópico. Mas uma compreensão profunda da realidade é essencial ao exercício da utopia, condição para que a radicalidade da imaginação não colida com o seu realismo (SANTOS, 1995).

Discutir sobre novos olhares para as competências implica em tratar de competências relevantes, ou ao menos da busca por maior relevância nas competências imaginadas, concebidas, prescritas, faladas... Praticadas, efetivadas. Seguem-se alguns esboços e possibilidades.

Competências para o resgate à perda do humano em nossas vidas. Garcia dos Santos (1999, p.297) referindo-se a um período de ondas de revolução: eletrônica, das comunicações, dos novos materiais, biotecnológica, e o impacto crescente da evolução tecnocientífica e econômica sobre a sociedade e os efeitos colaterais que ela suscita em todas as áreas, cita o filósofo japonês Keiji Nishitani e sua avaliação da relação paradoxal homem – natureza:

“Quando as leis da natureza assumem o máximo controle sobre os seres e os seres assumem o máximo de controle sobre as leis, rompe-se a barreira entre a humanidade e a naturalidade da natureza, instaurando-se uma profunda perversão, uma inversão da relação mais elementar na qual o homem assumira o controle das leis da natureza por meio do controle que estas mesmas leis forjaram sobre a vida e o trabalho do homem; agora as leis da natureza reassumem o controle através de um processo de mecanização do homem. A essa inversão corresponde uma outra, relativa à vigência das leis da natureza sobre o homem. Pois o máximo de racionalidade científica e o máximo de natureza desnaturalizada levam o homem a comportar-se como se existisse inteiramente fora das leis da natureza, instaurando um modo de ser que se ancora no niilismo”.

Haveríamos, portanto, de resgatar a perda do humano em nossas casas, ruas, escolas, empresas, numa contra-corrente da desumanização das práticas... E competências.

No contexto da educação de profissionais de saúde, há que se enfatizar ainda mais o que vem ocorrendo ao longo do desenvolvimento do currículo de graduação, a exemplo do curso de Medicina, onde estudantes vivem, do primeiro ao sexto ano, um gradual distanciamento de quase tudo que não seja a "prática médica", no sentido estrito, abandonando paulatinamente as atividades esportivas, culturais, e de lazer, essenciais para a preservação da qualidade de vida, bem como para a nossa manifestação e a expressão humanista, trocando-as por plantões, cirurgias, procedimentos, exames, hospital, enfermaria, ambulatório...

Proteger o tempo de cada estudante da graduação e pós-graduação (especialização, residência médica, mestrado, doutorado), estabelecendo limites precisos para as atividades pré-programadas e, estimulando os desenvolvimentos esportivo, social e cultural, é vital para preservar e cultivar o "homem humano" que habita o interior de cada um de nós.

Que a vida não seja somente trabalho (competente), mas também harmonia entre amor, poesia e sabedoria: "Se a poesia transcende sabedoria e loucura, é necessário aspirarmos viver o estado poético e assim evitar que o estado prosaico engula nossas vidas, necessariamente tecidas de prosa e poesia. A sabedoria pode problematizar o amor e a poesia, mas o amor e a poesia podem reciprocamente problematizar a sabedoria" (MORIN, 1999, p.10).

Competências para saber cuidar. Boff (1999, p.11-13), referindo-se ao "tamagochi" (aquele bichinho virtual que tinha que ser alimentado, higienizado, e adoecia quando o dono não brincava com ele) e o cuidado escreveu:

"A sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, está criando, contraditoriamente, cada vez mais incomunicação e solidão entre as pessoas. A Internet pode conectar-nos com milhões de pessoas sem precisarmos encontrar alguém. Pode-se comprar, pagar as contas, trabalhar, pedir comida, assistir a um filme sem falar com ninguém. Para viajar, conhecer países, visitar pinacotecas não precisamos sair de casa. Tudo vem à nossa casa via on line.

[...]

Essa anti-realidade afeta a vida humana naquilo que ela possui de mais fundamental: o cuidado e a com-paixão. Mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o ethos fundamental do humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir.

[...]

O cuidado serve de crítica à nossa civilização agonizante e também de princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade".

Necessitamos resgatar a essência do cuidar (e do autocuidar) como essência da vida e competência essencial.

Numa reflexão, mesmo os profissionais da saúde que trariam implícito à sua função o saber cuidar, não têm assegurado nos currículos de graduação um eixo integrador para o desenvolvimento cabal da competência saber-cuidar, especialmente, se incluirmos aí o saber - autocuidar-se, estendendo a dimensão cuidadora a si mesmo.

Valorizar o cuidar, sem detrimento do curar (quando possível), relembrando o princípio hipocrático do aliviar, sedar, minorar sofrimentos, paliar, é

uma tarefa fundamental da qual nenhuma organização educacional pode isentar-se.

Obviamente, quem cuida, cuida de alguém...

Campos (1997), nos lembra que, a reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, um sujeito portador de uma ou várias enfermidades ou necessidades (de cuidados), marcado por uma biografia singular, e que vive um contexto social específico, fato que exige uma prática clínica ampliada na prestação do cuidado integral à pessoa.

Entender as necessidades de cuidados é entender as necessidades do sujeito, na singularidade de sua condição e expressão, na interpretação da sua linguagem verbal e não-verbal, que envolve as sutilezas do gesto, e da atitude. E isto implica auscultar o interior: nosso e de outrem.

Competências para “buscar um caminho distante tanto das ilusões de um saber especialista quanto de uma problematização ociosa” (KASTRUP, 1999, p.204-205):

“A chave da política inventiva é a manutenção de uma tensão permanente entre a ação e a problematização. Trata-se de seguir sempre um caminho de vaivem, inventar problemas, e produzir soluções, sem abandonar a experimentação. A opção por este caminho implica ter a coragem de correr os riscos do exercício de uma prática, mas também de suspender a ação e pensar. É o exercício de uma coragem prudente. É desconfiar das próprias certezas, de todas as formas prontas e supostamente eternas e, portanto inquestionáveis, mas é também, buscar saídas, linhas de fuga, novas formas de ação, ou seja, novas práticas cujos efeitos devem ser permanentemente observados, avaliados e reavaliados. Acolher a incerteza será a sua força, e não sua fragilidade”.

Especialista, mas especialista em o quê? Quase todos somos ou seremos especialistas em algo, mas em algo que quase nunca é ou será – isoladamente – a solução para problemas que despontam complexos na vida real. Há que se reconhecer o limite racional da experiência, sem desperdiçá-la, e sem destruir as possibilidades da experimentação e da ação.

Sabemos fazer isto, mas é isto mesmo que devemos fazer agora? A problematização – reflexão – experimentação / ação é e será um processo constante ao longo de nossas vidas, e o que não podemos nos permitir é adotarmos uma atitude de permanência isolada e estática em um dos pólos: problematização (imobilizadora) ou ação (pouco flexiva). A competência requerida aqui é saber pensar antes de agir, sem imobilizar-se.

Devemos enfim, buscar competências relevantes que nos aproximem de uma pedagogia da possibilidade. Da possibilidade de escolher o que aprender, de aprender, de saber, de fazer, viver, refletir, avaliar, re-aprender, re-fazer, re-viver, re-avaliar... e, assim continuar preservando a capacidade inventiva, criativa, pessoal, e única: humana.

Competências não devem dirigir o processo de aprendizagem dos estudantes para objetivos comportamentais de tipo behaviorista, mas orientar e permitir sucessivas aproximações do educando ao exercício de processos mentais de apropriação ativa de conhecimentos e de maneiras de agir e atuar, não limitada à instalação de fazeres e procedimentos.

Ser competente não deve restringir-se, em nosso entendimento, à simples instalação de softwares em nossa mente que permitam a execução mecanicista de tarefas do tipo: ser capaz de diagnosticar, realizar um procedimento, tratar, curar... Pelo contrário, deve permitir um exercício permanente, antes do “como”, do “por quê?”, e do “para quê?”: conhecer, fazer, ou ser assim.

Ganha relevância então, o desenvolvimento de competências tais como saber cuidar, saber pensar, e resgatar o humano em nossas práticas e em nossas vidas. Um novo olhar para as competências...

A aprendizagem baseada em problemas - ABP surge no cenário educacional como uma metodologia de ensino - aprendizagem desenvolvida inicialmente na Universidade de McMaster, em Hamilton, Ontário, Canadá, ao final da década de 60 (SPAULDING, 1969), quando um grupo de aproximadamente 20 docentes desenvolvia um novo programa para o Curso de Medicina.

A metodologia da ABP disseminou-se para a Universidade de Universidade de Maastricht na Holanda (VAN DER VLEUTEN; WIJNEN, 1990), Universidade de Harvard nos E.U.A. (TOSTESON et al, 1994), Universidade de Sherbrook no Canadá (DES MARCHAIS, 1993), dentre outras mais de 60 escolas ou universidades, tendo recentemente sido implementada na Universidade de Cornell nos E.U.A. e no Brasil, na FAMEMA em 1997, e na Universidade Estadual de Londrina em 1998.

No nosso entendimento as possibilidades de aprendizagem são restritas sem uma motivação: um obstáculo, um problema, e os estudantes têm reduzidas oportunidades de uma efetiva aprendizagem sem uma proximidade com a prática e a realidade.

Na ABP o problema é utilizado como estímulo à aquisição de conhecimentos e habilidades, sem que nenhuma exposição formal prévia da informação seja necessariamente oferecida (KOMATSU et al., 1998); o problema educacional deve refletir a realidade, antecipá-la como acontecimento ao estudante que se prepara para a atuação profissional, permitindo a reflexão de uma temática em um contexto, a seleção de recursos educacionais, a busca de informações, a avaliação crítica e a aplicação.

Os problemas de papel oferecidos desde a primeira semana do curso antecedem os problemas cotidianos da prática profissional, devendo

traduzir uma situação desafiadora à aprendizagem, um obstáculo a ser superado. Tais problemas são elaborados em função das unidades educacionais, blocos ou módulos, que são momentos curriculares onde o estudante encontra objetivos de aprendizagem a serem alcançados.

Os problemas são explorados em sessões de tutoria, com aproximadamente 8 estudantes e 1 ou 2 docentes como tutor ou co-tutor. O principal papel do tutor é o de facilitar a aprendizagem dos estudantes. Assim, as sessões de tutoria não devem ser "seminários" ou mini – conferências. Não compete ao tutor ou co-tutor ensinarem, no sentido de ministrarem aulas. Compete ao tutor permitir que os estudantes desenvolvam uma discussão em torno de um problema que seja produtiva a todos os integrantes do grupo considerando o contexto, integrando as dimensões biológica, psicológica e social, e caminhando em sentido aos objetivos de aprendizagem de cada unidade, bloco ou módulo.

Na ABP, nenhuma exposição formal, prévia, de informação é dada pelo programa ou curso, e a seguinte sequência de passos é aconselhada (KOMATSU et al., 1998):

1. Aclarar o problema oferecido, explorando-o e refletindo se existe alguma pergunta sobre a descrição do problema que possa ser formulada.
2. Resumo dos dados oferecidos no problema, especificando: o que é o problema? Do que trata o problema?
3. Identificação de áreas/pontos importantes ao problema, através da definição de quais são as áreas relevantes de conhecimento dentro das três dimensões: biológica, psicológica e populacional, considerando os objetivos de aprendizagem em cada unidade educacional.

4. Identificação do conhecimento atual relevante para o problema, através da busca dos conhecimentos relevantes frente aos objetivos de aprendizagem propostos.
5. Desenvolvimento de hipóteses, a partir da explicação os dados apresentados no problema.
6. Identificação do conhecimento adicional requerido para melhorar a compreensão do problema, baseado nas necessidades de aprendizagem individual e/ou do grupo.
7. Identificação dos recursos de aprendizagem apropriados, dentre uma diversidade: livros, periódicos (revistas), bases de dados local ou remota (MEDLINE, LILACS), programas interativos multimídia, entrevistas com professores, profissionais ou usuários, vídeos, slides, laboratórios, serviços de saúde, comunidade; isto é, quais são as fontes de recursos mais apropriadas à exploração deste problema?
8. Procura de novos conhecimentos, utilizando recursos de aprendizagem apropriados, o que implica em ampliar os horizontes de busca além dos limites institucionais (outras bibliotecas, outros acervos, outros locais passíveis de utilização no processo ativo de ensino-aprendizagem).
9. Síntese de conhecimentos prévios e novos em relação ao problema; isto é, baseado em sólidas evidências científicas, como se pode explicar o problema agora?
10. Repetição de alguns ou todos os passos anteriores, se for necessário.

11. Reconhecimento do que foi identificado como uma necessidade de aprendizagem, mas que não foi adequadamente explorada, para incursões complementares.

12. Síntese dos conhecimentos auferidos, e se possível, testar a compreensão do conhecimento adquirido por sua aplicação em outra situação ou problema.

A busca, seleção, avaliação crítica e aquisição de conhecimentos e habilidades visando uma aplicação prática, ou uma reflexão, constituem um processo ao longo da vida de cada indivíduo. Assim, os estudantes devem ser encorajados a desenvolverem seus próprios objetivos, métodos e estilos de aprendizagem, tomando inclusive a responsabilidade de avaliarem seus progressos pessoais no sentido de quanto estão se aproximando dos objetivos educacionais propostos para cada fase da sua capacitação.

Deve-se considerar dentre padrões individuais de aprendizagem características tais como a relação de cada estudante com o lugar, horário, frequência e pessoas com quem estuda, a forma de elaborar anotações pessoais, a maneira de estabelecer metas individuais a serem atingidas, a habilidade de leitura, raciocínio crítico, análise e síntese, a decisão sobre o que, onde e quando estudar, o perfil de utilização da diversidade de fontes e de recursos de aprendizagem, a auto – motivação e a capacidade de auto – avaliação (KOMATSU et al., 1998).

A existência de padrões individuais de aprendizagem torna óbvia a necessidade da flexibilização das atividades pré – programadas de maneira a permitir espaços e tempos curriculares necessários e suficientes para a auto – aprendizagem. Habitualmente, em um programa que utiliza a ABP como metodologia, mais da metade da carga horária curricular semanal é destinada às atividades de auto – aprendizagem.

Este tempo destinado às atividades de auto – aprendizagem constitui um marco referencial da metodologia que é compartilhar com cada estudante a responsabilidade pela sua formação.

Os estudantes têm que assumir a função de verdadeiros condutores do seu próprio processo de aprendizagem, e para tanto, há uma habilidade fundamental a desenvolver: aprender a aprender.

A educação oferecida no ensino médio e superior, vem, em nossa opinião, massacrando a criatividade e a individualidade dos estudantes, ao oferecer como única alternativa formal para os educandos a aquisição passiva de conhecimentos.

Informalmente desenvolve-se o currículo oculto, ou paralelo, onde os estudantes procuram através de atividades práticas de atenção à saúde, a exemplo das “Ligas Estudantis” que se disseminaram pelas Escolas Médicas Brasileiras, suprir as necessidades de uma aprendizagem autônoma.

Tal busca da autonomia reveste-se além da curiosidade epistêmica certamente da necessidade de “aprender a aprender”. Como então facilitar tal aprendizagem?

Oferecendo a oportunidade aos estudantes para que eles possam administrar seu próprio tempo. A elaboração de uma grade horária compatível com as necessidades de auto - aprendizagem -que envolve o “aprender a aprender” pode seguir uma proposição como a da quadro 1.

Quadro 1 – Semana típica da 1.a série do Curso Médico da Faculdade de Medicina de Marília

	2.a feira	3.a feira	4.a feira	5.a feira	6.a feira
<i>Manhã</i>	Sessão de Tutoria	Atividade Prática	*	Sessão de Tutoria	Conferência (Plenária)
<i>Tarde</i>	*	*	Interação Comunitária	*	*

* tempo pró - estudo do aluno

Surge no quadro 1 o tempo pró – estudo do aluno que constitui mais da metade do tempo da grade horária semanal de 40 horas, visto que as sessões de tutoria têm uma duração média de 3 horas, assim como as atividades de interação comunitária; as atividades práticas pré – programadas têm em média 1 ou 2 horas, e as conferências ou mesas de discussão (plenárias) têm a duração máxima de 4 horas.

Assim, em nosso programa educacional na FAMEMA, desde a primeira semana os estudantes de Medicina iniciam atividades práticas que envolvem capacitação para a adequada utilização da Biblioteca, bem como para acesso às informações através das bases de dados locais e remotas (via modem, Internet), e através do treinamento básico em Informática.

No decorrer do Curso Médico os estudantes familiarizar-se-ão também com a avaliação crítica da literatura que possibilitará uma prática baseada em evidências científicas (SACKETT, 2000).

Este instrumental, capacitação para busca, seleção, avaliação crítica e utilização das informações, associado ao tempo pró - estudo do aluno e a um programa educacional coerente e consistente que utilize ABP e ofereça subsídios indispensáveis, como a adequada capacitação docente e a organização de recursos de (auto) aprendizagem, formam a mola propulsora que impulsiona os estudantes em sentido ao “aprender a aprender”.

Segundo Venturelli (1997) a aprendizagem em pequenos grupos de tutoria promove a cooperação e o estímulo constante dos membros do grupo; permite a integração das dimensões biológica, psicológica e populacional bem como o raciocínio crítico; favorece o desenvolvimento da habilidade de trabalhar em grupo, de respeitar os objetivos comuns e de adquirir um sentido de tarefa comum.

Os grupos de tutoria estão constituídos de 5 a 8 estudantes mais um tutor e eventualmente um co-tutor (que pode ser um tutor em fase de capacitação, que participa de todas as sessões com um determinado grupo). A frequência das reuniões é habitualmente de 2 vezes por semana em dias não

contíguos para que haja tempo pró - estudo do aluno entre as sessões. A duração das sessões de tutoria usualmente é de 2 a 4 horas, sendo que a duração média na FAMEMA tem sido de 3 horas.

Constituem funções do tutor: ser um bom facilitador; estimular aos estudantes; guiar o grupo sem forçá-lo nem dirigí-lo; prover o pensamento crítico e de auto – avaliação; apoiando o grupo no processo de sua própria avaliação; ajudar os estudantes no desenvolvimento do pensamento científico; ser o responsável pela avaliação de cada um dos estudantes durante as sessões de tutoria: com precisão, com tato e de forma construtiva; identificar as qualidades e problemas dos estudantes (VENTURELLI, 1997).

Na FAMEMA acreditamos que o tutor deva: demonstrar entendimento dos objetivos educacionais da unidade (bloco ou módulo); discutir as expectativas dos estudantes em relação às unidades; estimular o interesse dos estudantes pela unidade; favorecer o desenvolvimento dos estudantes na habilidade de analisar problemas; auxiliar os estudantes no planejamento de como atingir os objetivos de aprendizagem; permitir autonomia aos estudantes para a seleção de objetivos específicos dos problemas; ser sensível às necessidades dos estudantes; permitir autonomia aos estudantes para o estabelecimento de planos de estudo; auxiliar efetivamente os estudantes no desenvolvimento da habilidade de raciocinar criticamente; auxiliar o desenvolvimento da comunicação dentro do grupo; auxiliar o grupo a identificar os hiatos de conhecimento, e especialmente, a integrar as dimensões biológica, psicológica e populacional; tornar a experiência de aprendizagem estimulante aos estudantes; comunicar-se claramente com os estudantes; incentivar e reconhecer as contribuições dos estudantes; demonstrar interesse e preocupação com o desenvolvimento de cada estudante e do grupo; avaliar de forma contínua a própria atuação bem como a de cada estudante, do co-tutor (se houver), e do grupo (KOMATSU, 1998).

O melhor desempenho do tutor especialista sobre o não especialista no tema a ser desenvolvido em uma sessão de tutoria ou em uma unidade educacional é uma controvérsia na literatura (SILVER; WILKERSON, 1991;

FELETTI, 1982; EAGLE, 1992; PATEL, 1991; SCHMIDT, 1993; SCHMIDT; MOUST, 1995). Temos a convicção de que a característica básica que privilegia o tutor, especialista ou não, é a sua capacidade de compreensão das peculiaridades do programa educacional, da metodologia de ensino – aprendizagem, dos objetivos de aprendizagem a serem alcançados pelos estudantes na unidade, e seu envolvimento e compromisso com o grupo de tutoria.

O estudante nas sessões de tutoria deve contribuir para: o levantamento das questões de aprendizagem pertinentes aos problemas e aos objetivos; a abordagem das dimensões biológica, psicológica e populacional; a formulação de hipóteses; a síntese e integração das informações; o bom relacionamento interpessoal; a adequada auto – avaliação, avaliação dos pares e do tutor; deve ainda demonstrar: responsabilidade em suas tarefas de aprendizagem; busca efetiva de informações relevantes aos problemas e aos objetivos de aprendizagem; comunicação clara e concisa; embasamento dos comentários ou opiniões emitidas com referências adequadas; ação para superar seus pontos frágeis (KOMATSU, 1998).

A dinâmica do grupo de tutoria permite que o estudante desenvolva além de conhecimentos teóricos, habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal além de despertar a consciência de suas próprias reações no trabalho coletivo. Com a avaliação ao final de cada sessão de tutoria envolvendo a auto - avaliação, a avaliação dos pares e a avaliação do tutor, o estudante aprende a ouvir, receber e assimilar críticas, e por sua vez oferecer análises e contribuições produtivas ao grupo (KOMATSU, 1998).

Mas o currículo médico da FAMEMA utiliza a ABP como método predominante, mas claramente não se reduz à simples aplicação da ABP.

É necessário desenvolver uma visão crítica dos currículos que são a expressão do equilíbrio de interesses e forças que gravitam sobre o sistema educativo num dado momento, enquanto que através deles se realizam os fins da educação (SACRISTÁN, 1991).

O currículo está envolvido com relações de poder, transmite visões sociais particulares e interessadas, tem sua história vinculada à forma de organização institucional e societária, possui raízes históricas e precisa ser entendido em cada contexto de ocorrência (MOREIRA; SILVA, 1994).

Como no currículo, concretiza-se e toma corpo uma série de princípios de índoles diversas – ideológicos, pedagógicos, psicopedagógicos – que, em conjunto, mostram a orientação geral do sistema educacional (COLL, 1999), é preciso preliminarmente considerar que tipo de relações nós desejamos entre professor-estudante-objeto.

Uma primeira idéia seria que sujeito e objeto pudessem tender a uma máxima aproximação, ocupando um mesmo eixo contíguo: sujeito-objeto, com uma sobreposição, ou até mesmo uma justa-posição, o que pressupõe, professor e estudante, ambos ativos, em busca, próximos e (quase) integrados ao objeto.

Em nosso entendimento o currículo não deve resumir-se a um mero programa de atividades dos professores e alunos, concebido de maneira a que os alunos alcancem na medida do possível determinados fins ou determinados objetivos, pois “para considerar o currículo como um processo transformativo, precisaremos considerá-lo como algo mais que uma série de unidades contingentes – considerá-lo como uma integração mista e multivariada de experiências ricas e de final aberto; como um mosaico complexo que sempre muda o seu centro de atração conforme nós mudamos o nosso” (DOLL-JR, 1997).

Assim o currículo deve sempre ser pensado, idealizado, concebido, planejado, operacionalizado como processo de desenvolvimento permanente, de uma matriz que nunca finda uma modelagem, posto que é amálgama fluido em continente não estanque. Os currículos reais, verdadeiros, de fato, se constroem no cotidiano escolar na prática docente-discente.

Vigoraram, e ainda vigoram, os princípios “lógicos” de Ralph Tyler (1950): objetivos preestabelecidos, seleção e direcionamento de experiências, e avaliação, que encontraram expressão nos currículos escolares através dos

objetivos comportamentais da década de 60, da educação baseada em competências da década de 70, dos “sete passos” de Madeleine Hunter (2002) da década de 80, numa análise da função como fonte da inspiração para o currículo para as habilidades, conhecimentos e atitudes que os estudantes deveriam adquirir. Devemos refletir numa atitude “pós-modernista”, sobre tais princípios: seriam eles de fato lógicos? é possível continuar a conceber polos ativos e passivos numa comunicação docente-discente complexa, multicultural, em rede ? é possível manter sistemas fechados, herméticos, não dissipativos? é isto que se espera perpetuar para as próximas décadas nas nossas escolas?

Mas como fugir de um currículo movido pelo déficit e orientado pela mensuração? A nossa estrutura de ensino está baseada em um sistema fechado, ou seja, o nosso propósito como docentes é fazer com que os estudantes adquiram um conjunto específico de conhecimentos, de uma maneira: específica, determinada, de tal sorte que os estudantes sejam todos satisfatoriamente adequados a uma dada norma e/ou critério proposto.

Doll-Jr. (1997), sugere um currículo que respeite, valorize e recorra, sem início ou final fixo; um currículo: aberto, bifronte, eclético, interpretativo.

Não é preciso dizer que este tipo de currículo –ainda - não existe.

Necessitaria a escola médica de um currículo assim? Isto depende do contexto de cada escola. Para uma instituição em busca de inovações perguntaríamos: que inovações? Onde? Por que? Para o quê? Se as respostas apontarem para o desejo de uma ampla e drástica ruptura com a concepção vigente e existente, talvez seja de um currículo mais próximo desta utopia provisória de Doll-Jr. que estejamos tratando, afinal ao conceber criticamente um currículo temos que lembrar que teoria crítica é toda teoria que não reduz a realidade a o que existe (SANTOS, 2000).

A utilização da ABP tem se demonstrado também, como uma estratégia potencial para a transformação curricular (KOMATSU, 1999b).

Se a utilização de um método ativo de ensino-aprendizagem é a necessidade identificada e tal escolha uma decisão institucional tomada, há que estabelecer metas, estratégias, e cronograma.

Uma meta inicial seria escolher entre utilizar um método ativo de ensino-aprendizagem existente, ou criar um novo método.

O método ativo de ensino-aprendizagem de utilização corrente no ensino superior mundial é a ABP (KOMATSU, 1998). Não é a única, mas a utilização de outra metodologia ativa, a problematizadora, ou problematização, ainda é restrita até onde se saiba ao Curso de Enfermagem da FAMEMA desde 1998 (KOMATSU et. al., 1999b) e ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina a partir do ano 2000.

Segundo Feuerwerker (1999), cinco caminhos para não abrir espaços de transformação na educação médica seriam: deixar que a proposta de mudança curricular tenha proprietários ou corra em paralelo às estruturas de poder da faculdade, curso ou centro; tratar de maneira simplista e superficial problemas complexos; construir a proposta de mudança dentro dos limites institucionais; continuar tratando o processo de formação de maneira fragmentada; acentuar as contradições e a dicotomia entre as especialidades no processo de formação e na prática profissional, especialmente entre a clínica e a saúde coletiva.

O processo de construção dos novos currículos dos cursos médicos da FAMEMA (KOMATSU, 1998; KOMATSU, 1999a; KOMATSU, 1999b), e do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (CAMPOS, 1999; WIERZCHON, 1999) podem ilustrar como é possível utilizar metodologias ativas na organização didático-pedagógica para mediar a relação professor-estudante, de maneira eficaz e efetiva na realidade das escolas médicas brasileiras.

Nada é mais comprometedor para um currículo inovador que a manutenção de um sistema de avaliação tradicional.

Mas como avaliar o processo de ensino-aprendizagem e o desempenho discente, estimulando as mudanças necessárias? Avaliar é atribuir um valor a qualquer coisa: evento, situação, indivíduo, produto... A avaliação tem dois grandes papéis sociais: o pedagógico (de facilitar as aprendizagens), e o seletivo (quando ela atribui notas e faz passar nos exames) (RAYNAL;RIEUNIER, 1998).

A avaliação cria a base para a tomada de decisão, que é o meio de encaminhar os atos subseqüentes, na perspectiva da busca de maior satisfação nos resultados (PERRENOUD, 1999). Segundo Luckési (1998, p.176-177), articuladas com esta função básica estão:

- a)** "A função de propiciar a autocompreensão tanto do educando quanto do educador. Educando e educador, por meio dos atos de avaliação, como aliados na construção de resultados satisfatórios de aprendizagem, podem se autocompreender no nível a nas condições em que se encontram, para dar um salto à frente" [...].
- b)** "A função de motivar o crescimento. Na medida em que ocorre o reconhecimento do limite e da amplitude de onde se está, descortina-se uma motivação para o prosseguimento no percurso da vida ou de estudo que se esteja realizando" [...].
- c)** "A função de aprofundamento da aprendizagem. Quando se faz um exercício para que a aprendizagem seja manifestada, esse mesmo exercício já é uma oportunidade de aprender o conteúdo de uma forma mais aprofundada, de fixá-lo de modo mais adequado na memória, de aplicá-lo etc. O exercício da avaliação apresenta-se, neste caso, como uma das múltiplas oportunidades de aprender. Fazer um exercício a mais, se o exercício é suficientemente significativo, é um modo de aprender a mais" [...].
- d)** "A função de auxiliar a aprendizagem. Se tivermos em nossa frente a compreensão de que a avaliação auxilia a aprendizagem, e o coração aberto para praticarmos este princípio, sempre faremos bem a avaliação da aprendizagem, uma vez que estaremos atentos às necessidades dos nossos educandos, na perspectiva de seu crescimento. Então, estaremos fazendo o melhor para que eles aprendam e se desenvolvam".

Mas buscamos avaliar de fato um processo pedagógico voltado para o desenvolvimento permanente do educando, ou colocamos simplesmente a avaliação a serviço da seleção?

Neste sentido que Perrenoud (1999) inicia a discussão da avaliação entre estas duas lógicas considerando que a avaliação não é uma tortura medieval, mas sim uma invenção mais tardia, nascida com os colégios por volta do século XVII e tornada indissociável do ensino de massa que conhecemos desde o século XIX, com a escolaridade obrigatória.

Algum dia teria havido na história da escola, consenso sobre a maneira de avaliar ou sobre os níveis de exigência? A avaliação inflama necessariamente as paixões, já que estigmatiza a ignorância de alguns para melhor celebrar a excelência de outros. Quando resgatam suas lembranças de escola, certos adultos associam a avaliação a uma experiência gratificante, construtiva; para outros, ela evoca, ao contrário, uma seqüência de humilhações. Tornando-se pais, os antigos alunos têm a esperança ou o temor de reviver as mesmas emoções através de seus filhos. As questões que envolvem a avaliação escolar, no registro narcíseo, tanto naquele das relações sociais quanto no que diz respeito às suas conseqüências (orientação, seleção, certificação), são demasiado abrangentes para que algum sistema de notação ou exame alcance unanimidade duradoura. Há sempre alguém para denunciar a severidade ou o laxismo, a arbitrariedade, a incoerência ou a falta de transparência dos procedimentos ou critérios de avaliação. Essas críticas levantam invariavelmente uma defesa das classificações, apesar de sua imperfeição, em nome do realismo, da formação das elites, do mérito, da fatalidade das desigualdades...

Avaliar é – cedo ou tarde – criar hierarquias de excelência, em função das quais se decidirão: a progressão do curso seguido, a seleção no início do secundário, a orientação para diversos tipos de estudos, a certificação antes da entrada no mercado de trabalho e, freqüentemente, a contratação. Avaliar é também privilegiar um modo de estar em aula e no mundo, valorizar formas e normas de excelência, definir um estudante modelo, aplicado e dócil para

uns, imaginativo e autônomo para outros... Como, dentro dessa problemática, sonhar com um consenso sobre a forma ou conteúdo dos exames ou da avaliação?

Tudo dependerá do contexto em que tratarmos a avaliação do estudante, ou seja, de que escola, estudante, currículo e, processo de ensino-aprendizagem estamos falando?

Mudar profundamente a avaliação implica em mudar a escola, e vice-e-versa, visto que a avaliação encontra-se profundamente enraizada na proposta educacional, na prática pedagógica e, no *modus operandi* da escola.

E qual a avaliação que promove a aprendizagem? A noção de avaliação formativa foi criada há mais de 30 anos (SCRIVEN, 1967), em oposição à avaliação somativa, "tradicional", que encerra uma fase da aprendizagem através da verificação de conhecimentos adquiridos, sancionando os resultados obtidos, sob diferentes formas, e rejeitando o erro, isto é, considerando-o apenas negativamente, como uma falta (ABRECHT, 1994), e assim, punindo cada estudante pelos seus erros.

Avaliação formativa é uma avaliação que tem por finalidade guiar o aluno no seu trabalho escolar; procura situar as dificuldades sentidas pelo aluno, e ajudá-lo a descobrir modos de progredir na aprendizagem (ALLAL, 1986).

Avaliação formativa tem por finalidade assegurar a regulação dos processos de formação, isto é, fornecer informações pormenorizadas sobre processos e/ou resultados de aprendizagem do aluno, a fim de permitir uma adaptação das atividades de ensino-aprendizagem (ALLAL, 1986). A avaliação formativa deve criar uma situação de progresso, e reconhecer onde e em que é que o aluno tem dificuldades, e ajudá-lo a superá-las. Esta avaliação não se traduz em níveis e, muito menos em classificações numéricas. Trata-se de uma informação em feedback para estudante e professor (BARBIER, 1985).

Abrecht (1994) sintetiza: avaliação formativa é dirigida ao aluno, a quem diz respeito em primeiro lugar, tornando-o consciente da sua própria aprendizagem, leva-o a implicar-se, cada vez mais, nela; não vem

interromper, mas faz antes parte da própria aprendizagem; procura adaptar-se às situações individuais: deve, pois, mostrar-se flexível e estar aberta à pluralidade e à diversidade; revela-se tão interessada pelos processos como pelos resultados, naquilo que observa e nas informações que procura; não se limita a observar, mas liga a observação à ação sobre a aprendizagem, para tal, dá importância às dificuldades, procura situá-las para as atenuar, tentando descobrir-lhes as causas e não sancioná-las, como se de uma avaliação ou tipo de prova ou exame se tratasse; pode concluir-se, também, que se a avaliação formativa se destina a ajudar o aluno, pode, igualmente, ser útil para levar os professores, através de múltiplos feedbacks, a orientar o ensino-aprendizagem com eficácia e flexibilidade, e a dispor de pontos de referência para a aplicação de “estratégias” pedagógicas de determinada amplitude.

O paradigma de avaliação que se opõe ao paradigma sentencioso, classificatório é o da avaliação dialógica.

Deixar de ser um momento de cobrança para constituir-se parte integrante e efetiva do processo de aprendizagem, eis o desafio de uma avaliação dialógica, que envolve as etapas: identificação do que será avaliado; a constituição, negociação e estabelecimento de padrões; construção dos instrumentos de medida e avaliação; procedimento da medida e da avaliação; análise dos resultados e tomada de decisão quanto aos passos seguintes no processo de aprendizagem (ROMÃO, 1999).

Luckési (1994, p.177-179) lembra-nos da importância de estarmos atentos a alguns cuidados com os instrumentos utilizados para a avaliação:

- 1.** “Ter ciência de que, por meio dos instrumentos de avaliação da aprendizagem, estamos solicitando ao educando que manifeste a sua intimidade (seu modo de aprender, sua aprendizagem, sua capacidade de raciocinar, de poetizar, de criar histórias, seu modo de entender e de viver etc.). Não podemos, pois, aproveitar essa sua manifestação para “tomar posse” dele. Temos que respeitar essa sua intimidade e cuidar dela com carinho, utilizando-a como suporte de

diagnóstico, de troca dialógica e da possível reorientação da aprendizagem tendo em vista o desenvolvimento do educando”.

2. Construir os instrumentos de coleta de dados para a avaliação (sejam eles quais forem), com atenção aos seguintes pontos:

- “Articular o instrumento aos conteúdos planejados, ensinados e aprendidos pelos educandos, no decorrer do período escolar que se toma para avaliar [...]”.
- “Cobrir uma amostra significativa de todos os conteúdos ensinados e aprendidos de fato [...]”.
- “Compatibilizar as habilidades (motoras, mentais, imaginativas...) do instrumento de avaliação com as habilidades trabalhadas e desenvolvidas na prática do ensino-aprendizagem;
- “Usar uma linguagem clara e compreensível, para salientar o que se deseja pedir, sem confundir a compreensão do educando no instrumento de avaliação [...]”.
- “[...] Construir instrumentos que auxiliem a aprendizagem dos educandos, seja, pela demonstração da essencialidade dos conteúdos, seja pelos exercícios inteligentes, ou pelos aprofundamentos pedagógicos propostos.

Luckési (1994, p.179) ainda recomenda cuidados no processo de correção e devolução dos instrumentos de avaliação:

- a)** “Quanto à correção: não fazer um espalhafato em cores berrantes. Pode-se utilizar um lápis; não é necessário borrar o trabalho do aluno, desqualificando-o. Tendo um afeto positivo, cada professor saberá a melhor forma de cuidar da correção dos trabalhos de seus educandos”.
- b)** “Quanto à devolução dos resultados: o professor deve, pessoalmente, devolver os instrumentos de avaliação de aprendizagem aos educandos, comentando-os, auxiliando o educando a se autocompreender em seu processo pessoal de estudo, aprendizagem e desenvolvimento. [...] Mandar entregar é uma forma de suprimir a possibilidade de um processo dialógico e construtivo entre educador e educando”.

A avaliação do processo de ensino-aprendizagem, e do desempenho discente, têm que ser realizadas de maneira sistematizada, sem se constituir contudo enfadonha, policalesca, ou excessiva.

Um grupo formado por docentes e representantes dos estudantes pode responsabilizar-se pelo desenvolvimento da proposta de avaliação buscando garantir e aperfeiçoar a coerência desta com os objetivos educacionais do currículo. É necessário construir documentos e instrumentos objetivando a análise do processo ensino-aprendizagem, do desempenho dos estudantes e das unidades e recursos educacionais.

Os documentos que avaliam o processo ensino - aprendizagem devem trazer um roteiro para a análise de habilidades e atitudes nos trabalhos realizados para e durante as sessões de tutoria e ao final de cada unidade educacional, podem ser aplicados exercícios de avaliação cognitiva, para aferição através de um ensaio modificado com questões escritas baseadas em problemas visando aferir conhecimentos específicos. Outras modalidades de avaliação também podem ser aplicadas com uma periodicidade menor, como o exame clínico objetivo estruturado – OSCE (HARDEN; GLEESON, 1979).

O conceito dos estudantes, baseado no seu desempenho em relação aos objetivos educacionais pode ser considerado satisfatório ou insatisfatório. O estudante que obtiver um conceito insatisfatório deve desenvolver programas específicos para melhoria de seu desempenho, de acordo com as dificuldades identificadas. A avaliação deve ser efetivamente utilizada na melhoria do processo ensino-aprendizagem, sendo considerada uma importante ferramenta de transformação.

Podemos observar na figura 1 a Pirâmide de Miller (MILLER, 1990), que representa uma hierarquia das competências desenvolvidas e avaliadas, segundo: sabe (detém o conhecimento teórico), sabe como (formulando e desenvolvendo o raciocínio), mostra como (demonstra), e faz (realmente executa, realiza).

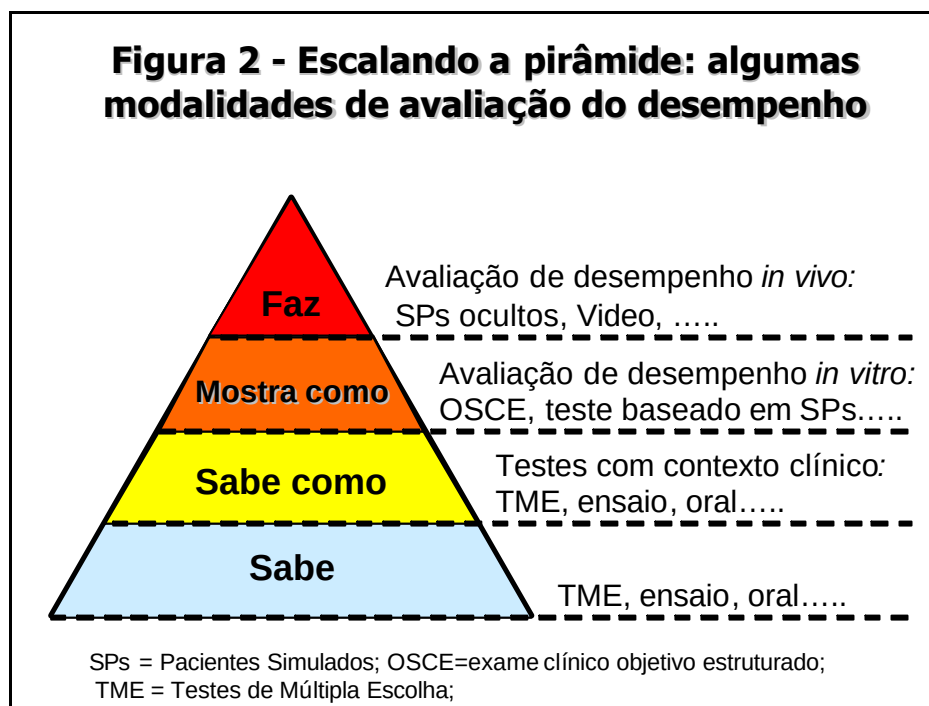
A avaliação do estudante deve-se voltar para propostas que valorizem a avaliação de competências auferidas pelos estudantes ao longo do curso, sempre norteadas por desempenhos verificáveis em cada etapa.

Figura 1 - A pirâmide de competências

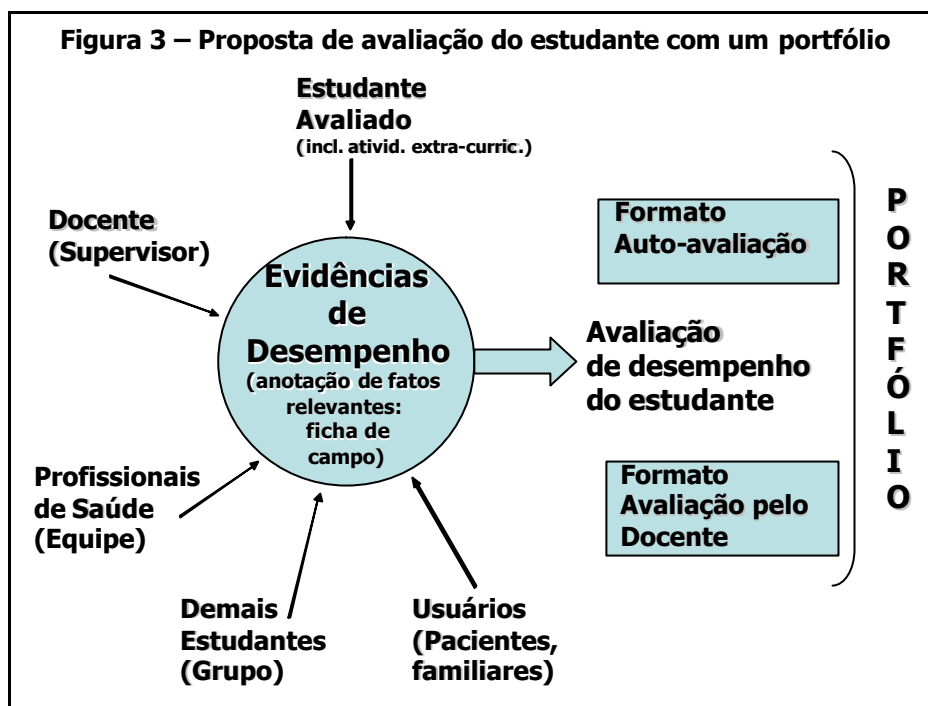


Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990; 65: S63-S67.

A avaliação de tais competências e desempenhos pode ser realizada segundo os distintos níveis da Pirâmide de Miller, figura 2, e utilizando-se diferentes modalidades de avaliação, envolvendo ensaios modificados em provas escritas (alternativas que julgamos mais adequadas que os testes de múltipla escolha, ou provas orais), avaliação de desempenho envolvendo pacientes simulados (SP – Simulated Patient), inclusive com a realização de exames clínicos objetivos estruturados (OSCE – Objective Structured Clinical Examination), com múltiplas estações para demonstração de habilidades clínicas e de comunicação, além de registros de atendimentos reais em fitas de vídeo, ou atendimento de pacientes simulados “ocultos”, ou seja, que se passam por pacientes regularmente atendidos nos serviços, e realizam uma avaliação do desempenho real do estudante ou profissional de saúde.



Pode-se fazer uma proposta de avaliação de competências compreensiva com a utilização do portfólio do estudante, como sugerido na figura 3, onde múltiplas evidências de desempenho são reunidas no portfólio de cada estudante. Além dos professores, profissionais de saúde, e usuários (pacientes, familiares, cuidadores), o próprio estudante alimenta o portfólio com informações válidas e evidências que demonstrem os seus desempenhos, que é consolidado em 2 formatos de avaliação: avaliação do docente (envolvendo profissionais da equipe de saúde, demais estudantes e usuários) e a auto-avaliação de cada estudante.



A avaliação de desempenho pode nortear o processo de desenvolvimento de cada estudante em consonância com as suas necessidades individuais registradas por vários observadores e incluindo a auto-avaliação.

Trabalhar na perspectiva da ABP é desenvolver permanentemente a leitura de múltiplos enfoques de cada problema com que nos defrontamos numa visão não fragmentada que contemple distintos olhares, imaginários e representações, inclusive o do outro (álter), respeitando a alteridade de maneira não puramente contemplativa, mas ativa, crítica, transformadora de (suas) práticas e da própria realidade, e a avaliação do estudante necessita alcançar tais dimensões.

2.2 Olhares, percepções e representações

2.2.1 A singularidade de cada olhar, as imagens e o imaginário

Há um mundo ao nosso redor que aguarda o momento, de num relance, ser alcançado pelo nosso olhar.

Olhar ou olhares?

Lembrando Fernando Pessoa (2001, p.26) como Alberto Caeiro em "O guardador de rebanhos":

"O meu olhar é nítido como um girassol.
Tenho o costume de andar pelas estradas.
Olhando para a direita e para a esquerda,
E de vez em quando olhando para trás...
E o que vejo a cada momento
É aquilo que nunca antes eu tinha visto".

Um girassol não é o mesmo girassol duas vezes, ou seja, duas imagens capturadas seqüencialmente podem ser interpretadas de maneiras distintas, por um ou mais observadores, dependendo das lentes que os mesmos utilizem.

Uma lente não é igual a outra. As lentes variam entre si : côncavas, convexas, planas, assim como, variam também as pessoas que as utilizam. Em muitas situações podemos querer ver sem enxergar (tudo), ou enxergar sem ver...

Distintos focos e enquadramentos nas objetivas e angulares. Ampliação de detalhes. Redução. Uma mesma foto ou figura pode ser olhada de maneiras completamente distintas dependendo da distância, da luminosidade, do

foco, da abertura da lente, da velocidade da exposição, do enquadramento, e da sensibilidade de cada olhar.

As lentes do olhar filtram, de acordo com os nossos paradigmas culturais, as luzes, cores, matizes, tons... e, quase sempre, instigados pela curiosidade, buscamos sentidos e significados: uma interpretação, que se harmoniza, ou não, com outra interpretação...

Olhar do fotógrafo. Sebastião Salgado (2000, p.8) dedica o seu livro "Retratos de crianças do êxodo" a todas as crianças que olharem para as fotografias e forem levadas a pensar sobre as vidas atrás dos rostos fotografados. Escreveu, ainda, na introdução: "os olhos daquelas crianças, mais do que qualquer outra coisa era como janelas de suas almas. E, através deles, a tristeza e o sofrimento que elas haviam encontrado em suas curtas vidas eram dolorosamente visíveis". Capturar com o seu olhar o sentimento que é visível através da expressão dos olhos das outras pessoas, um desafio da sensibilidade humana.

Olhar do cineasta. Retrata numa seqüência veloz de quadros, sua exposição da arte da captura de movimentos e ações, e compõe uma dinâmica situação de representação da vida através de atores e cenários.

Assim ocorre também com um texto, um discurso, quando exercitamos o olhar: um olhar desconfiado, ou curioso, crítico ou descuidado.

Olhar poético. Já nos escreveu Alberto Caeiro que "pensar é estar doente dos olhos" (PESSOA, 2001), a o que Rubem Alves (2002) complementa: "os olhos do poeta tinham que estar doentes porque, se não estivessem, o mundo seria mais pobre e mais feio, porque o poema não teria sido escrito". Estar doente dos olhos nos traria um olhar "doente" que cria poesia e arte, talvez sem capturar a crueza de todas as sombras e luzes da realidade. Filtrando, ampliando, recortando, reconstruindo poética e artisticamente a vida.

Olhar artístico. De quem compreende na arte não somente uma pura e fiel representação da realidade, mas do olhar que cria e recria: estiliza e reconstrói, e com novas formas e luzes, projeta uma imagem irreal a ser alcançada pelo nosso olhar.

Olhar arquitetônico. Construção com formas e volumes distribuídos no espaço. Cores e reflexos. Estruturas e ambientes.

Olhar filosófico. De indagação e reflexão. Desde o “sei que nada sei” até a busca pela razão, lógica, conhecimento, metafísica, ética, epistemologia, ideologia, política.

Olhar histórico. De quem utiliza o conhecimento sobre o passado, na linha do tempo, para ajudar a antever o futuro, ou buscar explicações para fatos que acontecem no presente.

Olhar geográfico. De quem almeja melhor conhecer o mundo ao redor. O entorno e seu relevo, sua população, vegetação, recursos, hidrografia. Cartografia da vida e do meio.

Olhar ecológico. Preservação da natureza, essência da vida no globo. Biodiversidade. Preservação das espécies, incluindo o próprio homem.

Olhar arqueológico. Busca de significados para hábitos, ritos, objetos, fragmentos de vida, e da vida de civilizações passadas.

Olhar antropológico. De interpretação do homem e das culturas, seus múltiplos enfoques e facetas, variedades de imagens e representações sociais.

Olhar sociológico. Que subverte. Nas palavras de Anthony Giddens (2001, p.11), que: “questiona as premissas que desenvolvemos sobre nós mesmos, como indivíduos, e acerca dos contextos sociais mais amplos nos quais vivemos”.

Olhar jurídico. Analítico das leis e regras, seus fundamentos e interpretações à luz de tantos pareceres e olhares. Olhar das partes. Um olhar parcial?

Olhar econômico. Estabelecer-se-ia uma miopia ao olhar somente através dos números, dos cálculos, das taxas, e das projeções? Um olhar econômico de provisão, e não somente de previsão. Que não se limite à uma matemática financeira da divisão do déficit, mas da distribuição da renda. Economia humana.

Olhar religioso. Dogmático, que cultua e prega sua crença sobre as leis divinas, princípios e práticas para uma vida melhor. Seu radicalismo conflita com seus mais singelos princípios.

Olhar científico. Do senso comum à ciência e vice-versa. Busca de evidências, da melhor prova, da “verdade mais verdadeira”, do conhecimento derradeiro. E tudo para constataremos, segundo Wittgenstein (1973), que sentimos que mesmo depois de serem respondidas todas as questões científicas possíveis, os problemas da vida permanecem completamente intactos.

Olhar médico. Referindo-se ao olhar do médico, Michel Foucault (1998, p.6) relatou: “dirige-se ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que oculta este visível, mostrando-o; conseqüentemente, para conhecer, ele deve reconhecer. E este olhar, progredindo, recua, visto que só atinge a verdade da doença, deixando-a vencê-lo, esquivando-se e permitindo ao próprio mal realizar, em seus fenômenos, sua natureza”. Olhar a doença, ou o “mal”, e cegar-se à pessoa de cada paciente. Seria este distanciamento do humano em cada enfermo um vício de refração do olhar médico?

Olhar do paciente. Olhar de súplica de quem busca auxílio para superar a dor, a angústia, o sofrimento. Olhar de quem busca alívio e compreensão, carinho e cuidado, esperança e cura.

Olhar impaciente. De quem não suporta mais aguardar. Para quem a espera inquieta, pois remonta fatos atuais e pregressos da vida: fracassos, perdas, crises, doenças.

Olhar do cuidador. Olhar sereno de quem cuida, e reconhece e respeita as potencialidades e limites do cuidado com o outro. Olhar desesperado de quem não alcança esta dimensão “limite” do cuidado. Relação assimétrica de doar-se a quem necessita de seus cuidados, de superar o sentimento de compaixão, transformando-o numa ação concreta, em benefício de alguém. Vícios deste olhar, muitas vezes impedem o autocuidar-se, o que limita em muito a potencial atuação do cuidador.

Olhar do estudante, ou do educando. De quem busca ativamente, instigado pela curiosidade epistémica, novos saberes, desempenhos, atitudes, competências.

Olhar do educador. Olhar de mudança, transformação. Olhar de quem re-conhece o educando. Humaniza suas relações, promove, facilita, orienta, a aprendizagem de cada ativo participe do processo educativo, e a sua própria.

Olhar do psicanalista. Que busca a percepção do inconsciente. Olhar profundo em busca de um frágil conteúdo latente.

Olhar do ilusionista. Que capta exatamente aquilo que não seremos capazes de ver, e nem mesmo, de imaginar. Ilude a todos, com o inusitado, o surpreendente, o inesperado.

Olhar do cliente. Do usuário e consumidor. De quem exige os direitos assegurados num contrato pré-estabelecido e nem sempre cumprido.

Olhar do magistrado. Um juízo de olhares que deve tender à imparcialidade, mas resulta muitas vezes, somente em mais um olhar cauteloso. Olhar equilibrado? Ou olhar central? Fiel de uma balança que deverá tender para algum lado.

Olhar o mundo. Quando contemplamos o mundo podemos vê-lo com um olhar de desprezo, raiva, nojo, inveja, tristeza, ou de compaixão. Há também o olhar apaixonado, cego, embriagado... Olhar de enamorados, olhar de inimigos. Olhar cegado, pela paixão, ou ódio, sentimentos tão díspares quanto contíguos.

O olhar em cada momento e circunstância da vida. O olhar de distintos atores sociais envolvidos – com papéis diferentes - em um mesmo cenário. Vejamos a descrição de uma situação particular, vista por múltiplos olhares, feita por José Ortega y Gasset (1999, p. 33):

“Um homem ilustre agoniza. Sua mulher está junto ao leito. Um médico conta as pulsações do moribundo. No fundo do

quarto há outras duas pessoas: um jornalista, que assiste à cena obituária por razão de seu ofício, e um pintor que a sorte conduziu até ali. Esposa, médico, jornalista e pintor presenciam o mesmo fato. Não obstante, esse único e mesmo fato –a agonia de um homem- se apresenta a cada um deles com aspecto diferente. Tão diferentes são esses aspectos, que têm apenas um núcleo comum. A diferença entre o que é para a mulher aflita de dor e para o pintor que, impassível, observa a cena, é tanta que quase mais exato seria dizer: a esposa e o pintor presenciam dois fatos completamente diferentes”.

Continua o mesmo autor: “resulta, pois, que uma mesma realidade se quebra em muitas realidades divergentes quando é vista de pontos de vista distintos”.

Pontos de vista, pontos de vida. Para Ortega y Gasset, a mulher não assiste a cena, mas sim está dentro dela, não a contempla, vive-a. O médico se encontra um pouco mais afastado e não intervém no fato. O jornalista vê-se obrigado a não intervir: limitar-se a ver e reportar. Tarefa tão distinta da do médico que olha, e deve, sempre que necessário, intervir, tratar. Já o pintor, olhando de soslaio, não consegue contemplar a integralidade do fato e a dor.

Olhar dos sujeitos. A vida, suas circunstâncias, e a história de vida dos sujeitos determinam, através da interpretação de signos, imagens e representações, a óptica dos sujeitos e os seus olhares.

Assim, modificando-se os rumos da vida podemos mudar o olhar. Olhar mutante, em transformação. Uma necessidade identificada no exercício do olhar é a capacidade de trocar as lentes, que como o cristalino no nosso olho, pode se tornar opaca e menos translúcida com o tempo. Lentes desgastadas pedem novas lentes para novos olhares. Olhar renovado.

Olhar com precisão. O olhar preciso só é alcançado com a utilização de instrumentos adequados, numa ação conjunta de mais lentes: telescópios para estudar as estrelas, binóculos para se ver ao longe, lentes cromáticas para filtrar a luz intensa, óculos para corrigir os vícios de refração, lupa

para uma visão muito próxima e detalhada, microscópio óptico para observar cortes dos tecidos orgânicos, esfregaços, células, e microscópio eletrônico para a ultra-estrutura.

Mas qual o instrumento óptico preciso para capturar distintos olhares?

Nem mesmo o melhor conjunto de instrumentos ópticos seria capaz de capturar distintos olhares independentemente do desenvolvimento da sensibilidade humana de reconhecer e interagir com o outro. Olhar para além da descoberta: olhar para re-conhecer, re-significar, representar, imaginar, recriar...

Olhar simultâneo. Desenvolver a sensibilidade de captar simultaneamente o seu próprio olhar e o olhar do outro, identificando e respeitando a alteridade, eis um estágio difícil de ser alcançando, e cada vez mais necessário, nesta profusão de variedades culturais que emergem simultaneamente expondo-se aos nossos olhos no mundo globalizado.

Olhar especular. Olhar através de um espelho, com seus reflexos pode fazer avivar novas reflexões. Ver as imagens refletirem-se. Ver sua própria imagem refletida. Espelho, plano, côncavo, ou convexo, e suas imagens quase reais, ou distorcidas.

Olhar-se. Olhar também envolve olhar-se. Coragem de olhar-se, e de enxergar a própria imagem, que se projeta no espelho. A sua proximidade, ou distância, daquilo que nós somos pode gerar uma confusão, ou mesmo um conflito na construção da nossa identidade. Somos o que aparentamos ser? Ou parecemos o que não somos?

Olhar o homem, ou a mulher, e enxergar a pessoa. Exercício difícil de reconhecer, em cada ser humano, uma pessoa. Que tem sua história e trajetória de vida, seus valores e princípios, seus ideais e objetivos, seu modo de vida, sua visão de mundo, seus olhares, sua especificidade, única.

Olhar a sociedade. Para Boaventura de Sousa Santos (2000, p.47), "[...] as sociedades são a imagem que têm de si vistas nos espelhos que constroem para reproduzir as identificações dominantes num dado momento

histórico. São os espelhos que, ao criar sistemas e práticas de semelhança, correspondência e identidade, asseguram as rotinas que sustentam a vida em sociedade”. Espelhos societários que espelham semelhanças e diferenças da sociedade: alimentação, saúde, saneamento, moradia, emprego, renda, educação.

Olhar hermético. Próprio e fechado para os outros olhares, antítese do olhar ampliado, de um horizonte maior.

Olhar comum e os múltiplos olhares. O acesso aos múltiplos olhares não está –ainda- ao alcance da maioria das pessoas, que, ensimesmadas, permanecem atônitas e alheias ao processo cada vez mais intenso de degradação das relações interpessoais e humanas, fruto do distanciamento progressivo de pessoas, seus saberes e atitudes, que fragmentadas em ações individualistas, não consideram o outro, ou a outra parte, a outra idéia, o outro pensamento, e assim, não compartilham, nem debatem, consigo mesmo ou com outrem, aquilo que verdadeiramente sentem e pensam.

Sensibilidade para olhar. Ganha relevância a sensibilização das pessoas para que elas desenvolvam competências para considerarem na análise de cada fato da vida a multiplicidade de olhares que espreitam com ângulos e prismas distintos o mesmo fato.

Encontro de olhares. Não se trata de uma mera e casual conversão de luzes, ou feixes de cores, ou do simples ajuste de lentes ou objetivas. Há uma singularidade em cada olhar, e em cada encontro. Quem olha o que, e como?

Isto depende de quem lança cada olhar neste encontro.

Assim como sempre há uma trajetória que antecede cada segmento da curva determinada por um feixe de luz, há uma trajetória de vida, uma determinação histórica, de cada pessoa que olha e de cada olhar e suas múltiplas deflexões.

Olhares que se cruzam envolvem as pessoas que olham, ou entreolham.

O desvelar e o entrecruzar de olhares impõe-se como um desafio para a melhor compreensão do homem e do humano na vida do homem.

Nos versos de Fernando Pessoa (2002, p. 232):

"Toda gente é interessante se a gente souber ver toda a gente.
Que obra-prima para um pintor possível em cada cara que existe!
Que expressões em todas, em tudo!
Que maravilhosos perfis todos os perfis!
Vista de frente, que cara qualquer cara!
Os gestos humanos de cada qual, que humanos os gestos!"

O nosso olhar desencadeia a formação de imagens perceptivas, imediatas, ao ver, tocar, ouvir, sentir, ou de imagens evocadas, de o que já vimos, tocamos, ouvimos e sentimos. Evocamos também as imagens do futuro em nossa mente, campo rico em possibilidades e em criação, de idéias e imagens que podem permanecer no campo abstrato do desejo, ou do sonho, ou concretizar-se em realidade. Seria então o pensamento feito de imagens?

Para Damásio: "o raciocínio factual necessário para a tomada de decisões chega à mente sob a forma de imagens" (1996, p.123). Diz o mesmo autor, que nós não armazenamos permanentemente em nossa memória, imagens fotográficas ou fac-símiles de fatos e acontecimentos, textos, objetos, ou faces, nós reconstruímos uma versão interpretativa de cada imagem evocada da nossa memória. A interpretação é, pois, fundamental na reconstrução das imagens.

A imagem não é a coisa concreta. Ela não é mais e nem menos que a imagem. "Não existe de facto, existe em imagem" (SARTRE, 2002 p.8). Prossegue Sartre:

"Olho para esta folha branca colocada sobre a mesa; apercebo-me da sua forma, da sua cor, da sua posição. Estas diferentes qualidades têm características comuns: antes de

mais, elas entregam-se ao meu olhar como existências que eu posso tão-somente constatar e cujo ser em nada depende do meu capricho. São para mim, não são eu. Mas outrem também não são, isto é, não dependem de qualquer espontaneidade, da minha, nem de qualquer outra consciência. Estão presentes e são ao mesmo tempo inertes. Esta inércia do conteúdo sensível, tantas vezes descrita, é a existência em si. De nada serve discutir se esta folha se reduz a um conjunto de representações, ou se é ou deve ser mais do que isso. Certo é que o branco por mim constatado não pode produzi-lo a minha espontaneidade. Esta forma inerte, que fica aquém de todas as espontaneidades conscientes, que tem de ser por nós observada, aprendida aos poucos, é o que se chama uma coisa. Em caso algum a minha consciência poderia ser uma coisa, pois o seu modo de ser em si é precisamente um ser para si. Existir, para ela, é ter consciência da sua existência. Surge como espontaneidade pura face ao mundo das coisas que é pura inércia. Podemos, pois, desde a origem, supor dois tipos de existência: é, de facto, enquanto inertes, que as coisas escapam ao domínio da consciência; é a sua inércia que salvaguarda e lhes conserva a autonomia..." (2002, p.7).

A discriminação da existência como coisa e como imagem, tal como, proposta por Sartre, será tão mais nítida quanto mais remota for a lembrança da imagem evocada e reconstruída pela nossa mente. As imagens perceptivas, imediatas, são mais próximas da existência como coisa, enquanto que as imagens evocadas, remotas, são mais próximas da existência como imagem, síntese reconstruída parte pela realidade, parte pelo imaginário: imaginação.

A imagem evocada reconstruída pela nossa memória, filtrada pelo esquecimento, estilizada pelos nossos paradigmas, é fruto da ideação e não um retrato fiel da realidade.

Uma seqüência de fatos evocada é um filme reconstruído com uma rápida série de imagens. Fragmentos de vida recuperados, reconsiderados, recriados. Tantos olhares sobre estas imagens nós teremos, quantas vezes nós recriarmos tais imagens.

Na construção e reconstrução de imagens, modelamos e remodelamos a dinâmica do olhar. Olhar, olhar para ou olhar de, olhar sob ou sobre, olhar com ou sem, não-olhar.

As imagens também podem ser comunicadas de um emissor para um receptor como uma representação comunicável aos espectadores, possibilitando além da representação individual, uma representação social, coletiva, numa multiplicidade de imaginários, representações e interpretações, à luz de significados e significantes, codificações e decodificações, trocas simbólicas.

Mídias da comunicação de imagens. Nosso conjunto óptico primário (cérebro, retina, cristalino, e córnea), e as lentes artificiais. Os espelhos, da natureza, e os produzidos pelo homem. Os instrumentos ópticos e eletrônicos para tratamento das imagens. Desenhos primitivos, a escrita e os manuscritos. Ícones. A imprensa. Dos cartazes aos outdoors eletrônicos. A imagem fotográfica: em preto e branco, em cores, e digital. O cinema (mudo, falado, branco e preto, colorido), o vídeo, o vídeo digital. Hipermídia, e a profusão de imagens.

A imagem das pessoas, a imagem de objetos, ou a imagem da escrita em letras de um alfabeto ou ideogramas: diferentes signos na formação das imagens e na sua interpretação: o que representam tais imagens?

Um sistema léxico e semântico, uma linguagem. Mas “a linguagem nunca diz nada, ela inventa uma gama de gestos que apresentam entre si diferenças suficientemente claras para que a conduta da linguagem, à medida que se repete, se recorta e se confirma ela própria, nos forneça de maneira irrecusável a feição e os contornos de um universo de sentido” (MERLEAU-PONTY, 2002, p.55).

Criamos e utilizamos um conjunto de signos, símbolos, atributos, imagens para traduzir nossos imaginários e representações dos fatos da vida.

Segundo Chammé (1992, p.74):

“O mundo imaginário e tudo aquilo que é imaginário na sociedade dá lugar a um inventário de formas altamente

enriquecidas, o das imagens e do próprio imaginário. As imagens são realidades físicas e mentais que têm uma significação. Elas, por sua vez, 'representam' alguma coisa que sempre aparece na e pela imagem ao sujeito".

Ainda para Chammé: "os imaginários estruturam a cada instante a experiência social e comportamentos e imagens reais" (1992, p.76). Segundo o mesmo autor, os imaginários são núcleos de grandes mitos: saúde, doença, o sistema de saúde, os profissionais de saúde, o médico, o medicamento, o tratamento, a cura, onde: "nem o real, nem o imaginário têm um estado estável e definido... Assim, o imaginário é um 'possível mais ou menos real" (1992, p.76), ou seja, se a realidade é a unidade da essência e da existência, o imaginário é um modo de ser de uma essência que ainda não se tornou uma existência, ou que perdeu a existência.

Um conjunto de imagens e relações de imagens que constitui o capital pensado do Homo sapiens, é o imaginário que surge como o grande denominador fundamental onde se vê encontrar todas as criações do pensamento humano (DURAND, 2001). Para Gilbert Durand:

"O imaginário é esta encruzilhada antropológica que permite esclarecer um aspecto de uma determinada ciência humana por um outro aspecto de uma outra... Para poder falar com competência do Imaginário, não nos podemos fiar nas exigüidades ou nos caprichos da nossa própria imaginação, mas necessitamos possuir um repertório quase exaustivo do Imaginário normal e patológico em todas as camadas que a história, as mitologias, a etnologia, a lingüística e as literaturas nos propõe" (2001, p.18-19).

Imagens e imaginário como construções do cérebro, reais, ou quase-reais, para nós mesmos, onde apoiamos nossa visão e conceito de mundo, integrando mitos e fatos, símbolos e grafia, lugar e tempo, ciência e arte, coletivo e indivíduo, eu e o outro.

O imaginário prende-se ao desejo, à ideação, ao pensamento, que pode traduzir-se pela representação social. Num discurso, o imaginário é o que eu quero dizer, e a representação é o que eu manifesto: digo. Mas, “pela sua vinculação dialética com a realidade, a compreensão da fala exige ao mesmo tempo a compreensão das relações sociais que ela expressa. Porque as palavras não são a realidade, mas uma fresta iluminada: representam!” (MINAYO, 1994, p.110).

2.2.2 Percepções e representações da saúde e doença

Buscamos na antropologia as bases para a análise do social tal como ele pode ser apreendido através dos modos de vida e comportamentos particulares das pessoas de um determinado grupo, ou seja, maneiras próprias de pensar, formas de reunir-se, encontrar, olhar, aceitar ou rejeitar, trabalhar, buscar o lazer, reagir frente a acontecimentos tais como a doença, o envelhecimento, ou a morte.

A antropologia médica é um ramo da antropologia que se preocupa com as percepções, entendimentos, representações de saúde e doença dentre pessoas de diferentes culturas e grupos sociais, e envolvendo a explicação das causas da doença, dos tipos de tratamento empregados, das crenças e práticas (HELMAN, 1997).

Para François Laplantine (1991) a verdadeira antropologia da saúde deve voltar-se ao doente ou ao sujeito do cuidado com a sua saúde, que

necessita ser levado em consideração tornando-se um autentico pólo de conhecimento. Inspira-se na interpretação em busca de significado.

Uma antropologia interpretativa que relaciona a cultura ao entendimento e interpretação popular da enfermidade, que analise a sua representação, necessita considerar o olhar dos enfermos.

Para Clifford Geertz (1989, p.41):

"A vocação essencial da antropologia interpretativa não é responder às nossas questões mais profundas, mas colocar à nossa disposição as respostas que os outros deram – apascentando outros carneiros em outros vales- e assim incluí-las no registro de consultas sobre o que o homem falou".

Uma leitura dos outros olhares, uma resposta para a pergunta formulada que não é só a sua, uma leitura de outros campos de visão de mundo.

Na língua inglesa, uma outra cultura, a palavra "doença" possui tripla terminologia: "disease" (tal como ela é apresentada pela Medicina, ou conhecida pelo médico, ou seja, a entidade patológica), "illness" (a doença como é experimentada pelo doente, ou a experiência subjetiva da doença), e "sickness" (uma condição menos grave, um mal-estar, como um enjôo) (GOOD,1994).

Permite-se diferenciar as representações de "illness" segundo crenças populares, modelos cognitivos, realidades culturalmente constituídas por distintos grupos sociais, e como mistificação (GOOD, 1994), numa valoração dos entendimentos de "illness" em contraposição à hegemonia científica de "disease".

As premissas básicas da doença ("disease") na perspectiva do médico são a racionalidade científica, a ênfase na mensuração numérica e objetiva, em dados psicoquímicos, no dualismo mente-corpo, na visão das doenças como entidades, na ênfase no individual e não na família ou na comunidade, enquanto definir-se doença ("illness") envolve uma série de experiências subjetivas:

percepção de mudanças na aparência corporal (perda de peso, mudança da coloração da pele, das secreções, queda de cabelo), micção, evacuação, menstruação, batimentos cardíacos, respiração, perda de sangue, alteração da mobilidade, tremor, coordenação motora, paralisia, dor, inchaço, febre, calafrio, alteração da audição, visão, tato, olfato, gustação ansiedade, medo, depressão, alteração do sono, mudanças de comportamento (HELMAN, 1994).

As fantasias inspiradas pelas doenças caminham paralelamente à sua incompreensão, letalidade, mutilação, evolução.

Lepra, peste bubônica, cólera, sífilis, tuberculose, câncer, AIDS, doença de Alzheimer são exemplos de enfermidades que trazem em seu entorno imagens, mitos e metáforas.

A doença como castigo: "por que eu?", "por que justo comigo?". A mentira piedosa e o paternalismo médico: "para que contar para ele...".

Aparentemente a doença é o réu, mas –invariavelmente– ao doente também cabe a culpa: "se ela não vivesse assim...", "se ele não bebesse tanto...", "ficou doente porque quis...".

"Qualquer moléstia importante cuja causa é obscura e cujo tratamento é ineficaz tende a ser sobrecarregada de significação. Primeiro, os objetos do medo mais profundo (corrupção, decadência, poluição, anomia, fraqueza) são identificados com a doença. A própria doença torna-se uma metáfora. Então, em nome da doença (isto é, usando-a como metáfora), aquele horror é imposto a outras coisas. A doença passa a adjetivar. Diz-se que isto ou aquilo se parece com a doença, com o significado de que é nojento ou feio. Em francês, diz-se que uma fachada de pequenas pedras é 'lépreuse' " (SONTAG, 2002, p.76).

Metáforas são utilizadas também pelos médicos e profissionais de saúde, e aqui destacamos as metáforas bélicas: incorporadas novas 'armas' ao 'arsenal' terapêutico, 'bomba' de cobalto, 'bombardeamento

combatendo a 'infiltração' tumoral, 'abordagem' cirúrgica, 'invasão' metastática, 'estratégia de combate' à dengue, 'campanha de combate' à poliomielite, situações que representam uma luta insana como num campo de batalha, com táticas de guerra e jargão militar: 'guerra ao câncer', e 'vigilância' à saúde!

Freqüentes são as teorias leigas das doenças baseadas em o que elas representam. Crenças tais como "peguei uma gripe depois que tomei uma friagem!", ou sobre efeitos de determinados alimentos: "chuchu abaixa a pressão...", "melancia é diurético...".

As concepções leiga e médica sobre saúde e doença podem diferir significativamente na maneira de interpretar um episódio de "illness", especialmente se o médico considerar apenas o diagnóstico e tratamento da disfunção orgânica, física, biológica.

Podemos detectar "disease", sem "illness", em exames de triagem diagnóstica ("check-up"), por exemplo, ou "illness" sem "disease", no pólo oposto, como na hipocondria, ou em "distúrbios funcionais", "neurovegetativos", "psicossomáticos".

Helman (1994) propõe estratégias para aperfeiçoamento da relação médico-paciente através de uma melhor compreensão da "illness", familiarização da linguagem de sofrimento do paciente (apresentação de doenças populares de determinada cultura), tratar a "illness" e a "disease" (considerando as dimensões emocionais, sociais, comportamentais e religiosas), avaliando sempre o papel do contexto interno (experiências anteriores, expectativas, modelos explicativos e preconceitos) e contexto externo, o ambiente real em que o encontro acontece e, as influências sociais mais amplas (ideologia dominante, religião, sistema econômico, e de poder).

As representações da saúde, doença, tratamento, cura, estão enraizadas na cultura de uma sociedade ou grupo social, e tal como percebidos pelos sujeitos da doença.

A representação é quem orienta as nossas ações, enquanto o imaginário organiza as imagens no nosso pensamento, portanto as representações

são imagens reconstruídas sobre o real e a realidade. Representação é um modo de pensamento ligado à ação individual e coletiva.

Para Durkheim (2002, p. 21):

“ O que as apresentações coletivas traduzem é a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que afetam... Representações que se que não exprimem nem os mesmos sujeitos nem os mesmos objetos não podem depender das mesmas causas. Para compreender a maneira como a Sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, é a natureza da sociedade, e não a dos particulares, que devemos considerar”.

Roger Chartier (1991), retomando a noção de ‘representação coletiva’ de Emile Durkheim e Marcel Mauss, articula três modalidades de relação da representação coletiva com o mundo social: o trabalho de classificação, e de recorte, que produz configurações intelectuais múltiplas pelas quais a realidade é contraditoriamente construída pelos diferentes grupos que compõe uma sociedade; as práticas que visam a fazer reconhecer uma identidade social, a exibir uma maneira própria de ser no mundo, a significar simbolicamente um estatuto e uma posição; e, as formas institucionalizadas e objetivadas em virtude das quais ‘representantes’ (instâncias coletivas ou indivíduos singulares) marcam de modo visível e perpétuo a existência do grupo, da comunidade, ou da classe.

Representação social é um termo que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança, ou do conteúdo do pensamento, definidas nas Ciências Sociais como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a (MINAYO, 1994).

Para Moscovici (1994, p.11):

“As representações sociais são racionais, não por serem sociais, mas porque elas são coletivas. Para dizer as coisas brevemente, é somente dessa maneira que os homens se tornam racionais, e um indivíduo isolado e só não poderia sê-

lo. Desse modo, toda psicologia das formas de pensamento, ou de linguagem, deve necessariamente ser social”.

Segundo Moscovici, a Teoria das Representações Sociais confere racionalidade da crença coletiva e sua significação, às ideologias, aos saberes populares, e ao senso comum.

Durand (1998, p.41) nos diz que:

“Todo pensamento humano é uma re-presentação, isto é, passa por articulações simbólicas... no homem não há uma solução de continuidade entre o ‘imaginário’ e o ‘simbólico’. Por consequência, o imaginário constitui o conector obrigatório pelo qual forma-se qualquer representação humana”.

A construção de uma representação é a própria construção de um sentido e de uma identidade individual, grupal ou coletiva, consciente ou não.

Para Claudine Herzlich (1991, p.27-28):

“ O interesse no estudo de uma representação social deve situar-se no nível de esclarecimento de fenômenos mais coletivos. Uma representação social, para mim, permite em princípio compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores”.

A mesma autora afirma que o papel de orientação das representações permite a compreensão através da formulação coerente de um saber, da interpretação e atribuição de um sentido, de que forma chegam e constituem o foco de condutas múltiplas e complexas em campos como o da

saúde-doença, embora a explicação destas condutas implique incluir outras variáveis, e não somente as representações (HERZLICH, 1991).

Para Chammé (1997, p. 73-74):

“As representações sociais, em síntese, são as modalidades de conhecimento particular que circulam no dia-a-dia dos sujeitos e que têm por função a comunicação entre os indivíduos, criando informações e familiaridade com a alteridade que se apresenta à primeira vista estranha, de acordo com as categorias da cultura”.

A antropologia mostra que a representação situa-se sempre na articulação entre o individual e o social, e em três campos de investigação: o do conhecimento: uma representação é um saber que não duvida de si mesmo; o do valor: uma representação é uma avaliação; o da ação: uma representação é expressiva e construtiva do social (LAPLANTINE, 1991).

As diferentes representações formuladas, interpretadas, advindas do imaginário, de imagens percebidas por olhares diversos que buscam um sentido, são construídas segundo ópticas particulares de vida e mundo de indivíduos, grupos, comunidade, ou classes.

Os feixes de luzes que atravessam o prisma do imaginário e representação refratam, então, a alteridade e o multiculturalismo.

2.3 Envelhecimento, velhice e o idoso

Um dos possíveis enfoques é o do envelhecimento como um fenômeno biológico-funcional. Podemos tratar como senescência o envelhecimento natural, ou fisiológico, e, como senilidade, o envelhecimento com doença(s), ou patológico, mas, por vezes são tênues as divisas entre a fisiologia e a patologia do envelhecimento.

Qual o limite entre o esquecimento benigno e a demência incipiente, ou a reação de luto após um acidente vascular cerebral – AVC que paralisa metade do corpo, e a depressão pós-AVC ?

Impossível negar que o envelhecimento seja um fenômeno biológico. Não observamos apenas os sinais externos do envelhecimento através da ectoscopia do idoso: à inspeção já é possível ver as alterações cutâneas como as rugas, e as melanoses, a pele fina, por vezes com púrpuras senis, ou as alterações nos cabelos que embranquecem (canície), ou dos pelos ressequidos. Basta verificar a capacidade funcional do ser humano no decorrer da vida, e observar uma drástica redução da reserva orgânica com o passar dos anos, após a idade adulta.

Cada molécula, tipo de célula, órgão, sistema orgânico, ou ser vivo tem as suas peculiaridades.

Dos telômeros e telomerasas dos mecanismos de envelhecimento, aos genes presenilina 1 e 2 na manifestação da Doença de Alzheimer; das células epiteliais, substituídas inúmeras vezes ao longo da vida, aos neurônios, que únicos, não se duplicam; dos rins e seus fluidos, aos pulmões e seus gases; do sistema cardiovascular e sua hidráulica, ao sistema endócrino, da regulação das funções; das diferentes espécies: da drosófila à tartaruga gigante

das Ilhas Galápagos; da longevidade segundo o gênero: das mulheres aos homens; de um homem ao outro...

Biologicamente, existem idosos e idosos...

Acreditava-se que tudo declinava com a idade: da capacidade vital à taxa de filtração glomerular, do débito cardíaco às funções cognitivas. Muitas destas observações advinham de estudos transversais que capturavam uma foto de determinados idosos, e que atribuíam uma menor função nos diversos parâmetros avaliados, aos indivíduos mais idosos. Invariavelmente, traçavam uma curva descendente.

Com a realização dos grandes estudos longitudinais, tipo coorte, quando populações de pessoas adultas foram acompanhadas durante um maior período de tempo, observando-se o envelhecimento dos indivíduos destas populações, como em filmes de longa metragem, foram identificadas subpopulações de idosos com maior ou menor declínio destas funções orgânicas (LINDEMAN, 1990). Algumas alterações fisiológicas do envelhecimento podem ser revertidas ou atenuadas através da prática regular de atividades físicas, por exemplo.

Funcionalmente, também, existem idosos e idosos...

Tal fato propiciou o desenvolvimento das propostas de envelhecimento saudável, bem sucedido, com qualidade de vida, e do conceito que não restringe a saúde do idoso à mera ausência de doença orgânica, mas estende o conceito à preservação de funções que assegurem a realização de atividades da vida diária.

Doenças e limitações podem co-existir. O que importa é como isto impacta a vida de cada pessoa idosa, ou seja, o quanto esta situação afeta as atividades da vida diária do idoso, das mais elementares, tais como movimentação, alimentação, controle de esfínteres e higienização, vestuário, banho, até as mais complexas com cuidar das finanças, pagar as contas, administrar bens, cuidar da sua própria medicação, e fazer as compras .

A dimensão biológico-funcional deve ser considerada no envelhecimento de cada indivíduo. Não basta constatar um declínio de função, é necessário caracterizar as limitações frente às possibilidades de adaptação, reabilitação, e suporte, que possam ser oferecidas a cada pessoa, com vistas à preservação da sua autonomia, da sua independência e do envelhecimento bem sucedido.

Segundo Jacob-Filho (1998), precisamos promover a saúde do idoso com medidas efetivas para: aumentar a reserva funcional, desenvolver mecanismos de adaptação para sobrecargas funcionais dos mecanismos de controle da homeostase, evitar ou postergar a manifestação clínica de doenças, controlar as doenças existentes, compensar as limitações, prevenir traumas e acidentes, manter hábitos saudáveis de vida, e exercer a cidadania com plena inserção social.

Envelhecimento e a velhice podem ser enfocados também como uma fase da vida: de contornos, formas e trajetórias incertas.

Não há nitidez no olhar sobre quando se inicia a velhice. Não somos tão velhos somente quanto o nosso coração, ou as nossas artérias. Somos tão velhos quanto a nossa experiência e tempo de vida, ou quanto o minguar da nossa esperança na vida, e da nossa expectativa de bem-viver.

Velhice: ciência ou senso comum? Há algum marcador que instantaneamente confirme a nossa condição de velhos? Certamente não.

Esta transição entre a maturidade e a velhice não possui um marco referencial único. É um período, uma etapa, uma fase da vida.

Fase de projetos amadurecidos de vida. De colher os frutos do que se semeou. De famílias constituídas, estruturadas, ou não. De união, ou desunião. Muita alegria, ou lamentos.

Fase de sofrer perdas. E de saber superá-las.

Não há quem chegue à velhice sem nada perder. Acuidade auditiva, visual, mobilidade, memória. Cônjuge, entes queridos, amigos.

Aposentadoria: perda da ocupação, status, poder, e redução dos rendimentos. Espaço, sua casa, seu lar. São várias as formas de perdas nesta fase da vida.

Fase para reconhecer limites e possibilidades de bem-viver. Superando os limites, abrandando as limitações, e maximizando todas as possibilidades.

Fase em que o corpo queixa-se da vida. E de como não viveu... O corpo que foi usado e às vezes, fustigado pelo trabalho excessivo e desmedido. Corpo que hoje se queixa de dor. Uma dor funda que deveras sente...

Fase em que a mente queixa-se da vida. Poderosa, continua a formular hipóteses para tudo: sucessos e fracassos, derrotas e vitórias, amor e ódio, aversão e empatia, mas nem tudo consegue explicar. Angústia, estresse, ansiedade, depressão...

Envelhecer, uma fase de desafios.

O maior talvez seja o de superar os limites impostos. De buscar as formas e criar os meios. Obter ajuda. Cuidar-se.

Investir no equilíbrio e desenvolver novos habitus. Envelhecimento, fase de desafios e habitus.

Enquanto a palavra hábito indica disposição duradoura adquirida pela repetição freqüente de um ato, maneira de ser, a palavra habitus envolve o conceito com o qual se designa o conjunto de padrões adquiridos de pensamento, comportamento, gosto, etc., considerados como elo entre as estruturas sociais abstratas e a prática ou ação social concreta (FERREIRA, 1999).

Habitus na concepção de Pierre Bourdieu (2002), refere-se a um conhecimento adquirido, uma disposição incorporada pela pessoa, social e historicamente construída durante sua vida, e cujo exercício será determinado pela posição social do indivíduo, permitindo-lhe ver, pensar e agir com capacidade inventiva, criadora, e improvisadora nas mais diversas situações de vida.

As pessoas que envelhecem muitas vezes são obrigadas a deixarem seu habitat de muitos anos, trocando o universo da zona rural, ou de

uma pequena cidade do interior, um bairro ou uma vila, para uma área metropolitana.

Ou então, do centro da cidade, para a periferia. Ou mesmo repartir o seu lar recebendo para morar familiares da mesma ou de outras gerações, como irmãos, filhos separados, ou netos com problemas de relacionamento com os pais, ou que vieram para estudar.

Acompanhar os filhos ou netos após a viuvez e/ou idade avançada, reunir rendimentos, agrupar-se num ambiente intergeracional, dividir o espaço, co-habitar.

Buscar o re-equilíbrio da vida e sobreviver a situações de coabitação, limitações, perdas, como as descritas, envolve romper com hábitos de vida, criar habitus que ajustem as estruturas objetivas, externas, e as estruturas interiores, subjetivas e incorporadas pelas pessoas.

Envelhecer também demanda toda esta capacidade adaptativa com o companheiro, ou na sua ausência, com a família ou na sua falta, com a sociedade, suportiva ou não, e principalmente consigo mesmo.

Já o envelhecimento, tal como ele é visto na perspectiva dos que já são idosos, ou do outro, que envelhece, mas ainda não é "velho", é um processo social.

Há maior doença do que o preconceito com os idosos, a discriminação, a representação social da decadência e decrepitude, do peso para a família, e da carga para a sociedade?

O envelhecimento populacional traz à tona a discussão da falência dos sistemas previdenciário e de saúde com o crescimento do percentual de idosos em uma velocidade alarmante em muitos países em desenvolvimento.

Estar no mundo sem produzir, sem mais trabalhar. Seriam os aposentados e os idosos inúteis à sociedade? Ou há – ainda - espaço e tempo para realizações na vida? Grupos de amigos, reuniões familiares, encontro de ex-..., trabalho voluntário, teatro, clubes de serviço, festas, missas ou cultos, viagens,

cinema, universidade da terceira idade, música, netos, dança de salão, ginástica, caminhada... tempus fugit; carpe diem...

"A primeira questão que ressalta é a idéia, no imaginário retratado pela imprensa, de 'idoso' como pobre e como problema social" (SOUZA, 2002, p.191). A desvalorização do idoso é claramente manifesta em nossa sociedade, e não somente pela imprensa. Neste caso, a imprensa registra o que de fato ocorre.

No Brasil, raramente se explora a figura do idoso em campanhas publicitárias na grande mídia. Seriam os idosos uma massa que não tem o direito de consumir? Que não possuem sonhos e desejos de consumo? Ou que simplesmente não detém os meios de produção, nem a força de trabalho, e estão realmente à margem da sociedade?

Destaca Minayo (2002, p.22):

"É preciso reconhecer que, do ponto de vista econômico, os idosos e, de forma destacada, a 'terceira idade' se configuram hoje como um mercado crescente e cada vez mais promissor no mundo dos bens de consumo, da cultura, do lazer, da estética, dos serviços de prevenção, atenção e reabilitação da saúde".

Uma completa desvalorização do idoso, e uma aversão ao envelhecer, podem ser constatadas na nossa sociedade.

O imaginário coletivo sobre o envelhecimento acentua os traços da realidade social, difícil para o idoso, e cria representações individuais sobre o envelhecer que geram desconforto, e muitas vezes, o próprio desejo e a necessidade de "rejuvenescer". Como se possível fosse o "não envelhecer".

O bom e o belo é o "novo", e não o "velho".

Tais valores imperam.

Seriam os idosos capazes de emergirem como atores sociais neste seu acelerado crescimento percentual na população e desconstruírem esta cultura do bom e belo ser apenas o "novo"?

E de onde surge o “novo” se não de uma determinação histórica, de uma construção social anterior, que possivelmente teve a colaboração ativa dos jovens de outrora, que são os velhos de agora?

Mudar a concepção do velho e do envelhecer em nossa sociedade é um grande desafio. Uma missão com implicações concretas no nosso futuro, posto que todos nós envelheceremos!

Não há como falar do envelhecimento sem focar o idoso. E o idoso é quem acredita ter bastante idade, ou é aquele que os outros consideram ser velho?

Então, quando uma pessoa passa a ser idosa?

Tornar-se idoso é como uma travessia de um rio de margens imprecisas. Um processo que toma parte considerável da vida. Não se fica idoso de um dia para outro. Ser idoso não se resume a algo convencionado, como completar os 60 anos num país em desenvolvimento, ou 65 anos num país desenvolvido, pois a idade cronológica não traz uma correspondência obrigatória com as fases do envelhecimento biológico ou social.

No imaginário e representação individual do idoso, ele observa, constata e reflete sobre o seu próprio envelhecer, o seu “ser idoso”, e manifesta este sentimento em um simples gesto, atitude ou palavra, ou de formas complexas, com manifestações mais elaboradas envolvendo, por exemplo, mente-corpo, e saúde-doença, e também através da arte, plástica, dramática ou musical.

“Envelheci e nem percebi...”, é uma frase comum. Frase carregada de negação ao envelhecer, mecanismo de defesa comum, utilizado durante um bom período da vida. Frase de quem olha para o espelho e não se vê. A imagem projetada pela retina na mente, não corresponde à sua própria imagem projetada pela luz no espelho.

Sonhos que se desfazem, espelhos que se quebram, imagens do passado desconstruídas, e só resgatadas em fotos ou registros históricos. Passado e memória. A memória mais antiga é a mais perene.

O idoso é memória. Antes do surgimento da escrita, a morte de um idoso representava uma perda enorme de informação e cultura. Eram os idosos, os únicos depositários fiéis das mais relevantes passagens de uma dada comunidade, suas conquistas e derrotas, sua arte, costumes, e língua.

O idoso e a falta de memória. O esquecimento, tão comum em quem envelhece, é um ato de proteção contra ao tudo lembrar. Imaginemos a angustiante situação de lembrarmos de todas as passagens da vida, ou seja, de todas as coisas boas ou ruins que ocorrem em nossas vidas. Esquecimento é um mecanismo de defesa, nosso, e contra nós mesmos. Seus limites fisiológicos são determinados pelo grau de interferência do esquecimento nas atividades da vida diária, e a associação com outros déficits cognitivos (linguagem, cálculo, etc.).

No imaginário coletivo do idoso, as representações são traduzidas em mitos e crenças populares, preconceitos, e ditos, num discurso próprio de cada lugar sobre quem é idoso.

Aqui o espelho é substituído pela lente da sociedade, que filtra, e às vezes distorce, os feixes de luz que conduzem a imagem do idoso.

O mito de que tudo piora com a idade. É um mito que sempre conspira contra o idoso. Tanto ouvimos, que – quase - aceitamos.

A crença popular de que a “esclerose” é inevitável e que a caduquice é parte do envelhecimento impede que milhares de pacientes tenham um diagnóstico de demência, quem nem sempre é sinônimo da Doença de Alzheimer.

Idoso pode ser trocado por “velho”, seguramente um termo mais jocoso, e freqüentemente associado a: ranzinza, ranheta, rabugento, pão-duro, mesquinho, careta, teimoso, chato, “triste”... Imaginários coletivos que traduzem preconceito, e possibilitam ações de discriminação.

Ditos: “quem conta um conto aumenta um ponto”. Ditos que amplificam a visão social – real ou distorcida - do idoso. “Quem pode manda, quem tem juízo obedece”; e obedece a pessoa idosa, que não manda mais! O consultório do geriatra está repleto de “ex”. Ex-prefeito, ex-deputado, ex-

presidente, ex-diretor, magistrado aposentado, professor emérito, oficial reformado, bispo aposentado... Mas o que mais chama a atenção é o “ex-cidadão”: aquele que já exerceu um dia a plena cidadania, mas já não pode exercer mais...

Ações da sociedade, sobre o idoso, advém de uma realidade determinada pelas representações individuais e sociais, dos imaginários individual e coletivo sobre o envelhecimento e o idoso.

A construção, individual e coletiva, deste imaginário e representação é fruto do nosso pensamento e ação sobre o idoso e o envelhecimento.

O idoso, a cidadania, e os caminhos a trilhar. Restam algumas questões: Qual é o envelhecimento que nós almejamos? Quem é o idoso que nós queremos ser? O que vamos fazer para alcançarmos esta imagem-objetivo?

A envelhecimento que todos nós almejamos é o envelhecimento com qualidade de vida, bem sucedido. Não isento de problemas, mas com potencialidades para gerenciar ou transpor cada obstáculo.

O idoso que nós queremos é o sujeito ativo dos seus próprios cuidados e da vida, que com autonomia e independência possa viver com plenitude todos os seus dias.

O alcance desta imagem-objetivo só é possível com uma grande mudança do paradigma de “ser idoso” em nossa sociedade, o que envolve a quebra de espelhos e lentes da sociedade e de cada um de nós, rompendo com mitos e crenças populares, preconceitos e ditos sobre o idoso.

Ser idoso é colocar uma “máscara de idoso” imposta pela sociedade?

Nos versos do engenheiro aposentado Álvaro de Campos (PESSOA, 2002, p.467):

“ Depus a máscara e vi-me ao espelho...
Era a criança de há quantos anos...
Não tinha mudado nada

É essa a vantagem de saber tirar a máscara.
É-se sempre a criança.
O passado que fica,
A criança.

Depus a máscara, e tornei a pô-la.
Assim é melhor.
Assim sou a máscara.

E volto à normalidade como a término de Inha”.

3. Percurso metodológico

Partimos do pressuposto que “todo pensamento humano é uma re-presentação, isto é, passa por articulações simbólicas [...] no homem não há uma solução de continuidade entre o ‘imaginário’ e o ‘simbólico’. Por consequência, o imaginário constitui o conector obrigatório pelo qual forma-se qualquer representação humana” (DURAND, 1998, p. 41), e assim:

“No processo de construção social da realidade, os imaginários dos sujeitos vão sendo construídos de acordo com a sensibilidade neles despertada a partir do processo interativo e das condições em que a socialização ocorre. Neste contexto, são elaborados igualmente os princípios norteadores... Os sujeitos vão se tornando a parte principal do processo social e de sua estrutura. Surgem aqui, o eu individual e o eu referencial, diretamente interligados, e inseparáveis ao nível da compreensão do homem em suas relações plurais” (CHAMMÉ, 1997, p.70)

Os olhares de pacientes e estudantes de medicina permitem compreender como as vidas individuais tomam forma e se constroem em relação a uma realidade social: o currículo de Medicina e a atenção à saúde do idoso.

Esta é uma pesquisa educacional concebida e realizada em estreita associação com uma ação transformadora curricular, de processos e práticas educativas, de paradigmas, onde não há uma neutralidade científica, e a análise do pesquisador será feita através do olhar e da percepção de estudantes de medicina e de pacientes idosos, manifestando a representação do acadêmico e do usuário, sempre com um olhar do próprio pesquisador, como participante do

processo, como co-autor de idéias, de visões e concepções de mundo e de homem, de currículo, de projeto político pedagógico.

Desenvolvemos este estudo de caso na FAMEMA. O capítulo 4 trata de “um olhar sobre a FAMEMA”, onde detalhamos o nosso campo de estudo.

O estudo de caso em Ciências Sociais envolve habitualmente um grupo ou uma organização, e não exclusivamente um indivíduo como na Medicina ou na Psicologia, permitindo conhecer o conjunto de formas de relação, organização, e interação do grupo estudado, além de estabelecer uma compreensão do ‘todo’ onde está inserido o ‘caso’ (BECKER, 1993).

3.1 Um olhar para os sujeitos do estudo e o processo de pesquisa

Foram coletados dados de um questionário aplicado aos estudantes de medicina, e entrevistas realizadas com pacientes idosos e estudantes.

O questionário foi aplicado aos estudantes ao final do ano letivo de 2000 (Apêndice A, p. 214). Foram entregues questionários a todos os 72 estudantes matriculados, e considerados respondidos os devolvidos com o preenchimento de qualquer campo.

Este questionário foi respondido por 58 dos 72 estudantes matriculados na 4ª. Série, com 21 a 28 anos de idade, todos solteiros, dos quais 35 do gênero feminino.

Coletamos dados do questionário que permitiram analisar a percepção de estudantes de Medicina da FAMEMA sobre a ABP e o currículo como

espaço de formação para médicos sensibilizados para a atenção à saúde de pessoas idosas.

Também foram realizadas entrevistas ao final do ano letivo de 2002, com uma condução de entrevista semi-estruturada (Apêndice B, p. 217), com 16 estudantes concluintes da 6ª. Série do Curso de Medicina da FAMEMA, que participaram da Unidade 17 - Envelhecimento, e 16 pacientes idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria da FAMEMA (Apêndice C, p. 194).

Para determinar o número de entrevistados nesta pesquisa, foi utilizada a técnica da saturação, ou seja, no momento em que os dados oferecidos pelos entrevistados tornaram-se repetitivos, encerrou-se a coleta (TRIVIÑOS, 1987).

Os 16 estudantes entrevistados tinham idade entre 23 e 29 anos, todos eram solteiros, e 12 do gênero feminino. Os 16 pacientes entrevistados tinham idade entre 60 e 85 anos, sendo 11 com estado civil casado e 5 viúvo, predominando as mulheres em número de 13.

Tais dados das entrevistas permitiram analisar as representações de estudantes e idosos acerca do que é ser um médico sensibilizado para os cuidados com a saúde do idoso.

O termo de consentimento pré-informado foi assinado por todos os participantes da pesquisa (Apêndice D, p. 219), após detalhada explicação sobre os propósitos do estudo, e leitura e explicação do termo.

Este estudo foi aprovado aos 27 de novembro de 2000 pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FAMEMA, protocolo de estudo nº. 0290/00 (Apêndice E, p. 220).

3.2 Análise dos dados

A análise do material foi realizada considerando-se três objetivos (MINAYO, 1998, p.197-198):

- a) "Ultrapassagem da incerteza: o que eu percebo na mensagem estará lá realmente contido? minha leitura será válida e generalizável?".
- b) "Enriquecimento da leitura: como ultrapassar o olhar imediato e espontâneo e já fecundo em si, para atingir a compreensão de significações, a descoberta de conteúdos e estruturas latentes?".
- c) "Integração das descobertas: que vão além da aparência, num quadro de referência da totalidade social no qual as mensagens se inserem" (BARDIN, 1979, p.29).

Empregamos assim a análise qualitativa para descrição e inferência dos dados.

Segundo Minayo (1998, p.203):

"Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem".

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, utilizamos a análise temática no nosso estudo. “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à literatura” (BARDIN, 1979 p.105).

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. A análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definidoras do caráter do discurso, ou qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 1998).

No presente estudo, as temáticas foram obtidas através da abordagem qualitativa, adaptando-se, assim, os procedimentos tradicionais desta técnica que eram mais quantitativas envolvendo operações estatísticas simples como percentagens, ou complexas, análise fatorial (MINAYO, 1998, p. 210). Esta variante é reconhecida por MINAYO (1998, p. 211) como reunindo “numa mesma tarefa interpretativa, os temas como unidades de fala, propostos [...] pela análise de enunciação”. Tal análise apóia-se numa concepção de comunicação como processo e não como um dado estático, mensurável pela simples contagem e quantificação, visto que o discurso não é um produto acabado, mas um momento de criação de significados (MINAYO, 1998, p.206)..

Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas (MINAYO, 1998, p. 209-210):

1. Pré-análise: consistiu na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientaram a interpretação final;

2. Exploração do material: operação de codificação: transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto (BARDIN, 1979); recorte do texto em unidades de registro (uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento, tal como foi estabelecido na pré-análise), regras de classificação e agregação dos dados em corpos de análise, escolha das categorias teóricas ou empíricas que comandaram a especificação dos temas, e por fim, um tratamento dos resultados obtidos e,
3. Interpretação, onde os resultados brutos foram submetidos a um trabalho com significados em lugar de inferências estatísticas.

Neste estudo, após a transcrição das respostas dos questionários e das fitas cassete e, o ordenamento dos dados, nós realizamos uma leitura geral de todo material visando obter um olhar do conjunto de dados obtidos.

Foi utilizada a codificação QE para o questionário dos estudantes, EE para as entrevistas com os estudantes, EP para as entrevistas com os pacientes, com uma seqüência numérica, visando ordenar as respostas e as falas transcritas. Tal codificação foi empregada na apresentação dos resultados e discussão.

Seguiram-se sucessivas releituras com anotações de temas, e blocos de temas segundo três corpos de análise relacionados aos três instrumentos de coleta de dados. Assim, tivemos um corpo de análise composto pelos questionários respondidos por estudantes da quarta série em 2000, pelas entrevistas com estudantes da sexta série em 2002, e outro constituído pelas entrevistas com idosos também em 2002. Em cada um destes corpos de análise foram identificados os sentidos das falas dos sujeitos.

Para tanto, percorreu-se o seguinte caminho: leitura de cada depoimento, buscando formar uma visão geral; identificação dos núcleos de sentido presentes em cada depoimento; comparação entre os sentidos presentes nas falas dos diferentes sujeitos; e classificação dos sentidos em temas, em torno dos quais foi interpretado cada conjunto de falas, em cada corpo de análise.

Retomando a leitura dos dados construímos então as duas **categorias** de análise do estudo: **"o estudante e a aprendizagem sobre o idoso"**, e **"o idoso e o médico para a pessoa idosa"**, com as quais analisamos as percepções e representações de estudantes e pacientes.

Com relação à categoria "o estudante e a aprendizagem sobre o idoso", a leitura exaustiva das falas transcritas nos corpos de análise permitiu a identificação de temas. No corpo de análise 'os olhares dos estudantes ao final da 4ª série em 2000', identificamos os temas: 'a aprendizagem', 'os cuidados especiais com os idosos' e 'os preconceitos'. No corpo de análise 'os olhares dos estudantes ao final da 6ª série em 2002', destacamos os temas: 'o que eu consigo aplicar', 'a discriminação', e 'os futuros médicos'.

Na categoria "o idoso e o médico para a pessoa idosa", no corpo de análise 'os olhares dos estudantes', as falas apontaram para os temas: 'as queixas', 'os símbolos da finitude', e 'um olhar para além das entidades patológicas', enquanto no corpo de análise 'os olhares dos pacientes' identificamos os temas: 'limites do ser idoso', 'voltar a ser criança', e 'encontros e desencontros na relação idoso-médico'.

CAPÍTULO 4

UM OLHAR SOBRE A FAMEMA

4. Um olhar sobre a FAMEMA

A FAMEMA iniciou suas atividades em 1967, tendo como mantenedora a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília – F.M.E.S.M.

Surgiu num momento de expansão do ensino superior no Brasil, adotando uma concepção fundacional, mas sem a correspondente dotação de recursos doados, como nas fundações norte-americanas.

Como o Governo de São Paulo criou a FAMEMA através da Lei Estadual nº. 9.236, de 19 de janeiro de 1966, mas não a colocou em funcionamento, foi constituída a F.M.E.S.M., através do Poder Público Municipal de Marília com a Lei nº. 1.371, de 22 de dezembro de 1966.

O funcionamento da FAMEMA foi autorizado aos 30 de janeiro de 1967, e neste mesmo ano, admitida a sua 1ª. turma de estudantes do Curso de Medicina, com 60 vagas anuais. Este número de vagas foi aumentado para 80 vagas anuais em 1975.

A FAMEMA foi a 10ª. faculdade de medicina instalada no Estado de São Paulo e a 47ª. do Brasil (MIGUEL; VILLANI, s.d.).

A F.M.E.S.M., mantenedora da FAMEMA desde sua criação até a estadualização em 1994, tornou-se entidade de utilidade pública de caráter municipal pela Lei nº. 1.576/84, estadual pela Lei nº. 4.321/84, e federal pela Lei nº. 86.238/81. Teve seu registro no Conselho Nacional de Serviço Social aos 08 de dezembro de 1969, processo 267.599/68, e foi reconhecida como entidade filantrópica aos 07 de junho de 1977, processo 227.719/77.

Padilha (1996) relata que “a FAMEMA organizou inicialmente sua estrutura pedagógica segundo as escolas médicas mais tradicionais, como a Universidade de São Paulo, Escola Paulista de Medicina e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Os professores destas escolas participaram efetivamente do quadro de docentes da Instituição, como convidados, responsabilizando-se pelos programas e currículos desenvolvidos”. Para o mesmo

autor, O início do funcionamento das cadeiras clínicas ocorreu por intermédio de convênio celebrado com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília, que cedeu parte de sua enfermaria para ser utilizada nas atividades de ensino-aprendizagem.

O Hospital das Clínicas de Marília, inaugurado em abril de 1965 para ser um hospital de moléstias infecciosas, permaneceu desativado, abrigando apenas órgãos de saúde como o Instituto Adolpho Lutz e a Superintendência de Controle de Endemias, até que através de um contrato de comodato, o Hospital foi cedido à FAMEMA em 1972. O Departamento de Clínica Médica passou a funcionar no segundo andar do prédio, e em seguida instalaram-se os Departamentos de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia. as demais dependências do Hospital das Clínicas de Marília funcionavam a diretoria, salas de aula, laboratórios, alojamentos para professores convidados.

Foi em 1981, criado o Curso de Enfermagem da FAMEMA, com 80 vagas anuais. Em 1990, o número de vagas oferecidas anualmente foi diminuído para 40.

Ainda segundo Padilha (1996), a história da FAMEMA foi marcada por sucessivas crises financeiras, administrativas e educacionais nas décadas de 70, 80 e 90, que resultaram em sucessivas paralisações de atividades.

A mais importante crise dos anos 80 foi a paralisação estudantil iniciada aos 18 de agosto de 1981 e mantida por 144 dias. Na ocasião os estudantes exigiam: 1) a efetivação do convênio do Ministério da Educação e Cultura com o Ministério da Previdência e Assistência Social, MEC/MPAS, para que a receita advinda das mensalidades escolares revertesse em benefício direto para o ensino-aprendizagem e não apenas para cobrir as despesas do hospital; 2) melhora das condições de ensino-aprendizagem especialmente nos anos pré-clínicos; gerenciamento profissionalizado do Hospital das Clínicas de Marília.

Como resultado desta paralisação houve a mudança da diretoria da F.M.E.S.M., da diretoria da FAMEMA, seguida de alteração do Estatuto da F.M.E.S.M., e profissionalização da gestão do Hospital das Clínicas de Marília,

iniciada através de uma consultoria desenvolvida pelo PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde da Escola de Administração de Empresa de São Paulo/Fundação Getúlio Vargas – EAESP/FGV em convênio com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC/FMUSP.

Após nova crise, em 1983, docentes da FAMEMA assumiram pela primeira vez a diretoria da F.M.E.S.M., e a partir de então passaram a definir os rumos da Instituição.

Em outubro de 1983, a F.M.E.S.M. celebra contrato de locação do prédio do “Carmelo”, que foi inaugurado aos 11 de fevereiro de 1984. Situado ao lado do Hospital das Clínicas de Marília (atual Hospital das Clínicas da FAMEMA – Unidade 1), na Avenida Monte Carmelo, 800, o “Carmelo” abrigou de 15 de dezembro de 1963 a março de 1981 um convento de irmãs carmelitas, fundado aos 16 de julho de 1959, e cuja sede anterior era na Av. Nelson Spielman, 707. A “Rua 2” do bairro Fragata passou então a ser denominada “Av. Monte Carmelo” em homenagem ao convento carmelita.

O “Carmelo” passou a abrigar salas de aula, a diretoria da FAMEMA, a capela foi adaptada para servir como um auditório, edificou-se um prédio anexo para a Biblioteca da FAMEMA, e posteriormente ampliou-se o anexo para abrigar além da Biblioteca, o Laboratório Morfo-Funcional da FAMEMA. As antigas clausuras passaram a servir como salas para atividades em pequenos grupos, e foram especialmente utilizadas como salas de tutorias a partir de 1997. Passou por reformas de 2001 a 2002 quando foram derrubados os antigos muros da Av. Monte Carmelo, e modernizado o Auditório da FAMEMA, que a partir de 25 de outubro de 2002 passou a denominar-se “Auditório Dr. Mário Alberto Cosentino”, em homenagem ao cirurgião dentista que há 21 anos atua no Conselho de Curadores da F.M.E.S.M., sendo seu atual presidente.

Em 1988 o antigo Hospital Marília foi municipalizado e sua administração foi transferida à F.M.E.S.M., constituindo-se hoje a unidade 2 do Hospital das Clínicas da FAMEMA. Com recursos do Banco Nacional de

Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para o financiamento da Rede Estadual de Hemoterapia, iniciou-se a construção do Hemocentro da FAMEMA, inaugurado em 02 de setembro de 1994.

O Ambulatório Especializado "Governador Mário Covas" da FAMEMA, com mais de 50 consultórios e salas de atendimento, foi inaugurado aos 24 de janeiro de 2002, e realizou aproximadamente 71.896 atendimentos e procedimentos no seu primeiro ano de funcionamento.

A escolha da FAMEMA para desenvolver o Projeto UNI Marília, no início dos anos 90, possibilitou através do apoio técnico e financeiro do Programa UNI da Fundação Kellogg, a capacitação de recursos humanos, e o desenvolvimento da parceria com os serviços locais de saúde e a comunidade (LIMA et al., 1996), ações decisivas para o movimento de mudança dos currículos de Medicina e Enfermagem.

Desenvolve desde 1993, em parceria com a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, e com as associações de moradores e comunidade organizada do Município, o Projeto UNI – Marília, uma nova iniciativa de integração da academia, serviços de saúde e comunidade, com apoio técnico e financeiro da Fundação W. K. Kellogg, e recentemente constituiu-se Pólo de Capacitação Regional do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde (LIMA; KOMATSU, 1999).

A FAMEMA já graduou mais de 2000 médicos, e tem importante papel na atenção à saúde da população local e regional através das unidades 1 e 2 do seu Hospital das Clínicas, do Hemocentro, e da presença de discentes e docentes na rede municipal de Serviços de Saúde. A F.M.E.S.M. deixou de ser mantenedora da FAMEMA, mas permanece como uma fundação de apoio à FAMEMA.

Impulsionada pelo ideário do Programa UNI na América Latina, pelas tendências de inovação da educação médica mundial e, pela necessidade de reestruturação e reorganização institucional para consolidar-se

Autarquia, a FAMEMA decidiu empreender uma transformação de grande monta priorizando as suas raízes: a graduação.

A transformação do Curso Médico da FAMEMA, iniciada no ano letivo de 1997 teve como objetivo implementar um processo dinâmico e centrado na aprendizagem, através de um currículo flexível, integrado e interdisciplinar, baseado na exploração de problemas, utilizando predominantemente a ABP e com atividades práticas orientadas à comunidade.

A FAMEMA passou a adotar a partir do ano letivo de 1997 a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP, com a implementação gradual, série a série, do novo currículo (KOMATSU, 1999a), de tal forma a possibilitar que ao longo de quatro anos tenhamos uma completa reformulação curricular nas quatro séries que antecedem o estágio profissionalizante denominado Internato.

A unidade educacional sobre o envelhecimento, avaliada neste estudo, ocorre na 3ª série do curso Médico da FAMEMA, como a 17ª. Unidade, tendo sido efetivada a partir do ano letivo de 1999. Esta unidade educacional é um módulo interdisciplinar que permeia as dimensões biológica, psicológica e social, definindo objetivos de aprendizagem a serem alcançados pelos estudantes ao longo de seis semanas de atividades.

Entendemos que não é possível reformar o currículo aos saltos, alterando simplesmente a grade curricular a cada cinco, dez, ou quinze anos. O desenvolvimento curricular necessita ocorrer permanentemente, de forma sistematizada, organizada. Assim, a construção do novo currículo ocorre em processo, ou seja, cada unidade educacional planejada no novo currículo da FAMEMA é programada, executada, e re-programada para o ano letivo seguinte. Isto permite uma evolução constante.

O desenvolvimento curricular deve ser permanente em uma Instituição, sem que ela tenha obrigatoriamente que evoluir aos saltos e somente em "reformas curriculares". A ABP pode constituir-se, além de uma metodologia

ativa de ensino – aprendizagem, em uma estratégia para o desenvolvimento curricular permanente.

Na FAMEMA, com a elaboração de unidades educacionais organizadas segundo os sistemas orgânicos, os ciclos de vida, ou as apresentações clínicas, conforme o quadro 2 na página seguinte, houve a necessária flexibilidade que permite o ajuste de cada unidade pelo grupo de docentes de diversas disciplinas que participam de sua construção ano a ano (KOMATSU et al., 1997; ZANOLLI et al., 1997). Os subsídios para a análise dos ajustes necessários vêm da avaliação das unidades educacionais segundo estudantes e tutores.

A primeira unidade, Introdução ao Estudo da Medicina, tem 8 semanas de duração (KOMATSU; ZANOLLI, 1997), e para as demais são previstas 6 semanas.

Quanto às unidades referidas como de apresentações clínicas, temos que uma apresentação clínica (MANDIN et al., 1995) deve: representar uma comum ou importante forma em que um paciente, grupo de pacientes, comunidade ou população apresente-se de fato ao profissional de saúde, situação em que, espera-se do graduado adequado desempenho; ser importante e substancial o bastante para garantir necessariamente uma abordagem interdisciplinar, cobrindo uma extensa área do conhecimento.

Quadro 2 – Unidades Educacionais das 4 séries iniciais do Curso de Medicina da FAMEMA em 1999

1.a série						
<i>Introdução ao Estudo da Medicina</i>	<i>Ataque e Defesa</i>	<i>Implicações do Crescimento Celular e Diferenciação</i>	<i>Pele e Tecidos Moles</i>	<i>Locomoção</i>	<i>Sistema Nervoso</i>	
<i>Interação Comunitária</i>						
2.a série						
<i>Sistema Cardio-Vascular</i>	<i>Sistema Respiratório</i>	<i>Sistema Renal</i>	<i>Sistema Digestório</i>	<i>Sistema Hemato-lógico</i>	<i>Sistema Endocrino-Lógico</i>	<i>Eletivo</i>
<i>Interação Comunitária</i>						
<i>Habilidades Profissionais</i>						
3.a série						
<i>Mente e Cérebro</i>	<i>Prática Baseada em Evidência</i>	<i>Reprodução e Sexualidade</i>	<i>Eletivo</i>	<i>Nascimento, Crescimento e Desenvolv.</i>	<i>Envelhecimento</i>	<i>Introdução às Apresentações Clínicas</i>
<i>Interação Comunitária</i>						
<i>Habilidades Profissionais</i>						
4.a série						
<i>Eletivo</i>	<i>Apresentações Clínicas 1</i>	<i>Apresentações Clínicas 2</i>	<i>Apresentações Clínicas 3</i>	<i>Apresentações Clínicas 4</i>	<i>Apresentações Clínicas 5</i>	<i>Apresentações Clínicas 6</i>
<i>Interação Comunitária</i>						
<i>Habilidades Profissionais</i>						

Os eletivos referem – se a estágios de livre escolha de cada estudante desde que de interesse comum do estudante e do Programa (o

professor responsável pela série, o orientador do estudante, e o coordenador do curso devem estar concordes com a área de eleita pelo estudante), com duração de 6 semanas na 2ª, 3ª e 4ª séries, além do Internato. Objetiva –se proporcionar uma flexibilização curricular máxima nestes eletivos que permitam a cada estudante personalizar sua capacitação, aliando oportunidade e interesse.

Uma coordenação central do Programa faz-se necessária para monitorização e supervisão de todas as atividades desenvolvidas e das modificações necessárias. Tal coordenação deve ter vínculo estreito com uma equipe de avaliação dos estudantes e do programa.

O desenvolvimento curricular deve necessariamente ser orientado por diretrizes maiores como as propostas no Brasil pelo Conselho Nacional de Educação, que na área de saúde tiveram importante contribuição das propostas apresentadas pela Associação Brasileira de Educação Médica e pela Rede UNIDA (1998).

Na FAMEMA desenvolvemos um programa de ensino – aprendizagem, centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade. Há uma marca registrada do nosso currículo além da metodologia da ABP: a unidade educacional de Interação Comunitária – IC, que percorre horizontalmente as séries da graduação (SILVA; KOMATSU, 1997; SILVA, 2000).

A Interação Comunitária prevê não somente a utilização do espaço da comunidade para a capacitação de profissionais de saúde, mas a atuação legítima na, com e para a Comunidade. Estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA atuam conjuntamente em grupos com 12 alunos e 1 docente. As ações desenvolvem-se em uma base territorial do Município de Marília, onde prioritariamente cada estudante permanecerá todas as séries, com atividades de complexidade crescente no decorrer da graduação.

Outra unidade educacional horizontal no currículo da FAMEMA é a de Habilidades Profissionais, que trabalha a partir da 2.a série, as habilidades: de comunicação, clínicas e cirúrgicas, com atividades práticas semanais.

O Internato do novo currículo da FAMEMA prevê estágios integrados de saúde do adulto, saúde materno - infantil, emergência e trauma, além de eletivos. O Internato da FAMEMA, realizado na 5ª. e 6ª. Séries, é detalhado no Manual do Internato da FAMEMA (TSUJI; ZANOLLI, 2001).

Tal prática de inserção de estudantes, na comunidade e nos serviços de saúde do Município, pressupõe o desenvolvimento de uma sólida parceria entre a academia, os serviços e a comunidade.

A transição de currículos, e de turmas, com a coexistência do “tradicional” com o “novo” deve ser destacada, visto que, no Projeto FAMEMA 2000 previmos a introdução, série a série, a partir de 1997 do novo currículo com ABP. Assim, há que se referir a somatória de frentes de trabalho no desenvolvimento curricular, na administração do curso, e na avaliação.

A construção do novo currículo da FAMEMA, organizado em unidades educacionais configura uma nova prática interdisciplinar.

Todas as unidades educacionais do novo currículo de Medicina da FAMEMA são fruto de uma atuação interdisciplinar onde 10 a 15 docentes em média, oriundos de diversas disciplinas e com distintas formações, desenvolvem um trabalho de construção dos objetivos da unidade, dos problemas educacionais, da organização dos recursos de aprendizagem e das atividades práticas pré-programadas. Dois dos docentes organizadores da unidade assumem a função de coordenadores do processo, e as equipes de construção das unidades educacionais contam com assessoria pedagógica.

Resulta deste processo a criação de unidades educacionais que não são o reflexo curricular de uma disciplina ou de uma prática unidisciplinar, mas de múltiplas disciplinas, em uma prática interdisciplinar.

Tais unidades educacionais vão oferecer aos estudantes uma nova óptica da aprendizagem baseada em problemas, orientada por uma abordagem integrada de cada situação-problema, de maneira a não persistir na fragmentação de conteúdos impostos, mas favorecer a aprendizagem significativa de cada estudante.

Poderíamos destacar alguns esforços na transformação curricular da FAMEMA: a capacitação docente, a organização de recursos educacionais, e a avaliação.

A capacitação docente na FAMEMA foi impulsionada no contexto do desenvolvimento e da institucionalização do Projeto UNI Marília (LIMA et al.,1996). Foram realizadas oficinas de didática, pedagogia, e sobre ABP com diferentes enfoques. Atualmente concentram – se as atividades na frente de capacitação de docentes (tutores). O maior desafio é sem dúvida a mudança cultural: do processo centrado no professor, em disciplinas, e em departamentos, para centrado (também, e principalmente) no estudante e na aprendizagem.

A integração da dimensão social no currículo de Medicina continua como um desafio para a capacitação de docentes e discentes. Uma análise desta problemática na FAMEMA já foi realizada por Lima (2000).

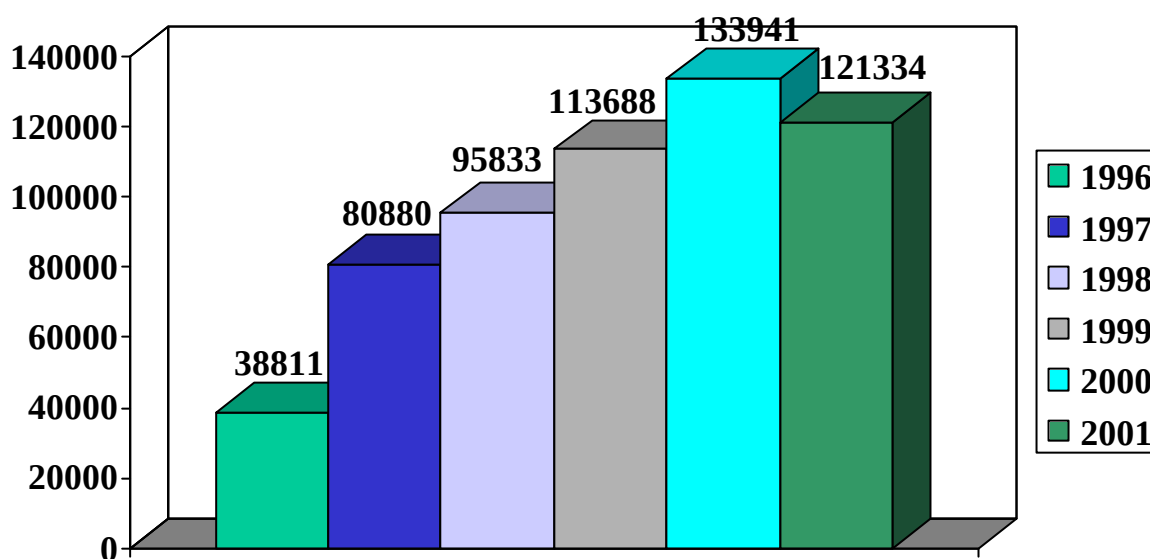
São desenvolvidos programas para formação e aprimoramento de tutores que usualmente iniciam-se com uma oficina de trabalho sobre o processo de tutoria e a ABP, prosseguindo ao longo de 12 semanas em que são abordados temas como dinâmica de grupo, prática baseada em evidências, bioética, e avaliação. O docente ainda assume uma co - tutoria (período médio de 12 semanas) antes de iniciar-se na função de tutor.

Na organização de recursos de aprendizagem em um programa com ABP deve-se privilegiar a criação de ambientes de (auto) aprendizagem. Na FAMEMA os investimentos concentraram – se na Biblioteca, e nos Laboratórios de Aprendizagem (KOMATSU, 1997): Informática, Morfo – funcional (GALBIATTI et al., 2000), e Habilidades Profissionais.

Como se pode ver no gráfico 1, a utilização da Biblioteca da FAMEMA, segundo o demonstrativo de empréstimos e consultas, apresentou um aumento significativo coincidente com a implementação da ABP na 1ª série em 1997 , 1ª e 2ª séries em 1998, e 1ª, 2ª e 3ª séries em 1999, e 1ª a 4ª séries no

ano 2000, o que denota a necessidade da adequação do acervo e da área física como recurso prioritário à metodologia de ensino – aprendizagem.

**Gráfico 1 – Demonstrativo do movimento da Biblioteca da FAMEMA
EMPRÉSTIMOS e CONSULTAS**



Fonte: Biblioteca da FAMEMA.

Notas: 1. Greve em dezembro de 2000; 2. Suspensão do empréstimo domiciliar de periódicos, e falha na coleta de dados em 2001 (sub-notificação).

A avaliação do curso médico propicia informações válidas e oportunas que permitem identificar e corrigir as áreas que requerem atenção, tanto específicas de estudantes e tutores, como do programa, unidades e recursos educacionais, objetivando a melhoria de processos e produtos, dentro do conceito de avaliação formativa. Também é estimulado e favorecido o desenvolvimento da auto-avaliação, da avaliação do trabalho em grupo ou equipe, e da avaliação de tutores (KOMATSU et al., 1998).

Um grupo formado por docentes e representantes dos estudantes responsabilizou-se pelo desenvolvimento da proposta de avaliação buscando garantir e aperfeiçoar a coerência desta com os objetivos educacionais do currículo. Foram construídos documentos e instrumentos objetivando a análise do processo ensino-aprendizagem, do desempenho dos estudantes e das unidades e recursos educacionais.

Os documentos que avaliam o processo ensino - aprendizagem trazem um roteiro para a análise de habilidades e atitudes nos trabalhos realizados para e durante as sessões de tutoria e ao final de cada unidade educacional, aplica-se o exercício de avaliação cognitiva - EAC, para aferição, através de um ensaio modificado com questões escritas baseadas em problemas visando aferir conhecimentos específicos. Outras modalidades de avaliação tais como o exame clínico objetivo estruturado – OSCE, e o mini-OSCE (LIMA, 1999) são utilizados.

O conceito dos estudantes, baseado no seu desempenho em relação aos objetivos educacionais é considerado satisfatório ou insatisfatório. O estudante que obtiver um conceito insatisfatório deve desenvolver programas específicos para melhoria de seu desempenho, de acordo com as dificuldades identificadas. A progressão nas séries somente acontece após a obtenção de conceito satisfatório em todas as unidades daquela série, porém, não impede que o estudante curse as unidades subseqüentes.

A avaliação tem sido efetivamente utilizada na melhoria do processo ensino-aprendizagem e é considerada uma importante ferramenta de

transformação para todos que participam desta construção coletiva (KOMATSU et al., 1998).

A despeito de todas as dificuldades da transformação curricular na FAMEMA, cremos que exista neste momento uma reflexão profunda sobre as práticas docente e discente, o que possibilita uma renovação de valores e parâmetros educacionais, aproximando-os da realidade do mundo que habitamos.

Lembramos que em nossa opinião o sucesso de programas como o da Universidade de McMaster deve-se não somente ao emprego da ABP, mas ao desenvolvimento educacional rumo às reais necessidades da sociedade. Isto leva neste momento as escolas a aproximarem-se e integrarem-se à comunidade, sem o que continuaríamos distantes e isolados da realidade.

Inexiste aprendizagem sem a prática e a realidade. Os problemas de papel devem desafiar e motivar para a prática e a realidade.

Aprendizagem baseada em problemas soma-se e complementa-se com a aprendizagem baseada na prática (BARROWS, 1994) e objetiva atingir plenamente uma aprendizagem baseada na realidade. Somente a realidade integra os objetivos maiores de uma plena capacitação de nossos graduandos ou profissionais (KOMATSU et al., 1998).

Desenvolver permanentemente o currículo passa então a ser a meta do trabalho docente-discente, e trabalhar em equipes interdisciplinares um fato presente e futuro de intensidade e magnitude ditada pelas possibilidades e limites das próprias equipes:

“Uma educação que abraça a interdisciplinaridade navega entre dois pólos: a imobilidade total e o caos. A percepção da importância do passado como gestor de novas épocas nos faz exercer paradoxalmente o imperativo de novas ordens, impelindo-nos à metamorfose de um saber mais livre, mais nosso, mais próprio e mais feliz, potencialmente propulsor de novos rumos e novos fatos. O processo interdisciplinar desempenha um papel decisivo no sentido de dar corpo ao sonho de fundar uma obra de educação à luz da sabedoria, da coragem e da humanidade” (FAZENDA, 1998, p.8).

4.1 A “Unidade 17 – Envelhecimento” do Curso de Medicina da FAMEMA

Esta unidade educacional, a 17ª. Unidade do Curso de Medicina da FAMEMA, propõe-se a iniciar uma primeira aproximação mais sistematizada rumo à discussão da questão envelhecimento / idoso no currículo, sendo desenvolvida ao longo de 6 semanas, em um módulo interdisciplinar com 2 sessões de tutoria semanais, atividades práticas, uma conferência semanal. Ocorre em paralelo com as unidades educacionais horizontais de Interação Comunitária (4 horas semanais) e Habilidades Profissionais (4 horas semanais), como na semana típica abaixo (quadro 3):

Quadro 3 : Semana Típica da Unidade 17 – Envelhecimento em 1999

Período	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Tutoria	Habilidades Profissionais	Conferência	Tutoria	Habilidades Profissionais
Tarde	*	Interação Comunitária	**/ *	*	**/ *

* tempo pró-estudo do aluno

** 4 atividades práticas pré-programadas da unidade que ocorrem ao longo de 6 semanas (divisão em grupos)

A organização da unidade ocorreu em 1999 com a participação de 1 professor responsável (médico clínico e geriatra, com especialização em administração hospitalar e de sistemas de saúde, mestre em epidemiologia clínica e doutorando em educação, diretor de graduação e chefe da disciplina de Geriatria e Gerontologia), 5 colaboradores (assistente social com experiência em trabalho com idosos institucionalizados no Canadá; psicóloga, mestre e doutoranda em educação, desenvolvendo tese sobre envelhecimento e

com experiência em psicologia hospitalar; assistente social, com experiência em saúde mental e terapia de grupo de idosos; geneticista, doutor em ciências, pesquisador da biologia molecular e genética da doença de Alzheimer; e médico geriatra e mestrando em reabilitação, assistente da disciplina de Geriatria e Gerontologia), e da assessoria pedagógica de especialista do Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde – NUTES da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, de consultor de educação de profissões de saúde, Professor de Pediatria e Medicina Intensiva Pediátrica da Universidade de McMaster, Canadá, e de consultor de educação de profissões de saúde, Professor de Bioquímica da Universidade de McMaster, Canadá.

A Unidade 17 – Envelhecimento foi desenvolvida no ano letivo de 1999, de 27 de setembro a 05 de novembro de 1999.

Foram formulados os seguintes objetivos da unidade 17 – envelhecimento:

Objetivo Geral: Facilitar a aprendizagem de cada estudante participante, permitindo sucessivas aproximações da temática do envelhecimento, em suas dimensões: populacional, biológico-funcional, e psico-social, em uma sociedade que sente os efeitos do envelhecimento, visando o exercício da cidadania e a atuação como agente de mudança dos processos e das práticas em saúde (KOMATSU, 1999c).

Objetivos Específicos (KOMATSU, 1999c):

1. Realizar uma história clínica coerente e um exame físico efetivo do idoso, envolvendo a avaliação de: fatores de risco, convívio familiar e social, perfil de utilização de fármacos, estado mental, capacidade funcional, estado nutricional.
2. Conhecer o papel dos profissionais de saúde, em sua desejável e necessária integração interdisciplinar, no manejo de situações/problemas mais frequentes na atenção ao idoso.

3. Descrever as peculiaridades da farmacocinética e da farmacodinâmica em idosos.
4. Reconhecer clinicamente as entidades patológicas/quadros sindrômicos mais frequentes de alterações do humor-afeto, da cognição, e do comportamento em idosos.
5. Reconhecer as bases fisiopatológicas do desenvolvimento das incapacidades resultantes da: dor crônica, incontinência, alterações da percepção visual e auditiva, deambulação, comunicação, e as propostas e limites da reabilitação.
6. Identificar os estressores psico-sociais frequentes em idosos: perdas, incapacidade, aposentadoria, mudanças ambientais e de vida, e manifestações clínicas de ansiedade, depressão, alcoolismo e uso de drogas, a eles associados.
7. Conhecer as possibilidades e desafios para o suporte ao familiar/cuidador de pacientes idosos crônicos.
8. Analisar as conseqüências sociais do envelhecimento populacional brasileiro para a definição das políticas previdenciária e de saúde.
9. Realizar uma avaliação baseada nas evidências científicas existentes sobre os potenciais benefícios do uso de: cosméticos, "antioxidantes", hormônios e anabolizantes.
10. Analisar como os hábitos de vida (exercícios, dieta, inserção social, lazer e trabalho) repercutem sobre o processo do envelhecer.

Recursos educacionais foram destacados no “Caderno da Unidade 17 – Envelhecimento”: Biblioteca: alguns livros-texto gerais encontram-se disponibilizados na Biblioteca, assim como periódicos gerais, folhetos, bases de dados, dissertações, teses, etc. além de separatas / monografias / folhetos para consulta (relação na recepção da Biblioteca da Famema). Páginas de acesso pela Internet American Geriatrics Society (veja por exemplo, "Position statments, papers and guidelines", e os links com outras páginas, além do "health-related federal government websites"): <http://www.americangeriatrics.org/> , revistas médicas com acesso eletrônico gratuito a textos completos ("full text"), incluindo diversos sobre envelhecimento, Geriatria e Gerontologia, com possibilidade de busca de artigos segundo assunto, ou autor, ou fascículo : Canadian Medical Association Journal (CMAJ) (Canadian Medical Association): <http://www.cma.ca/> , British Medical Journal (BMJ) (British Medical Association): <http://www.bma.com/> , American Family Physician (American Academy of Family Physicians): <http://www.aafp.org/> ; páginas na Internet de órgãos públicos brasileiros para informações sobre o sistema de saúde e demografia: <http://www.datasus.gov.br/> , <http://www.ibge.gov.br/> , <http://www.seade.gov.br/> (KOMATSU, 1999c).

As atividades práticas pré-programadas visando o desenvolvimento de habilidades profissionais específicas incluíram: “Particularidades do Exame Clínico do Idoso I”, envolvendo as noções gerais da anamnese e exame físico do idoso, “Cuidados na aferição da pressão arterial da pessoa idosa”, “Particularidades do exame clínico do idoso II”, com a realização do Mini-Exame do Estado Mental – MMSE, que avalia a cognição do idoso, aplicação da Escala de Depressão Geriátrica - EDG-15, que avalia a probabilidade da pessoa idosa estar com síndrome depressiva (depressão), e do Índice de Katz, que avalia a independência na realização de atividades da vida diária (KOMATSU, 1999c).

Também as atividades específicas de habilidades de comunicação foram realizadas envolvendo a discussão sobre a “A entrevista

gerontológica: um encontro com a pessoa idosa”, que envolveu a utilização de entrevistas com paciente simulado gravadas em fita de vídeo, produzidas pela própria equipe da FAMEMA (KOMATSU, 1999c).

As atividades práticas no Ambulatório de Geriatria da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da FAMEMA oportunizaram a cada estudante a observação / atendimento supervisionado de pacientes, discussões com ênfase em semiologia, fisiopatologia, e abordagem diagnóstica e terapêutica, com uma equipe multiprofissional (médico clínico, médico geriatra, psicólogo, assistente social) e interdisciplinar.

As conferências da Unidade 17 – Envelhecimento do ano letivo de 1999, foram realizadas conforme o quadro 4 (KOMATSU, 1999c) .

Os resumos dos problemas utilizados nesta unidade educacional são apresentados no quadro 5 (KOMATSU, 1999c).

A avaliação do estudante na Unidade 17 constou como nas demais avaliações das unidades educacionais verticais da FAMEMA da aplicação do formato 3 (desempenho do estudante nas sessões de tutoria) e do exercício de avaliação cognitiva – EAC.

Os tutores avaliam o desempenho de cada estudante do grupo de tutoria e preenchem o formato 3 (anexo 6, p.197), e os organizadores da Unidade formulam questões para o EAC (anexo 7, p.198), que constou de um ensaio modificado com uma parte A com 2 problemas e 4 perguntas com resposta longa, e uma parte B com 3 problemas e 9 perguntas de resposta curta.

Dos 72 estudantes, 4 foram considerados insatisfatórios no formato 3, e recuperaram o desempenho em sessões de tutoria na Unidade subsequente, e 16 foram considerados insatisfatórios no 1º. EAC, receberam uma prescrição segundo as áreas que requeriam a atenção do estudante, e alcançaram o conceito satisfatório no 2º. EAC (anexo 8, p.204). Os estudantes podem realizar até três EAC em cada unidade educacional, e o conceito satisfatório é obtido com a totalidade das questões do exercício avaliadas como satisfatórias.

A totalidade dos estudantes finalizou o ano letivo de 1999 com o conceito satisfatório na Unidade 17.

Quadro 4 – Conferências da Unidade 17 – Envelhecimento em 1999

29/09/99	Envelhecimento populacional e suas repercussões
06/10/99	Senilidade e Senescência: as tênues divisas entre a fisiologia e a fisiopatologia do envelhecimento.
13/10/99	Terapêutica clínica no idoso Mesa Redonda
20/10/99	Biologia do envelhecimento
27/10/99	Bioética e a terminalidade da vida
03/11/99	Déficits cognitivos e síndromes demenciais

Quadro 5 – Resumo dos problemas educacionais utilizados na**Unidade 17 – Envelhecimento em 1999****Maria**

A paciente Sra. Maria, 76 anos, do lar, viúva há 5 anos, acompanhada de sua filha Ana, comparece a uma consulta em unidade básica de saúde com a queixa de quedas: 4 episódios nos últimos 4 meses, que levaram a lesões corto-contusas e escoriações diversas em membros superiores e inferiores, e na face...

José

José, 68 anos, casado há 48 anos, pedreiro aposentado há 3 anos, vem ao ambulatório de Geriatria acompanhado dos filhos que referem um quadro progressivo de "esquecimento"...

Pedro I e II

Pedro, 65 anos, ferroviário aposentado há dez anos, casado, procura o médico geriatra acompanhado do filho, queixando-se que há 10 meses vem apresentando edema de membros inferiores, e tendo episódios de falta de ar aos esforços (como caminhar 500 metros em terreno plano, ou 100 metros em alicate).

Isabel

Isabel, 70 anos, viúva há 6 anos, do lar, procura uma médica pois tem dor pelo corpo todo "há mais de 5 anos", o que atribui a uma possível "osteoporose, que deve estar acabando com os meus ossos" (sic)...

Flora

Flora, 50 anos, procura um médico geriatra preocupada com a "chegada da terceira idade". Casada há 31 anos, 3 filhos adultos e independentes, professora aposentada há 2 anos, atualmente cuida do lar e desenvolve atividades filantrópicas: "sou de clubes de serviços e ajudo a casa do pequeno cidadão"...

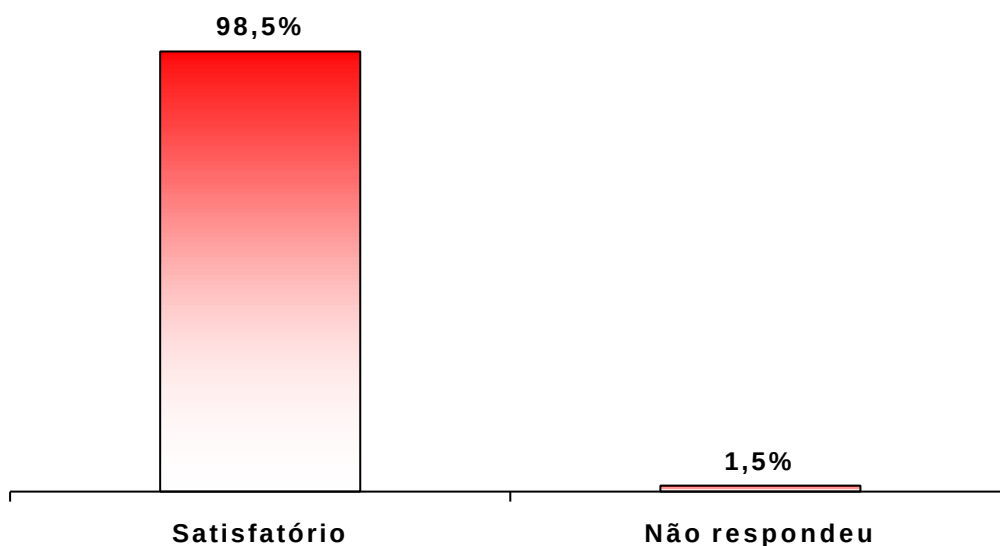
4.2 A avaliação da “Unidade 17 – Envelhecimento”: olhares do estudante

A avaliação do Programa de Medicina da FAMEMA envolve a avaliação de estudantes, de docentes (tutores), de unidades educacionais e estágios do internato. Para cada documento, segundo suas características, a Equipe de Avaliação do Programa da FAMEMA realizou um determinado tratamento para análise dos dados (FAMEMA 1999a; FAMEMA, 1999b).

A maioria das avaliações destacou que os objetivos foram apresentados de modo claro, sendo considerados relevantes, abrangentes, abordando tópicos importantes da Geriatria e Gerontologia, nas dimensões bio-psico-sociais. Foi também destacado que os objetivos foram naturalmente cumpridos com a abertura dos problemas, não ocorrendo dúvidas em relação a interpretação dos mesmos. Foi possível a articulação entre as disciplinas. Por outro lado, algumas avaliações apontaram que não houve abordagem de alguns conteúdos como incontinência urinária, farmacologia, biologia e fisiologia do envelhecimento e endocrinopatias. Além disto, o objetivo relacionado às alterações visuais e auditivas não foi possível ser cumprido, pois a unidade que trata especificamente destes conteúdos ainda não foi iniciada. Neste sentido, foi feita uma recomendação para que a Unidade de envelhecimento ocorra após a Unidade de Introdução às Apresentações Clínicas (FAMEMA, 1999b).

O gráfico 2 apresenta a distribuição percentual do conceito dos estudantes sobre os objetivos da Unidade 17.

Gráfico 2 - Distribuição percentual do conceito de estudantes (n=66) sobre os Objetivos Educacionais, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.



Problema "Maria"

Dos 66 formatos entregues, 32 não responderam este campo aberto. A maioria dos que o fizeram, considerou o problema inteligente e estimulante, pois permitiu o levantamento de causas para quedas e a busca do diagnóstico (FAMEMA, 1999b).

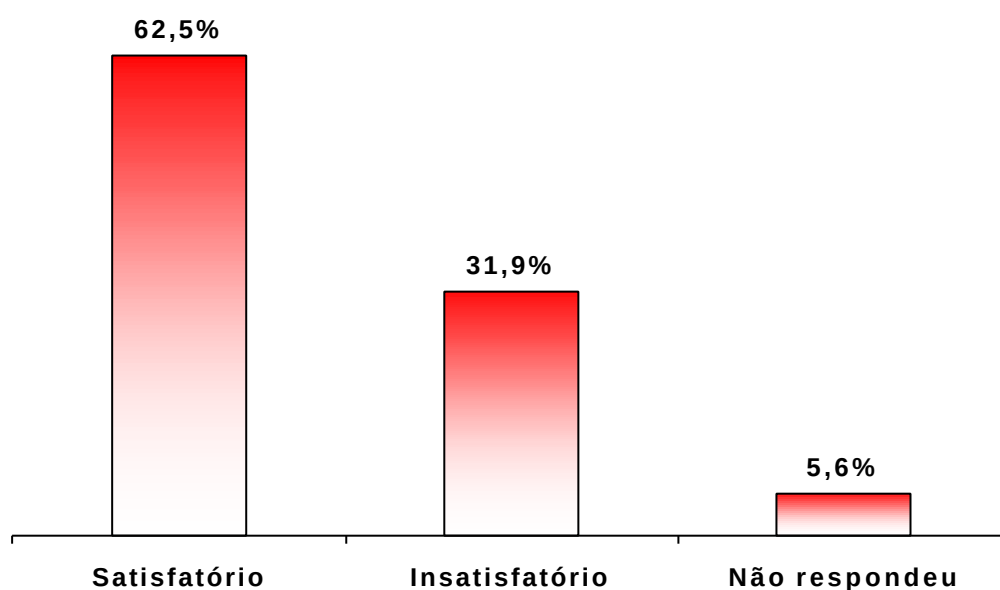
Foi considerado claro na redação e apresentação de dados, tendo abordado um tema relevante à unidade e possibilitado o estudo de aspectos farmacológicos, oftalmológicos, hematológicos e osteoporose. Revelou deficiências no conhecimento de neuroanatomia e neurologia clínica dos estudantes (FAMEMA, 1999b).

Possibilitou a abordagem do contexto psicossocial principalmente relacionado à institucionalização do idoso.

Como fragilidades foram apontadas: o não alcance da abordagem dos aspectos visuais nas habilidades profissionais, e o uso abusivo de abreviações dificultando o entendimento do problema. Sugeriram a inclusão de

unidades métricas na apresentação de resultados dos exames, peso, altura e antecedentes pessoais da paciente (FAMEMA, 1999b).

Gráfico 3 - Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Maria, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.



Problema "José"

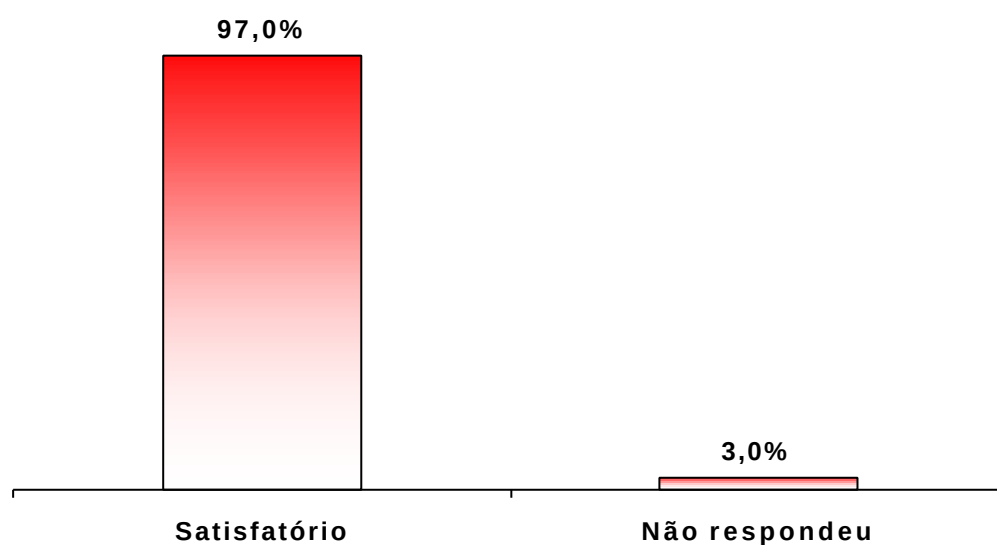
Dos 66 formatos entregues, 36 não preencheram o campo aberto destinado à análise qualitativa deste problema.

A maioria das avaliações realizadas focalizou o conteúdo abordado pelo problema. Considerou ter sido possível estudar mecanismos de memória, sono e fármacos utilizados para idosos, principalmente em relação à doença de Alzheimer. Permitiu a abordagem de causas, fisiopatologia, meios diagnósticos e tratamento de demência e a revisão de neuroanatomia e neurofisiologia. Foi considerado relevante e, pertinente em relação aos objetivos

da unidade; a redação foi clara e os dados favoreceram a discussão de aspectos bio-psico-sociais, principalmente relacionados ao papel do cuidador (FAMEMA, 1999b).

Como aspectos frágeis, foi relacionado o uso de abreviações, que dificultou o entendimento, e foi colocado um questionamento: "Os geriatras nunca erram?". Uma das avaliações apontou que a doença Alzheimer restringiu o "brainstorm" (FAMEMA, 1999b).

Gráfico 4 - Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema José, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.



Problema “Pedro - Parte I”

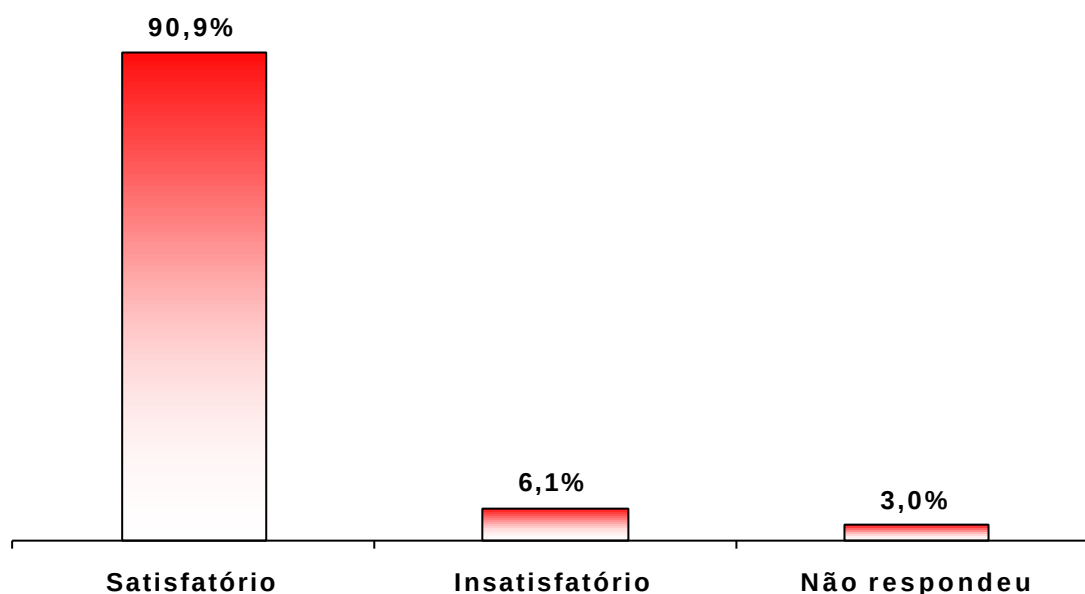
Dos 66 formatos entregues, 27 não responderam o campo aberto para análise qualitativa deste problema.

A maioria das avaliações realizadas pelos estudantes que preencheram o campo ressaltou o desenvolvimento do raciocínio clínico e a articulação entre sinais, sintomas e fisiopatologias que o problema possibilitou realizar. Permitiu discussão diagnóstica, o estudo do exame físico do idoso, farmacologia, ICC, problemas prostáticos, e foi considerado estimulante pelo suspense e incentivo à pesquisa (FAMEMA, 1999b).

Foi considerado claro na redação, possibilitando a abordagem de aspectos bio-psico-sociais.

Como fragilidades, foram apontadas: a pouca profundidade na apresentação do ECG, ausência de unidades de medida nos resultados dos exames laboratoriais, a abordagem de uma morbidade pouco freqüente (atípica) e poucos dados relacionados ao hipotireoidismo. Houve um questionamento sobre a pertinência do enfoque diagnóstico para esta série (FAMEMA, 1999b).

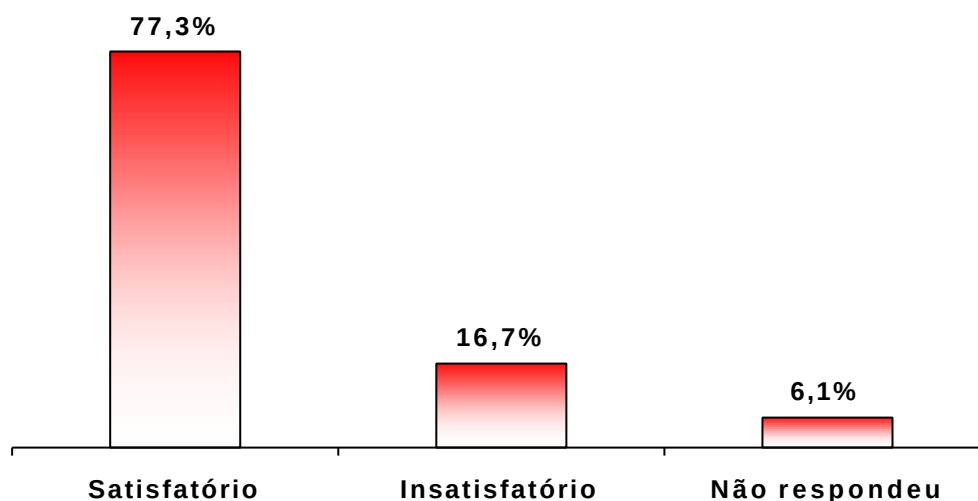
Gráfico 5 - Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Pedro - Parte I, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.



Problema "Pedro - Parte II"

Dos 66 formatos, 29 foram preenchidos para avaliação qualitativa deste problema. Várias avaliações repetiram as análises realizadas para o problema Pedro – Parte I. Algumas avaliações apontaram como desnecessária utilização de um problema só para fechamento do Pedro - Parte I. Outros consideraram ter havido pouco estímulo à discussão e aprendizagem, faltando explorar a integração bio-psico-social (FAMEMA, 1999b).

Gráfico 6 - Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Pedro II, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.

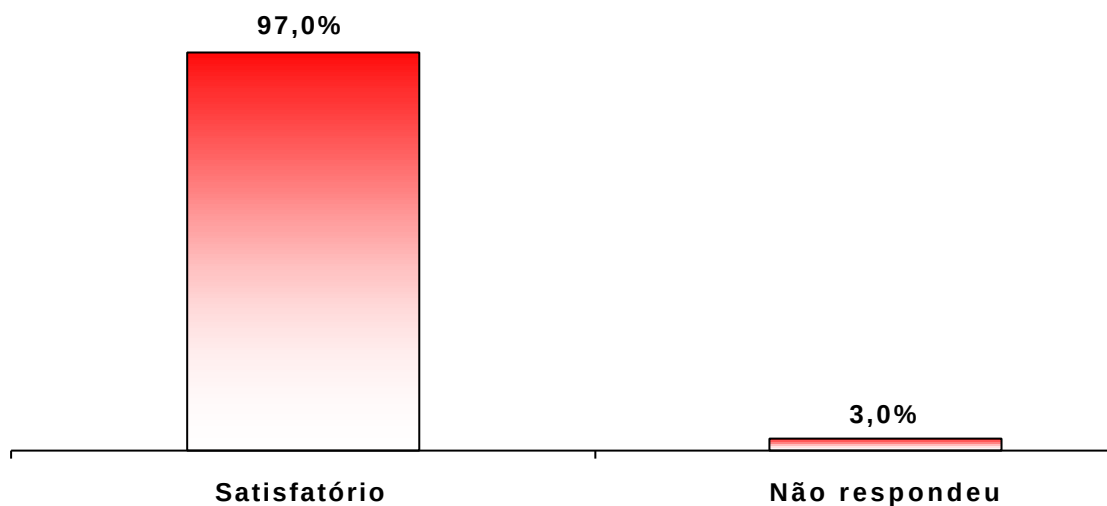


Problema "Isabel"

Dos 66 formatos entregues, 39 não preencheram este campo. Os que o fizeram ressaltaram como pontos positivos deste problema a clareza e adequada elaboração e a pertinência do tema em relação aos objetivos da unidade. Foi considerado estimulante, possibilitando a abordagem do sistema osteomuscular (fibromialgia e osteoporose), depressão e iatrogenia (FAMEMA, 1999b).

Como fragilidades apontaram que um assunto muito específico bloqueia a exploração de outras possibilidades diagnósticas; houve pouca exploração de questões psicológicas (pouca relação entre o sofrimento de Isabel e a morte do marido) e sociais (repercussões na vida de Isabel). Houve um questionamento em relação à dose usada da Nortriptilina e os resultados obtidos (rápida progressão do quadro) (FAMEMA, 1999b).

Gráfico 7 - Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Isabel, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.

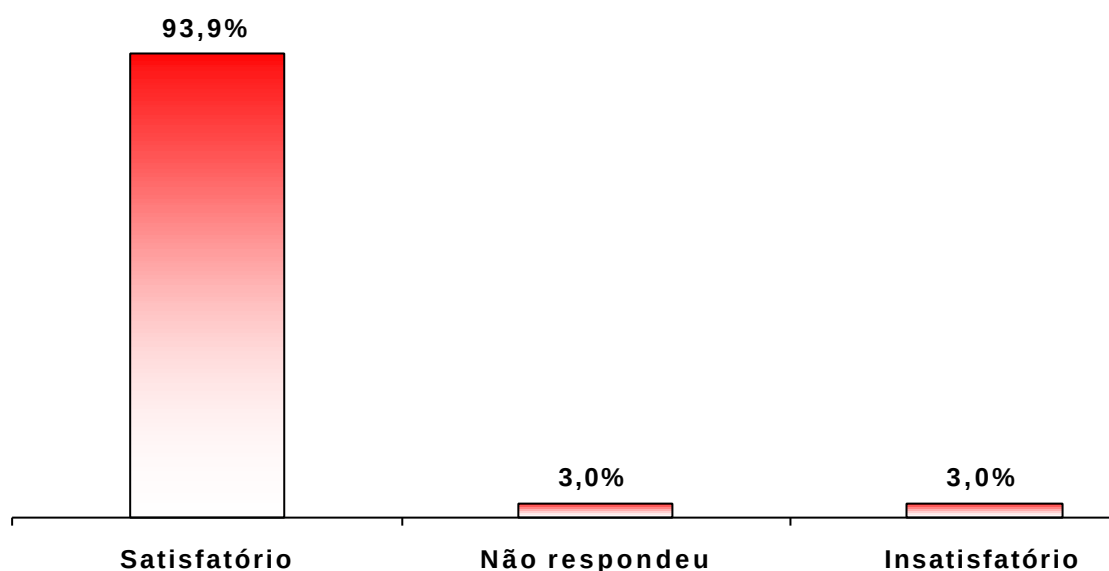


Problema "Flora"

Dos 66 estudantes que entregaram o formato, 34 não preencheram este campo. O problema foi considerado bem elaborado e com clara apresentação dos dados. Permitiu a abordagem de aspectos normais do envelhecimento, da medicina ortomolecular (radicais livres e antioxidantes), a busca do rejuvenescimento e o medo de envelhecer, possibilitando discutir "mitos" e questões éticas (FAMEMA, 1999b).

Como pontos negativos foram referidas: a dificuldade na abertura do problema (por não haver uma patologia) e a pouca relevância do tema (por estar fora da realidade da população brasileira) (FAMEMA,1999b).

Gráfico 8 - Grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação ao problema Flora, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.



Olhar do estudante: a Biblioteca da FAMEMA e a Unidade 17

Acervo da Biblioteca da FAMEMA

A maioria dos estudantes não utilizou este espaço para avaliação.

Os poucos comentários realizados foram pontuais e referiram-se à limitação dos livros encontrados e a pouca disponibilidade dos slides procurados.

A filmagem das conferências foi considerada importante para revisão dos conteúdos e assim como os periódicos que supriram as necessidades de estudo (FAMEMA, 1999b).

Pesquisa na Biblioteca da FAMEMA

A maioria dos estudantes não utilizou este espaço para avaliação.

Os comentários realizados referiram-se à necessidade de um maior número de impressoras na Biblioteca. Foi destacada a dificuldade para se encontrar artigos provenientes das pesquisas em bancos de dados e para se encontrar exemplares de revista BMJ em função da desorganização da estante (FAMEMA, 1999b).

Os gráficos 9 a 11 apresentam o grau de satisfação dos estudantes em relação à Biblioteca como recurso educacional para Unidade 17.

Gráfico 9 - Percentual de conceito satisfatório das avaliações dos estudantes (n=66) sobre o acervo da Biblioteca, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.

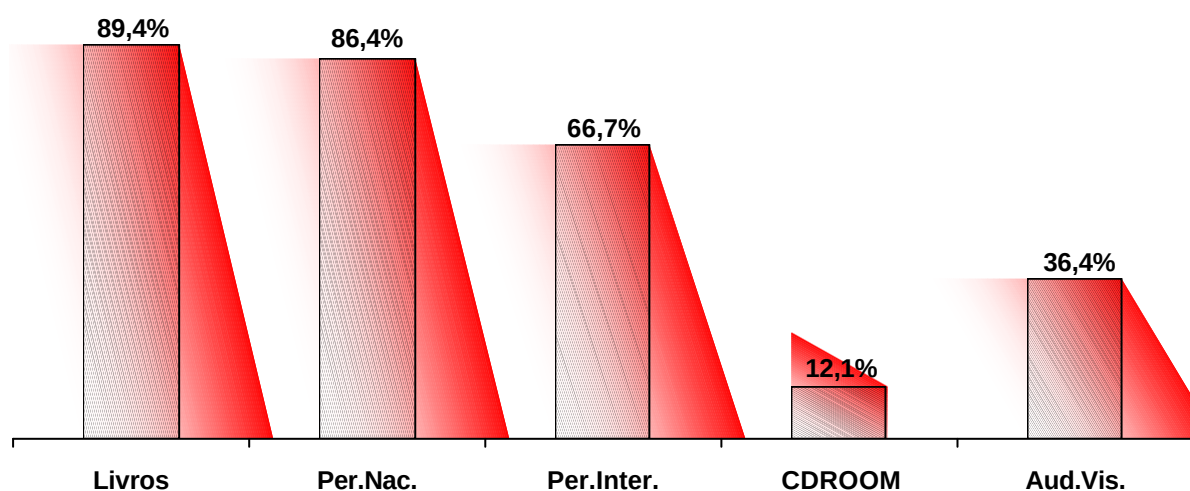


Gráfico 10 - Percentual de conceito satisfatório das avaliações dos estudantes (n=66) sobre pesquisa, Biblioteca, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.

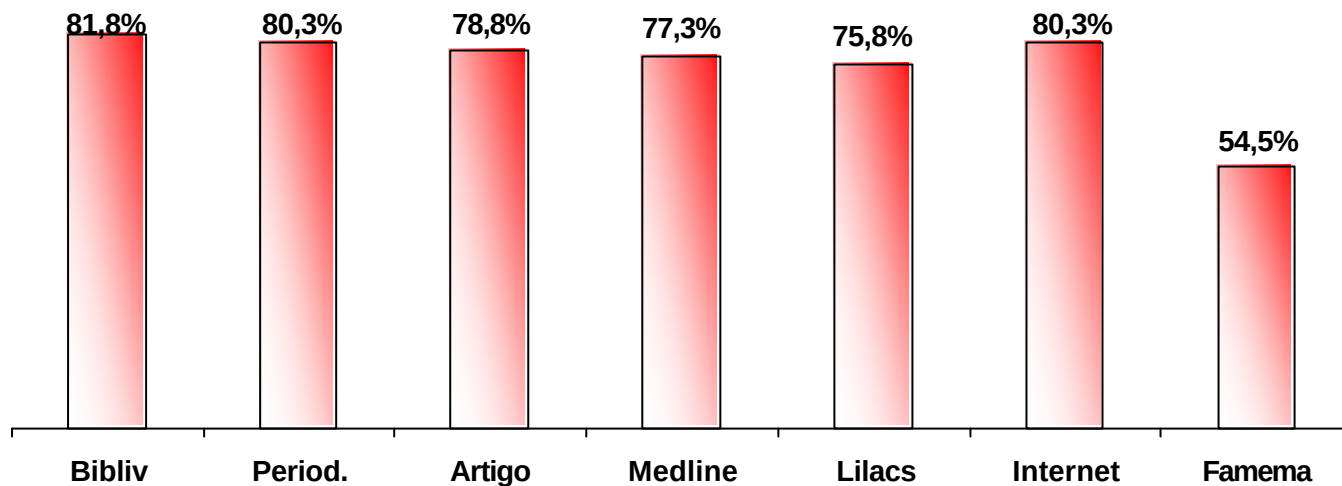
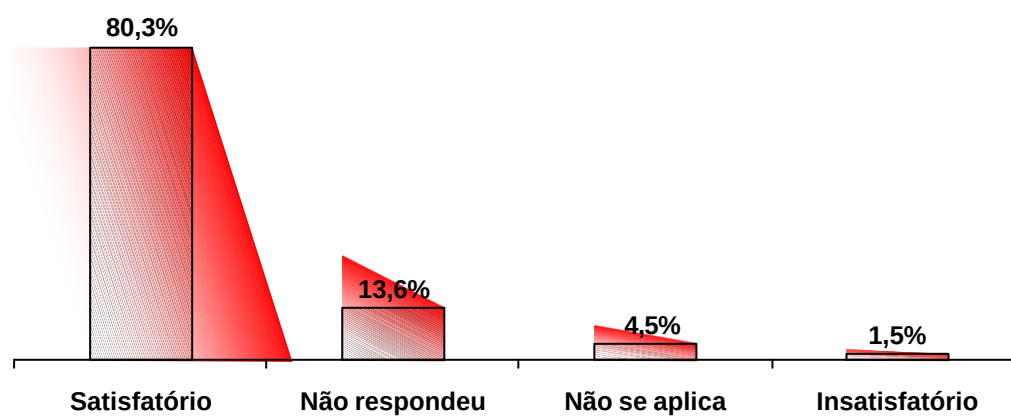


Gráfico 11 - Distribuição percentual do grau de satisfação dos estudantes (n=66) em relação à Biblioteca, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.



Olhar do estudante: o Laboratório Morfo-funcional da FAMEMA e a Unidade 17

Acervo do Laboratório Morfo-Funcional

A maioria dos estudantes não utilizou este espaço para avaliação.

As avaliações realizadas focalizaram o material encontrado, apontando a pouca quantidade disponível com temas referentes à unidade. Foram realizadas sugestões para aumentar fitas de vídeo, slides e serem descritos no início da unidade (FAMEMA,1999b).

Pesquisa no laboratório Morfo-Funcional

Três estudantes utilizaram este espaço para avaliação e apontaram a não utilização do recurso, exceto pelas fitas de vídeo, além de reforçarem a dificuldade na assistência dos monitores na biblioteca (FAMEMA,1999b).

Gráfico 12 - Distribuição percentual do conceito das avaliações dos estudantes (n=66) sobre organização, e apresentação do material do Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.

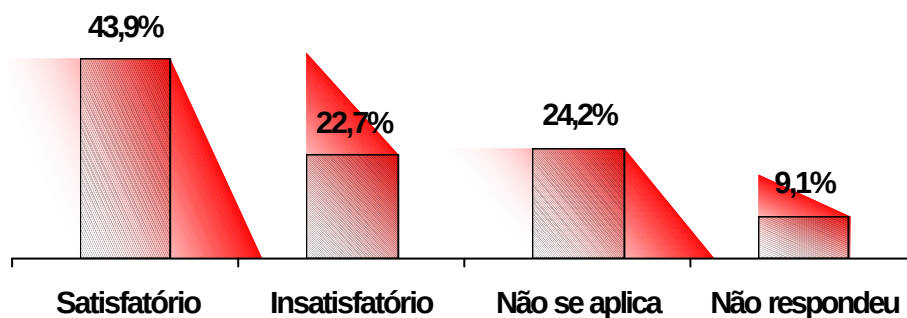


Gráfico 13 - Distribuição percentual do conceito dos estudantes (n=66) sobre a relevância do Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.

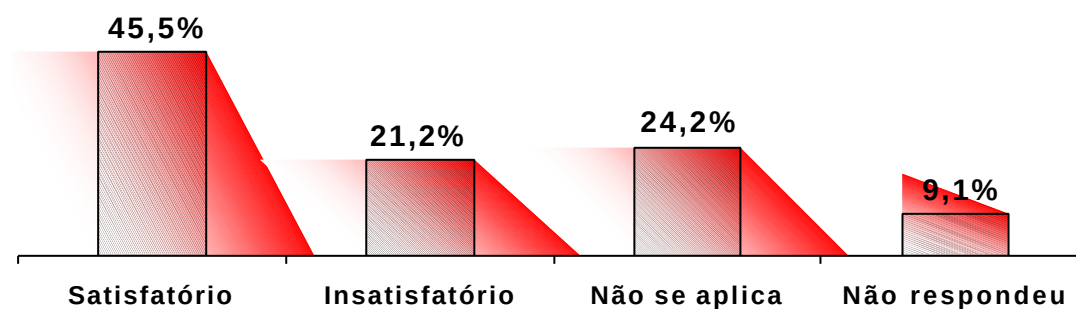


Gráfico 14 - Distribuição percentual do conceito dos estudantes (n=66) sobre a disponibilidade do Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.

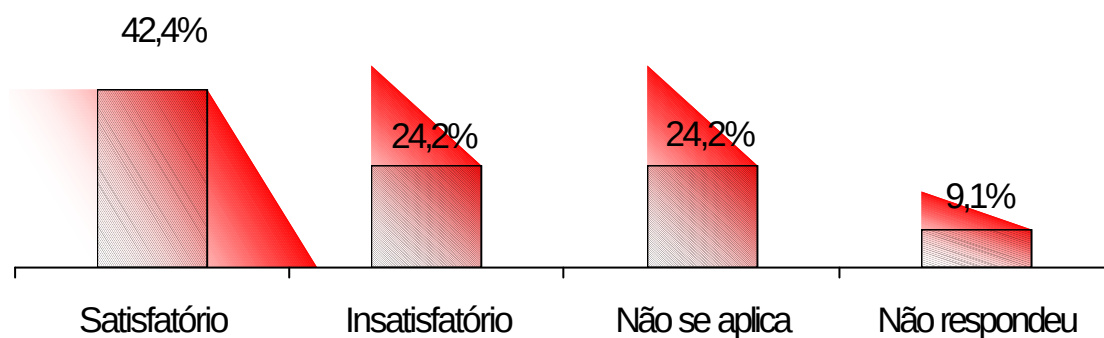


Gráfico 15 - Distribuição percentual do conceito dos estudantes (n=66) sobre a orientação no Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.

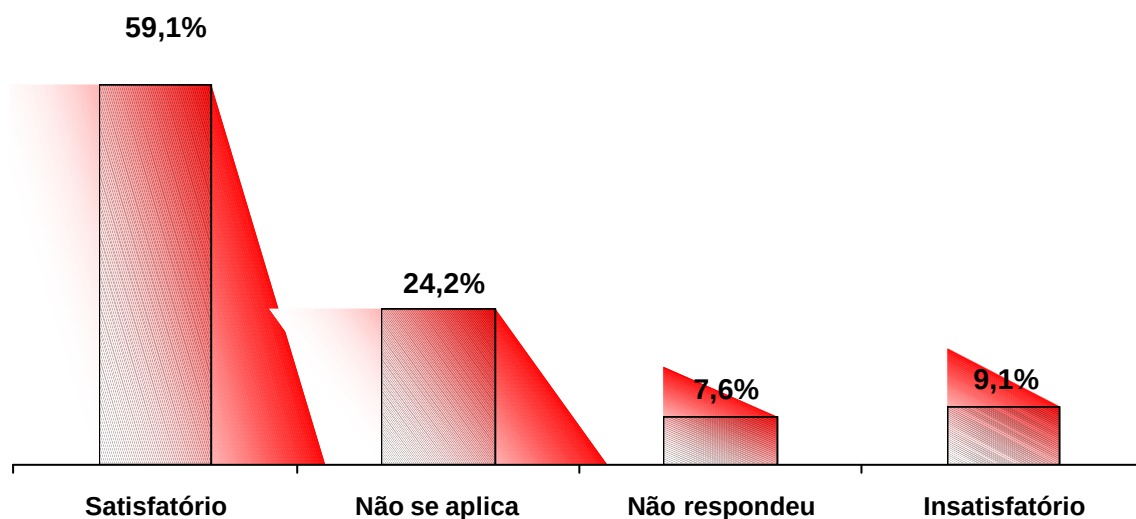
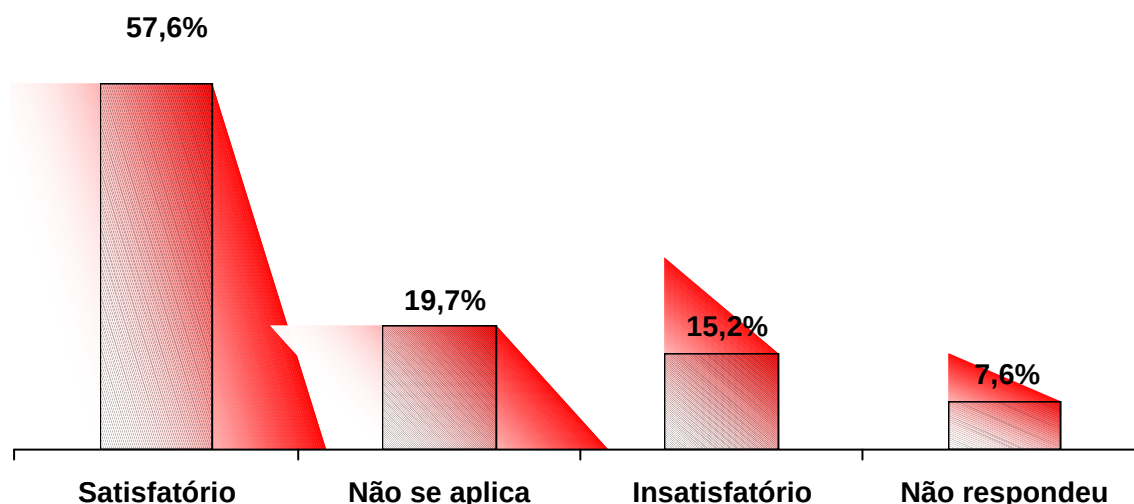


Gráfico 16 - Distribuição percentual do conceito dos estudantes (n=66) sobre o grau de satisfação do Laboratório Morfo-funcional, Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.



Olhar do estudante: as conferências da Unidade 17

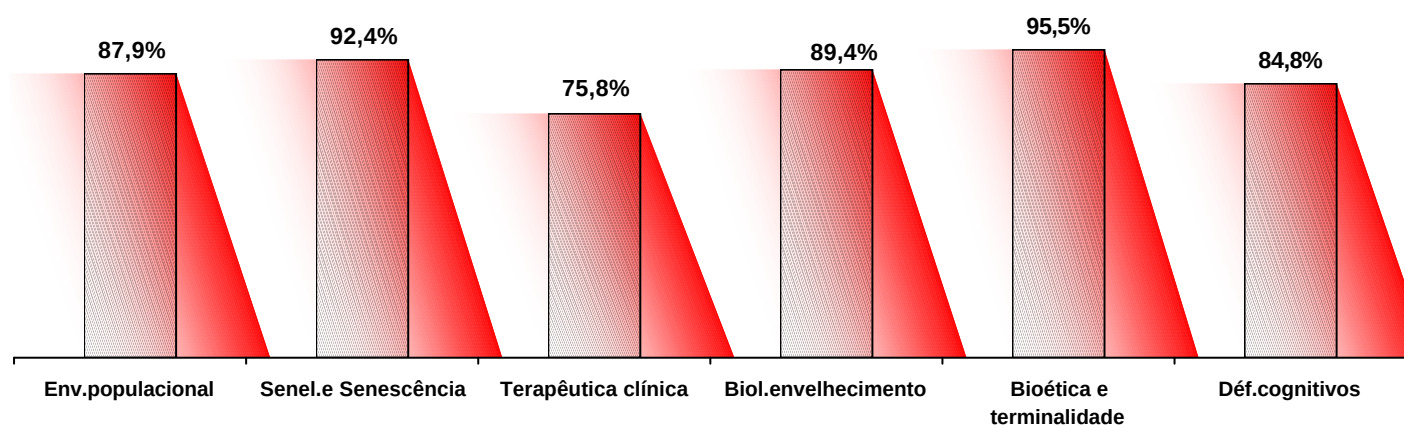
Boa parte dos estudantes avaliou a maioria das conferências como excelentes, produtivas, objetivas, abordando temas importantes, bem escolhidos, pertinentes aos objetivos da unidade, bem organizadas e relevantes, tanto de tema quanto de conteúdo, estimulando os estudantes a procurarem mais informações. A maioria dos palestrantes foi considerada didática e muito qualificada (FAMEMA, 1999b).

Boa parte dos estudantes também enfocou algumas conferências como pouco atrativas, pouco objetivas, desgastantes, ora um pouco superficiais, ora com muita profundidade em determinados aspectos. Outros as consideraram pouco atualizadas, acrescentando pouca informação ao conhecimento dos estudantes, não correspondendo às expectativas e não despertando muito interesse. Foi sugerida uma melhor abordagem de terapêutica

clínica no idoso, explicando na prática, o papel da equipe multidisciplinar e as diferenças na farmacocinética e farmacodinâmica no idoso. Também foi apontado que mesa redonda não dá certo, pois cada um fala 50 minutos e não acrescenta nada aos estudantes. Vários estudantes não preencheram este campo (FAMEMA, 1999b).

O gráfico 17 mostra o grau de satisfação dos estudantes em relação a cada conferência em particular.

Gráfico 17 - Distribuição percentual do conceito satisfatório dos estudantes (n=66) sobre as conferências da Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.



Olhar dos estudantes: consultorias

A maioria dos estudantes não preencheu este campo. Alguns estudantes apontaram a não realização de consultorias. Foi sugerido que a faculdade deveria estimular mais os estudantes a consultarem os professores, pois o que foi aprendido com o Dr."X" , dificilmente poderia ser explicado por um livro ou artigo qualquer (FAMEMA,1999b).

Olhar do estudante: as atividades práticas da Unidade 17

O entusiasmo dos estudantes com o ambulatório e a atividade prática foi o principal aspecto observado nas avaliações realizadas.

Foi uma atividade considerada proveitosa para a comunicação, semiologia e genética. Permitiu conhecer o idoso institucionalizado, a polifarmácia do idoso, aspectos psicossociais, vida prática, visão prática do envelhecimento e os ambulatórios de oftalmologia. As atividades práticas foram consideradas por alguns estudantes como tendo sido em pequeno número, desorganizadas e que deveriam ser também coordenadas pelos responsáveis pela unidade (FAMEMA, 1999b).

8.1.8 Olhar do estudante: outros comentários

A maioria dos estudantes não preencheu este campo. Foi apontado que, de um modo geral, unidade foi muito boa, com objetivos bem especificados, problemas envolvendo todos os objetivos e ótimas conferências, sendo considerada uma das unidades de melhor qualidade. Foi enfocado também que foi uma unidade muito extensa para ser vista em 6 semanas, que poderiam realizar maior número de encontros no ambulatório de geriatria e que os estudantes deveriam participar de ambulatórios específicos em todas as unidades (FAMEMA, 1999b).

8.1.9 Olhar do estudante: a organização da Unidade 17

A maioria dos estudantes apontou a unidade como impecável, coerente e pertinente, desde a apresentação da unidade até o final e mostrou que é possível se fazer uma unidade organizada, demonstrando integração entre os membros responsáveis, proporcionando oportunidade e tranquilidade para o alcance dos objetivos educacionais propostos. Foi enfocada a preocupação dos organizadores em apresentar algo que estimulasse os estudantes e preenchesse o que realmente é necessário saber sobre envelhecimento (FAMEMA,1999b).

Alguns estudantes acrescentaram apenas que deveriam ter sido planejadas mais atividades práticas e que os problemas poderiam ser mais condensados. Um comentário apontou que o maior problema dessa unidade foram os feriados que tornaram o desenvolvimento da unidade muito corrido (FAMEMA,1999b).

Os gráficos 18 e 19 apresentam o percentual de conceito satisfatório em relação à organização da unidade e à unidade de modo geral.

Gráfico 18 - Distribuição percentual de conceito dos estudantes (n=66) sobre a organização da Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.

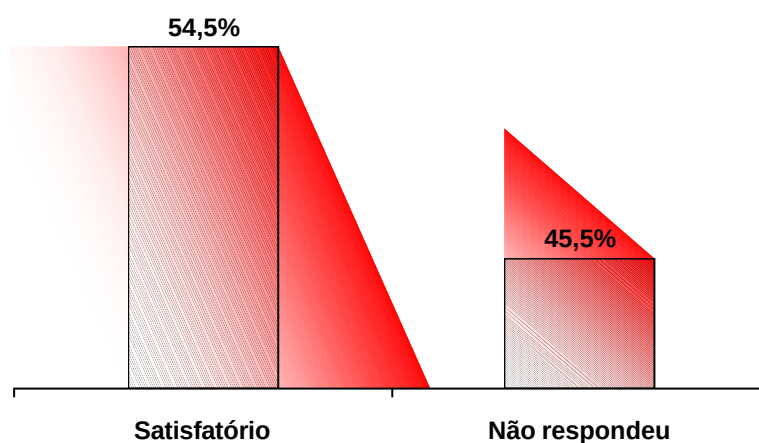
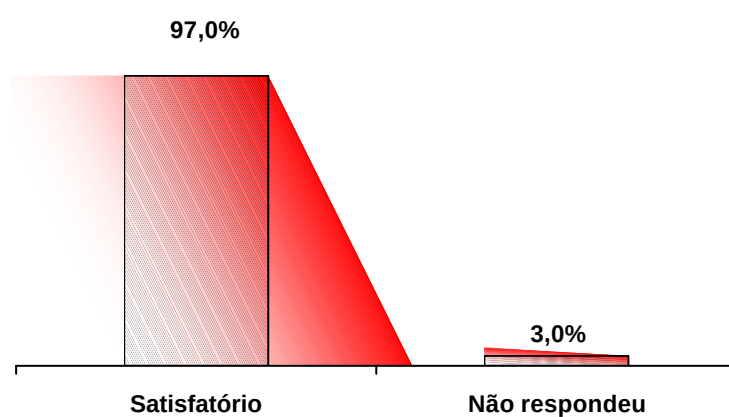


Gráfico 19 - Distribuição percentual de conceito dos estudantes (n=66) sobre a avaliação geral da Unidade 17, Curso Médico, 3ª série, 1999.



CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO: UM OLHAR SOBRE OS OLHARES

5. Resultados e discussão: um olhar sobre os olhares

Analisar as percepções e representações de estudantes de Medicina e dos seus pacientes idosos envolve lançar um olhar do pesquisador sobre os olhares destes sujeitos da aprendizagem e dos cuidados com a saúde.

Resulta um encontro de olhares sobre a ABP na FAMEMA e a sensibilização para os cuidados com os idosos: a sensibilização primeira estaria no plano do olhar, para então perceber, e representar.

Segue-se um diálogo com os sujeitos desta pesquisa, seus dados já tratados, informações, e a análise do pesquisador numa vertente interpretativa de fenômenos tão complexos e dinâmicos como a aprendizagem e a atenção à saúde do idoso.

Cada corpo de análise traz seus temas depreendidos das falas dos sujeitos: estudantes e pacientes.

5.1 O estudante e a aprendizagem sobre o idoso

5.1.1 Os olhares dos estudantes ao final da 4ª. série em 2000

Neste corpo de análise pudemos identificar os temas: 'a aprendizagem', 'os cuidados especiais com os idosos, e 'os preconceitos' nas respostas dos estudantes.

5.1.1.1 Tema: A aprendizagem.

A complexidade do 'ser médico' e a 'aprendizagem sobre o idoso' já é denotada nas respostas ao questionário dos estudantes da 4ª. Série em 2000.

Há consenso na resposta dos estudantes de que a 'Unidade 17 – Envelhecimento' contribuiu para o desenvolvimento pessoal do estudante, o que corrobora com a avaliação bastante positiva feita pelos mesmos ao final desta Unidade em 1999.

Os estudantes caracterizaram a 'Unidade 17 – Envelhecimento' nas respostas ao questionário como uma unidade ampla, abrangente, bem elaborada, estimulante, que integrou conhecimentos teóricos importantes, teve problemas bem escritos, possibilitou uma visão mais humana sobre a velhice, permitiu conhecer o processo de envelhecimento e suas vertentes: biológica, psicológica e social, explorou as doenças mais freqüentes, o perigo da polifarmácia, as iatrogenias, possibilitou discutir casos, participar do ambulatório e visitar o asilo, propiciou uma visão mais ampla dos problemas do idoso no Brasil.

Os estudantes, quando questionados sobre se a relação teoria-prática foi adequada no decorrer do ano letivo de 2000, integrando aspectos teóricos levantados e trabalhados na Unidade 17 à prática desenvolvida ao longo da 4ª. Série, responderam afirmativamente, porém, relataram aspectos tais como: "na saúde do adulto vimos poucos casos que envolviam o envelhecimento" (QE9) em contradição com "quando passei na saúde do adulto a maioria dos pacientes era de idosos" (QE10), fatos que podem denotar a pouca especificidade da atenção ao idoso oferecida no contexto da 'saúde do adulto' na atenção primária do município de Marília, ou mesmo nos problemas das unidades de 'Apresentações Clínicas':

"A 4ª. Série trabalhou muito pouco a questão do envelhecimento, abordando somente câncer, diabetes, hipertensão" (QE40).

Como estas doenças são de ocorrência freqüente em idosos, os estudantes valorizam com esta resposta o enfoque dado à doença, e não ao doente, ao câncer, diabetes ou hipertensão, e não ao idoso.

Também ficou evidente que "a parte prática vivenciada na Unidade 17 foi muito superficial, com relação à parte teórica houve melhor aproveitamento" (QE14), e que "houve pouca prática durante a unidade para um assunto tão complicado" (QE41), o que demonstra a dissociação teoria e prática no currículo da FAMEMA, ou seja, não alcançamos ainda esta integração, ou a melhor interação teoria-prática na visão dos próprios estudantes.

O incremento das atividades todas que aproximem o estudante da prática é desejável, pois somente a prática e a realidade podem propiciar uma aprendizagem através da experiência, da vivência, na terminologia de língua inglesa: *experiencing*. É onde a reflexão sobre a prática cria a oportunidade de transformá-la em benefício dos indivíduos e da sociedade.

Por outro lado, "os temas abordados condiziam com os encontrados na rede" (QE18), e "a prática nas unidades básicas de saúde e nas unidades de saúde da família está muito ligada a pacientes adultos e idosos, que têm problemas que vão além do biológico" (QE45), confirmando que a nosologia apresentada nos problemas da unidade vinha ao encontro com a prática clínica com os idosos na atenção primária, assim como a intenção da exploração de outras dimensões que não somente a biológica: social e psicológica.

Sobre se a Unidade 17 contribuiu para o desenvolvimento de competências para 'aprender a aprender', a esmagadora maioria dos estudantes respondeu que sim, pois esta unidade "permitiu aprimorar ainda mais as buscas de informações relevantes para a aprendizagem, pois os problemas davam abertura às buscas de artigos especializados como a vacina para idosos" (QE4), "estimulou

a pesquisa em revistas mais atualizadas” (QE5), “permitiu que eu tivesse curiosidade” (QE6).

Os estudantes que disseram que a Unidade 17 não contribuiu para o ‘aprender a aprender’ responderam que “a Unidade 17 não apresentava estímulo para a busca de novas maneiras para se procurar as dúvidas apresentadas pelo estudante, como artigos e/ou Internet” (QE9), “na Unidade 17 eu já estava habituada a procurar os recursos educacionais, sendo que não me acrescentou nada nesse aspecto” (QE11), ou “isso eu já havia aprendido desde o 1º. Ano” (QE47).

As limitações ao entendimento do ‘aprender a aprender’ surgem nas respostas ao questionário aplicado embora em pequena ocorrência.

Isto mostra uma reminiscência do pensamento tradicional de ‘aprendizado’, daquilo que é ‘aprendido’, em contraposição à ‘aprendizagem’, um processo permanente ao longo da vida onde sempre estamos ‘aprendendo’ e ‘apreendendo’.

A proposta da aprendizagem ao longo da vida colocada pela ABP na FAMEMA encontra aqui uma forte contraposição: ‘eu já aprendi’, um repente de tradicionalismo dentre os estudantes inovadores.

Quanto ao desenvolvimento de competências para saber pensar os estudantes afirmaram que “os problemas proporcionavam raciocínio clínico” (QE1), “aprendi a lidar com pacientes com várias patologias e a raciocinar soluções para esses problemas” (QE6), “problemas bem elaborados ajudam o estudante a raciocinar” (QE16), permitiu “principalmente em relação à ‘medicina ortomolecular’ a crítica de práticas ditas médicas sem a corroboração científica ou mesmo moral” (QE25) concluindo que “do idoso você descobre que às vezes o óbvio nem sempre é o correto” (QE7).

Saber pensar aqui parece ter estimulado respostas em senso mais estrito ao saber pensar médico, clínico, e ao raciocínio fisiopatológico, diagnóstico e terapêutico:

“Os problemas da Unidade podem desempenhar um papel importante dado que continham uma história, [e] exame físico rico, estes ajudam a abrir o raciocínio” (QE12).

“A Unidade nos desenvolveu raciocínio por ser específica de problemas da 3ª. Idade. Assim, desde a consulta até o tratamento era voltada para esta população” (QE10).

Tal ânsia pelo ‘saber pensar clínico’, avançando do raciocínio crítico para o raciocínio epidemiológico-etiológico era esperada nesta fase de transição para o Internato, o estágio profissionalizante da 5ª. e 6ª. Séries.

Aspectos relevantes à terapêutica clínica do idoso, correspondendo à outra ansiedade esperada nesta fase: saber tratar, foram mencionados pelos estudantes como fruto do saber pensar:

“Passei a pensar melhor sobre a associação de medicações, levando em consideração o custo, dificuldades dos velhos se lembrarem dos horários da medicação, interação medicamentosa, etc.” (QE11).

Os estudantes estariam realmente avançando no saber pensar? O conjunto das respostas aponta que sim. Pelo fascínio da descoberta, guiada pela curiosidade epistêmica, despertada pela pergunta de pesquisa, gerada pela discussão em grupo do problema proposto, seguida da busca ativa de dados, que analisados criticamente transformam-se em informações que possibilitam a construção do conhecimento significativo.

5.1.1.2 Tema: Os cuidados especiais com os idosos

Questionados sobre saber cuidar, os estudantes destacaram que “esta unidade enfocou bem o lado humano dos pacientes, representados pelos idosos” (QE4), “a unidade permitiu conhecer o idoso como ser humano e, como lidar com eles” (QE6), “o idoso necessita de cuidados especiais” (QE14), “um relacionamento médico-paciente influi na adesão ao tratamento” (QE5), é “quando se percebe as dificuldades e a responsabilidade com o cuidar de idosos” (QE16), portanto “foi uma unidade muito importante principalmente pelo contato que se tem com o cuidador do idoso, ou a dificuldade da falta dele” (QE26)

Uma resposta afirmativa: “a unidade deu embasamento muito bom teórico sobre cuidar” (QE29), e uma resposta negativa: “não, isso só acontece com a prática” (QE41), merecem uma análise.

O embasamento teórico “muito bom” sobre cuidar, mas será que o aprender a cuidar só se atinge na prática? Na verdade o próprio cuidado é uma prática concreta, uma ação, interação, mas provocar a reflexão sobre o cuidado é ‘embasar’, ou ele pode ser um ato de cuidar? Cuidar de como se pensa o Homem, a sociedade, o mundo, a educação, a saúde e sua promoção: o próprio cuidado.

Busca da concretização do cuidado, sem excesso, obsessão, nem carência, descuido (BOFF,1999).

A ABP é um pensar a aprendizagem numa perspectiva diferenciada que visa saber cuidar melhor da (própria) educação.

Os efeitos e desdobramentos positivos da ‘Unidade 17- Envelhecimento’ no desenvolvimento pessoal dos estudantes são ratificados por respostas tais como:

“No meu eletivo eu acompanhei um casal que morava num porão da casa dos filhos [um lugar úmido e sem sol]. Isto fez-me resgatar com o grupo de saúde a importância do cuidador na evolução dos pacientes idosos, bem como propor meios para que tal situação mudasse” (QE56).

Incomodar-se com situação de vida das pessoas, refletir com a equipe de saúde, resgatar a importância do cuidador, e sobretudo, propor encaminhamentos aos problemas da vida e da saúde das pessoas é uma expectativa freqüente, porém pouco tangível nos currículos na área de saúde. O encontro de olhares mais sensíveis e sensibilizados às questões da vida das pessoas, e dos idosos, nos indica que estamos rumando para a direção correta frente às mudanças curriculares propostas na FAMEMA.

Respondendo sobre se a Unidade 17 contribuiu no decorrer da 4ª. Série para resgatar o humano em nossas práticas, os estudantes disseram que “reconhecer o idoso como um ser humano que requer cuidados especiais foi essencial para a aprendizagem” (QE6), e que “nos ambulatórios vivenciar o acompanhamento, entender o idoso, o cuidador e dar suporte para [...] ajudá-los” (QE1), foi uma ação importante.

Contudo, “os problemas de papel, por melhor que sejam, não conseguem descrever o sofrimento que algumas doenças e o próprio sistema de saúde infligem ao paciente” (QE18), surgindo com o confronto com a prática uma compreensão maior da realidade vivida pelos pacientes, inclusive uma percepção mais próxima da realidade dos serviços e do sistema de saúde.

O choque com a realidade oferecido no contato cotidiano com os serviços da atenção primária na 4ª. Série também fez com que se avaliasse de fato a condição de vida, a condição humana de cada paciente:

“Este ano [na 4ª. Série], o choque com a realidade foi maior que o esperado. No ano passado [em todas as unidades] não era possível avaliar o aspecto humano adequadamente” (QE18).

Limitação do 'problema de papel' da ABP, ou da formulação do 'problema de papel'? Qual a concepção de vida, saúde-doença, sociedade, mundo, do formulador do problema ou da equipe de planejamento e desenvolvimento da unidade educacional?

Em discussão os paradigmas que filtram os nossos olhares. Predomínio da concepção biomédica da doença "disease", que desconsidera "illness", a concepção própria do paciente sobre a sua doença.

O predomínio da concepção médica calcada na estrutura e função do corpo humano que em desequilíbrio determina uma anormalidade: a doença "disease", versus "illness" ou a enfermidade tal qual ela é percebida e vivenciada pelo paciente, com suas interpretações próprias, sua cultura, sua lógica, seu pensamento, sua experiência psico-social (KLEINMAN, 1981).

Há uma necessidade do desenvolvimento de uma crescente sensibilidade do estudante de Medicina para temas culturais, especialmente para a perspectiva dos pacientes, em relação à doença manifesta por eles, o que implica numa atitude mais reflexiva com relação ao papel da cultura na Educação Médica (HELMAN, 1997).

A expectativa da 'cura' estava presente em relatos que tratavam de problemas crônicos como a depressão e as limitações e dificuldades que se impunham aos idosos:

"Os problemas giravam muito em relação à depressão no idoso, suas limitações e dificuldades de novas adaptações. Mostrava-nos o tempo inteiro que se não escutássemos o paciente e prestássemos atenção aos seus problemas, todo o trabalho de cura seria em vão" (QE2).

Como se resgatar o humano, implicasse na cura de todos os males e sofrimentos, nesta "fase bem delicada da vida; uma fase de reflexão e arrependimento ou de saudades" (QE5), uma fase em que se discute "assuntos polêmicos como a morte, o cuidador, cuidados com idosos e seus medos" (QE10).

A representação da 'cura' como busca obstinada da Medicina persiste desde a mitologia grega, como se Panacéia eternamente preponderasse sobre a sua irmã Higéia, ambas filhas de Asclépio.

Para a doença entendida no sentido de "disease", esperamos sempre a cura, enquanto que para a doença no sentido de "illness" temos a esperança da recuperação, da cicatrização de um ferimento, de reabilitação, onde nem sempre curar sobrepõe-se a cuidar: cuidar torna-se tão, ou mais importante que curar.

Cuidar implica em oferecer atenção, dedicar carinho, compartilhar o tempo, buscar confortar, priorizar quem é cuidado, devotar suas ações, prevenir agravos, lutar para reabilitar, buscar os recursos possíveis, não medir esforços, nem perder a esperança.

A impotência do médico frente à doença incurável, às limitações do paciente e as suas próprias, ao medo da morte, de ambos, mas possibilidade que freqüentemente está mais próxima do paciente, são todas percepções já adquiridas pelo estudante de Medicina que inicia um diálogo com o paciente idoso, que por sua vez traz um interlocutor: o cuidador informal, um membro da família que cuida do idoso, ou um cuidador profissional, alguém contratado para prestar cuidados ao idoso que não mais desempenha sozinho as suas atividades da vida diária.

Esta intermediação não é fácil: o cuidador pode tornar-se um obstáculo à efetiva relação com o idoso, mas por outro lado, a sua falta em determinadas circunstâncias, como com idosos de alta dependência, pode ser desastrosa.

A percepção dos estudantes realmente já estava mais aguçada para os aspectos humanos da relação profissional médico em formação-paciente:

"Acho que se os idosos vêm procurando mais que uma medida de PA [pressão arterial] e uma receita e nos

sensibilizamos com isso, é importante generalizar e estender o mesmo tratamento para todos que nos procuram” (QE8).

“Talvez a vontade de não ter a mesma situação do paciente faz com que o médico tente ajudar o paciente e se essa conduta for adotada como um todo sem diferenciação nas distintas faixas etárias é possível resgatar o humano” (QE13)

Aqui, a experiência de um contato mais humano com o idoso sensibilizou também um contato mais humano com os pacientes de uma maneira em geral, uma meta do currículo da FAMEMA.

5.1.1.3 Tema: Os preconceitos.

Já ‘a vontade de não ter a mesma situação do paciente’ idoso denota o medo de envelhecer, adoecer, morrer. Velhice tratada como uma realidade incômoda (BEAUVOIR, 1970), indesejada.

Sentimentos como dó, carinho e respeito foram manifestos em relação aos pacientes idosos:

“Talvez um sentimento de dó, ou carinho, ou talvez respeito com a pessoa idosa permita a nossa maior compreensão e tolerância dos problemas que os idosos enfrentam” (QE8).

Ao mesmo tempo em que a palavra dó nos lembra compaixão, nos aviva o sentimento de lástima, tristeza, dor, luto. Tenho dó de quem precisa: o idoso necessita de carinho, e é por isso que eu ofereço carinho e respeito.

É só o idoso que necessita de carinho e respeito? Não! Nem tampouco deve ser por dó que eu compreendo e tolero os problemas que os idosos enfrentam. Aqui se revela o senso comum em relação ao idoso: tenha dó de quem envelhece! Um olhar e uma percepção do envelhecer ainda carregada de preconceito, que dó!

Da mesma forma que existe o racismo, o sexismo, a homofobia, há o ageism, uma discriminação das pessoas única e exclusivamente porque elas são idosas, num processo de sistemática estereotipagem do velho, um fenômeno complexo que vem sendo discutido pelas sociedades que envelhecem e cujos cidadãos têm sentido os efeitos desta discriminação (COHEN, 2001).

Cabe-nos reconhecer, detectar e combater todo tipo de discriminação: racial, social, cultural e etária. E a sensibilidade para a diversidade de crenças, culturas, modas, estilos de vida, tem que ser desenvolvida nos lares e nas escolas, pois o mundo clama por profissionais que sejam capazes de compreender as necessidades das comunidades e de seus indivíduos.

Qual é o papel do médico, qual é a 'parte apenas médica' de um problema complexo da pessoa idosa que vive só?

"Eu atendi alguns pacientes que na terceira idade estavam sozinhos e não tinham condições financeiras para fazer o tratamento preconizado. Talvez qualquer outro profissional considerasse isso como um problema do paciente, pois a parte dele era apenas médica. No nosso ambulatório o médico se preocupa com isso, e só se deu por satisfeito após ter tentado resolver o problema do paciente" (QE56).

A sensibilização com os problemas reais dos pacientes idosos por parte dos profissionais de saúde, e o trabalho colaborativo em equipe empregado na tentativa de melhor gerenciar os problemas dos pacientes idosos foi mencionado nas referências feitas pelos estudantes ao Ambulatório de Geriatria da FAMEMA.

Foi na prática ambulatorial “que a relação médico-paciente trouxe ‘na pele’ as particularidades de ser idoso” (QE20). E sentir esta proximidade com o problema real, não mais o ‘problema de papel’ da ABP, foi fundamental para o resgate do homem-humano em cada idoso e em cada estudante.

Quando os estudantes tratam da relação médico-paciente, eles se apercebem da proximidade desta relação com a que eles já mantêm com os pacientes, assumindo gradativamente o ‘papel de médico’, em vestes próprias, o avental ou a roupa branca, colocando-se lado a lado com os ‘próprios’, em suas salas de consulta.

A ABP propiciou oportunidade de um olhar mais humano para o idoso e para os pacientes, para as pessoas.

Um efeito da ABP? Não acreditamos que somente da ABP. Há ABP de variados matizes. O que define sua possibilidade de mudança efetiva da interação das pessoas é o projeto político-pedagógico e sua concretização num currículo real que promova a transformação dos sujeitos: docentes e discentes.

Da intencionalidade do currículo manifesta num documento oficial, o currículo prescrito pela instituição, ao gesto: a ação concreta de desenvolvimento curricular dos professores e estudantes, há um caminho a seguir que nem sempre é retilíneo, plano, e bem traçado, que usualmente é íngreme, e por vezes pantanoso, tortuoso.

Nestas circunstâncias, aferir se a direção educacional na qual seguimos confere com o mapa que temos em mãos é um bom princípio norteador da longa jornada.

Na FAMEMA pudemos constatar que a direção dada ao projeto educacional correspondia com as percepções manifestadas pelos estudantes que terminavam a 4ª. Série e rumavam para o Internato.

5.1.2 Os olhares dos estudantes ao final da 6ª. série em 2002

Neste corpo de análise destacamos os temas: 'o que eu consigo aplicar', 'a discriminação', e 'os futuros idosos', das falas transcritas dos estudantes.

5.1.2.1 Tema: O que eu consigo aplicar.

Nas entrevistas realizadas com estudantes de Medicina dois anos após a aplicação dos questionários, pudemos observar que os mesmos mantinham a avaliação bastante positiva da Unidade 17 e lembravam que "o que ficou da unidade... é o que eu consigo aplicar"(EE1), ou seja, o que foi possível fazer, realizar no ambulatório e depois nas unidades de saúde.

O que se aprende e apreende da ABP são as situações marcantes vivenciadas com os problemas de papel nas unidades educacionais ou com as atividades práticas desenvolvidas nas unidades ou durante o Internato: "a questão do envelhecer não patológico" (EE1), "o que teve de importante (na Unidade 17) foi mesmo o aspecto do envelhecimento, da questão da dependência do idoso [...] poder avaliar o grau de dependência e independência do idoso" (EE8), as principais doenças associadas ao envelhecimento: depressão, demências, osteoporose, quedas, hipertensão arterial, a comorbidade, as peculiaridades da terapêutica clínica.

A Unidade 17 retorna para os estudantes não de uma maneira "que não necessite de uma outra busca [de informações], um outro aprofundamento no caso [do paciente que está à sua frente], mas fica, eu me lembro bastante das atividades ambulatoriais que nós tivemos na Unidade, eu lembro de pacientes" (EE1), o que na verdade constitui um preparo que "ajuda

bastante a você chegar na prática depois na enfermaria, no pronto socorro, ajuda bastante a gente a encarar de uma maneira melhor, não que não tenha um choque, eu acho que acaba existindo de qualquer jeito, mas eu acho que o contato que a gente tem desde o 3º. ano na tutoria dá assim uma noção do que é o paciente idoso” (EE10) mas “à prática, a prática mesmo de como é sentir o atendimento é mais posteriormente mesmo” (EE10).

Algumas dificuldades do processo de ensino-aprendizagem, especificamente nas sessões de tutoria, são lembrados pelos estudantes que confessam que tinham dificuldades:

“Foi um pouco complicado porque a saúde do idoso acaba englobando tudo [...] então [...] [eu] tinha que saber um pouco de tudo para tentar resolver um problema ... eu tinha um pouco de dificuldade no 3º. Ano...eu não conseguia encaixar tudo por faltar um pouco de base [...] nas tutorias eu senti um pouco de dificuldade para tentar englobar” (EE4).

A fragmentação teórica persiste apesar das tentativas de integração e de interdisciplinaridade nos problemas de papel da ABP. Responder na prática aos problemas concretos do Homem é uma necessidade identificada para a busca da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na Educação.

O preparo para a prática é percebido pelos estudantes tanto como uma ocorrência gradual, com sucessivas aproximações, quanto como uma seqüência definida, primeiro a teoria e, depois a prática: “no início temos mais a aprendizagem teórica, as tutorias quando vamos discutir, buscar material sobre o assunto, e depois, no 4º., 5º. ano já temos aplicabilidade do que foi visto nas tutorias” (EE9), “então a gente tem que ter a noção adequada de fisiologia para entender a fisiopatologia” (EE4). A dicotomia teoria e prática é assim reafirmada pelos estudantes.

Na óptica dos estudantes, o contato precoce com pacientes e a falta de conhecimento teórico contribui também para promover experiências negativas:

“No 3º. ano, acompanhando o ambulatório da Unidade uma paciente que tinha demência, e eu conhecia pouco ainda a doença, era muito agressiva, tanto com a acompanhante quanto comigo, me xingava, isto marcou muito, depois conhecendo melhor a doença eu consegui aceitar um pouco mais, mas eu considereei uma experiência negativa, tanto que eu me lembro bem ainda” (EE1).

Mas como integrar teoria e prática? Parece que não temos ainda uma formulação ideal para alcançar uma plena integração teoria-prática nos nossos currículos de graduação.

Uma proposta de exposição o mais precoce do estudante à prática e à realidade, com a teorização da prática, numa práxis não aristotélica (BLACKBURN, 1997), que a considerava distinta das outras duas atividades básicas dos seres humanos: teoria e a poiêsis, ou produção artística, mas numa práxis que busca a aplicação de uma teoria a casos encontrados em uma experiência prática, sem desperdiçar a arte, e com uma reflexão crítica do que deve ser, e não somente no que é.

A incapacidade de superarmos a contradição teoria versus prática estimula novas propostas como a que se encontra em desenvolvimento para a coorte de estudantes que ingressará em 2004 no Curso de Medicina da FAMEMA quando pretendemos teorizar através desta mencionada práxis em busca de desempenhos e competências que permitam a transformação da nossa realidade de saúde-doença, tais como aprender a aprender, saber pensar, resgatar a perda do humano em nossas vidas, e saber cuidar.

As oportunidades de interagir com os pacientes idosos, ao longo do curso de Medicina, foram referidas como suficientes pelos estudantes, “no hospital parece que a gente viu Geriatria e não Clínica (Médica)” (EE14), mas

há uma clara distinção da forma de atenção dispensada em cada local, pois “o idoso é um paciente bastante comum em todos os lugares [...] nos serviços [...] mas a não ser no Ambulatório de Geriatria, falta uma abordagem mais direcionada para o idoso” (EE1).

5.1.2.2 Tema: A discriminação.

O contato bastante freqüente oportunizado ao estudante não assegura um contato sempre adequado com o idoso.

Tal relação com o idoso ainda gera muito medo, receio do pouco conhecido que viremos todos a ser, diferente do medo do desconhecido que nunca seremos: membro de uma outra raça, gênero, nação, cultura.

Gera-se um preconceito distinto do racismo, ou do sexismo. Pior, os estudantes constataam uma discriminação nos serviços de saúde pelo simples fato de ‘ser velho’:

“Ainda há um preconceito muito grande com o velho, e preconceito de colegas de turma, a gente vê que tem uma resistência muito grande em cuidar do velho, em tocar no idoso, em estar manipulando o idoso, já a gente percebe que eles acabam sendo protelados no atendimento. Aonde se pode escolher o paciente, tem gente que prefere não atender o idoso, isto precisa ainda ser melhor trabalhado, e eu acho que é o contato que nos faz perdermos o medo do idoso” [...]

“Já trocamos [fichas de atendimento de idosos nos pronto socorro], pessoas que não têm uma facilidade para lidar [com o idoso] pedem para trocar e a gente acaba trocando” (EE1).

A correção desta situação de discriminação é tratada como difícil, complicada “porque são fatores que são de formação, o próprio âmbito familiar, o convívio que a pessoa tem, a própria imagem que se faz do idoso, mas o que se pode tentar fazer é um contato maior com o idoso, estar sempre mostrando que não tem uma diferença, que ele não merece um atendimento pior que uma outra pessoa por ser idoso” (EE1).

Admitir que esta questão simplesmente vem “de berço”, da família, é fugir de uma discussão sobre a necessária mudança de uma prática discriminatória ao idoso exercida pela sociedade. É necessário que superemos em cada instância o preconceito e a discriminação ao idoso pelo enfrentamento da questão, sem subterfúgios, sem ocultação da realidade existente.

Fora das “ilhas curriculares”, a Unidade 17 e o Ambulatório de Geriatria na 6ª.série, onde os estudantes percebem “um atendimento mais particularizado e individualizado do idoso” (EE6), nas unidades básicas de saúde, enfermarias ou demais ambulatórios não foi possível identificar uma atenção diferenciada num enfoque de “ver o idoso como um todo, mesmo!” (EE13), na sua integralidade, como um cidadão. “É no Ambulatório de Geriatria que você realmente lida com o idoso, porque nos outros ambulatórios é mais difícil, é mais a queixa específica” (EE15), ou seja prepondera a queixa, que representa a “illness” para o paciente, e nem sempre traduz a “disease” para o médico, não prevalece a pessoa.

5.1.2.3 Tema: Os futuros idosos.

Se formos bem sucedidos na vida, todos nós envelheceremos, e seremos um dia “um paciente diferente de outro paciente adulto” (EE9). Tratar do envelhecimento é tratar (também) do (nosso) futuro, do porvir, e “aqui no Brasil, com a realidade que vivemos (envelhecimento populacional), cada vez mais para qualquer especialidade você tem que estar preparado para atender o paciente idoso” (EE9).

Mas será que conseguiremos nos imaginar idosos e nos representarmos velhos? Permitiríamos examinarmo-nos?

Paul Ricoeur (1996), em “Sobre um auto-retrato de Rembrandt”, trata do artista 8 anos antes de sua morte, aos 54 anos, envelhecendo, arruinado e abandonado por seu público, mas que permite examinar-se neste auto-retrato, como a pintar sua própria imagem projetada num espelho, e daí, Ricoeur compara: Narciso ama com amor erótico a sua própria imagem na água e ao abraçá-la, rompe-a; já Rembrandt, ao contrário, mantém distância e escolhe, sem rancor, examinar-se: descrever-se num ‘exame de pintura’ como se fosse um exame de consciência.

Seríamos capazes de fazer tal ‘exame de pintura’ sobre o nosso próprio envelhecimento e imaginarmos o nosso rosto envelhecido num auto-retrato? Ou continuaremos com os nossos olhares narcíseos tentando abraçar nossa eterna imagem da juventude n’água?

Muitas vezes agimos como Narciso, não como Rembrandt, e negamos o envelhecimento, a velhice e o idoso. Professores, estudantes, médicos, pacientes, profissionais de saúde, cuidadores de pacientes, trabalhadores, agimos todos como se fossemos imbuídos da eterna juventude.

Um dos propósitos dos currículos de graduação em Medicina e em todas as áreas deve ser o de sensibilizar o olhar dos estudantes e professores para o envelhecimento e a pessoa idosa, considerando as possibilidades de uma educação para a desconstrução e a reinvenção da velhice: as novas imagens do envelhecimento são expressão de um contexto marcado por mudanças culturais que redefinem a intimidade e a construção das identidades (DEBERT, 1999).

“Eu acho que um dia seremos nós que vamos estar lá numa consulta” (EE13) como pacientes idosos. Permitir imaginar-se nesta situação pode ser um exercício rico para desconstruirmos com estudantes, professores, profissionais, e com os próprios idosos a representação carregada de negativismo e preconceito que temos sobre o envelhecer, problematizando cada episódio crítico vivenciado com os idosos. Para tanto, precisamos estender as ‘ilhas’ que tratam do envelhecimento com uma atenção e cuidado diferenciados para todo o currículo. Esforços de capacitação docente em propostas de educação permanente podem ser úteis em tal propósito de disseminação de uma contracultura sobre o envelhecimento em nossa sociedade.

As expectativas dos estudantes de aprendizagem sobre a saúde do idoso são em geral atendidas pelo currículo da FAMEMA, “principalmente na parte humanística, de formação ética, e no desenvolvimento da relação médico-paciente” (EE3), pois tanto a Unidade 17 na 3ª. série quanto o Ambulatório de Geriatria na 6ª.série contribuíram para o resgate do “clínico médico dos adultos” (EE16), ou seja, do médico que veja em cada paciente uma pessoa que requer e necessita de atenção, um “ser humano como um todo” (EE16).

A formação ética vincula-se neste contexto da educação de médicos, primeiramente ao aprender a aprender, pois sem dados e critérios para a obtenção da melhor informação, da melhor evidência que subsidie cada decisão e ato do profissional de saúde, não há relacionamento ético com o paciente.

Antes mesmo da discussão da bioética dos extremos da vida, no caso da Gerontologia e da Geriatria com a temática da terminalidade da vida, e

dos limites e possibilidades da utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, temos que ter presente a ética das relações cotidianas, interpessoais, vitais ao trabalho em equipe e à atuação interdisciplinar em benefício do paciente e da sociedade.

E também da ética na gestão em saúde, onde os gestores ou profissionais não podem praticar a discriminação sistemática de idosos, com base única e exclusivamente na sua idade, para limitar o acesso dos mesmos, aos serviços de emergência, medicina intensiva, ou aos procedimentos de alto custo.

Os olhares dos estudantes sobre a sua aprendizagem ao final da 4ª. e da 6ª. séries são complementares e, coincidentes, encontram-se. Destacamos nos parágrafos abaixo percepções comuns manifestas pelos estudantes nas respostas ao questionário em 2000 e nas entrevistas em 2002.

A abrangência e adequação da 'Unidade 17 – Envelhecimento' e sua contribuição no desenvolvimento pessoal, de desempenhos e competências para aprender a aprender, saber pensar, resgatar a perda do humano em nossas vidas, e saber cuidar.

A doença é mais representada no currículo do Curso de Medicina que o doente, existindo 'ilhas curriculares' com uma atuação mais condizente com a atenção às necessidades dos pacientes. Ainda a 'disease' prepondera em muito sobre a 'illness'.

Teoria e prática permanecem pouco integradas, às vezes como atividades e temáticas sobrepostas, mas não plenamente sintonizadas, síncronas, e os estudantes percebem e apontam claramente esta situação como uma limitação do currículo.

Nada substitui a prática e o contato direto com a realidade. Os problemas de papel, por melhor que sejam construídos e utilizados nas sessões de tutoria, não superam a vivência real, especialmente para o desenvolvimento de competências para saber cuidar.

O reconhecimento da importância do resgate ao humano na práxis médica nem sempre se manifesta na ação concreta de uma atenção integral

à saúde do idoso. Há ainda o preconceito ao idoso, ao envelhecimento, à velhice, manifesto na forma da discriminação destas pessoas nas unidades de saúde. Um desafio ainda a ser superado.

Como seria de se esperar, a compreensão sobre o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes evolui com o desenvolvimento do currículo do final da 4ª. para o final da 6ª. série.

Sobre a categoria “o estudante e a aprendizagem sobre o idoso”, podemos sintetizar dizendo que os mesmos estão “construindo conceitos e sonhos” (EE7), posto que não há terminalidade na aprendizagem para ‘ser médico’ sensibilizado à atenção da pessoa idosa:

“Eu acho que 6 anos de faculdade é muito pouco para você se rotular como médica[o], eu acho que é um processo que a gente aprende a vida inteira, essa é a idéia que eu tenho da Medicina, mas a sensibilidade em lidar com o idoso, a problemática do idoso a gente tem uma idéia dessa visão multidisciplinar, eu acho que isto é o mais importante” (EE16).

O curso de graduação em Medicina, apesar do seu currículo e da sua forma concluída, é apenas um ponto de partida de onde estes médicos-estudantes saem com um olhar mais sensibilizado ao idoso.

5.2 O idoso e o médico para a pessoa idosa

5.2.1 Os olhares dos estudantes

Os sentidos das falas nos apontaram temas: 'as queixas', 'os símbolos da finitude', e 'um olhar para além das entidades patológicas'.

5.2.1.1 Tema: As queixas.

O idoso, no olhar dos estudantes de Medicina é este paciente diferente de um outro paciente adulto, que tem as reservas funcionais diminuídas, que merece um tratamento diferenciado, mas que por vezes fica prejudicado no atendimento porque "acabam dando mais trabalho, paciente acamado, paciente demenciado, que você não consegue criar um bom vínculo com eles" (EE10). No imaginário, o idoso é um paciente cheio de sinais, sintomas, diagnósticos prévios, medicamentos, exames complementares, consultas, procedimentos, internações. A representação é a de um ser decrépito, desgastado, lento, cansado e torpe. Uma imagem repugnante.

"O paciente idoso é poliqueixoso, ele nunca tem uma doença só, como a gente viu, co-morbidades associadas, então às vezes o médico fica naquela angústia de saber logo o que é que é o diagnóstico, como é que eu vou tratar" (EE4).

A percepção do idoso como poliqueixoso foi verificada entre os estudantes, habituados à semiologia médica, onde um conjunto de sinais e sintomas caracteriza uma doença. "Ele tem mais queixas, ele tem mais problemas... tudo que a gente pergunta ele tem"(EE6).

A presença de muitos sintomas e/ou sinais interferem no raciocínio linear de 'uma doença'. Qual seria 'a doença'? Seriam muitas 'doenças'? E algumas difíceis de caracterizar: sintomas e sinais pouco específicos, confusão diagnóstica, precipitação terapêutica, para cada sintoma um medicamento, o idoso "é um paciente que usa uma gama muito grande de medicamentos" (EE6), resultando em iatrogenia, e novos sinais e sintomas, numa reação em cascata conhecida como cascata iatrogênica, fenômeno comum em pacientes idosos.

Alguns estudantes atribuem a exuberância da descrição de sintomas ao fato dos idosos serem todos carentes.

Felizmente este olhar reducionista de que o idoso seja sempre poliqueixoso, carente e sua representação a de um paciente sempre complicado, problemático, difícil, não foi uniforme dentre os estudantes entrevistados. Outros alcançaram olhares para "ver o idoso como um todo mesmo" e "não rotulando ele como um poliqueixoso" (EE13), tendo sensibilidade para:

"Ver a pessoa não como uma doença, mas como um todo, não tratar o órgão, a doença, que é uma coisa que a gente está acostumada a ver, a ouvir o que os nossos parentes que vão ao médico, e ficam falando isso, acho que é principalmente você ter respeito e ver o ser humano que está à sua frente... acho que isto é a coisa mais importante da Medicina e que está sendo muito esquecida hoje" (EE13).

E assim:

"Eu acredito que a gente não pode ver o idoso com preconceito de achar que ele fala muito, que todos são carentes, poliqueixosos, tem que ver um de cada vez" (EE14).

Cada pessoa idosa tem uma história de vida, uma experiência, um legado cultural, uma particularidade que a torna única. O imaginário aqui é o da individuação, e a representação, uma sociedade de indivíduos onde a teia humana os envolve, mas não anula os indivíduos particulares que mantém cada qual uma relação singular com a sociedade (ELIAS, 1994), um *modus vivendi*, uma expressão viva capaz de transformar-se.

Valorar a história pregressa, o que foi, ou no imaginário ainda é, permitirá entender o que representa para o idoso sua condição atual de vida: aposentadoria, renda, moradia, alimentação, atividade física, estado civil, círculo de amigos, lazer, autonomia, independência, determinantes de saúde-doença, e daí buscarmos um melhor entendimento de sua "illness".

O próprio idoso está vivenciando uma aprendizagem contínua da sua própria doença, elaborando e re-elaborando seu entendimento sobre a "illness", num processo dinâmico.

Ampliar o nosso olhar quanto aos determinantes de saúde-doença do idoso pode fazer com que possamos compreender melhor a complexidade de suas manifestações clínicas: tristeza, apatia, falta de sono, dores pelo corpo todo, inchaço nas pernas, dificuldade para urinar ou, urina 'solta', cansaço, falta de ar, intestino 'preso', mal estar na cabeça, tonturas, zumbidos, 'batedeira' no peito, nervosismo, medo...

Por traz de cada queixa há invariavelmente um receio, um temor: tenho uma doença grave, doutor? Tem cura?

5.2.1.2 Tema: Os símbolos da finitude.

A inquietação de alguns pacientes idosos aumenta com o anoitecer. A chegada da noite motiva o imaginário do idoso a associar a escuridão ao fim da vida, e a noite passa a ser também uma representação da morte.

O medo da morte sempre ronda o idoso, que por mais simples analogia é capaz de desenvolver um raciocínio probabilístico acreditando que tem uma chance maior de morrer. São comuns aqui também as metáforas: minha 'hora' está próxima, já dobrei o 'cabo da boa esperança', já estou fazendo 'hora-extra', estou cumprindo 'aviso-prévio', não durmo direito, pois tenho medo do 'sono eterno'...

"Às vezes eles [pacientes idosos] não falam claramente disso, mas eles manifestam outras formas, e quando eles estão querendo falar da morte, mas não conseguem uma abertura, então o médico tem que estar preparado para isto, para a família geralmente, dependendo do estado do paciente, às vezes ele mesmo [o paciente] procura o médico, e isto exige uma certa bagagem emocional para você saber o que vai dizer, e a que hora vai dizer" (EE14).

Saber lidar com a questão da morte, declarada ou velada, é uma competência necessária para saber cuidar do paciente idoso. O princípio bioético da autonomia pode fundamentar as discussões e debates sobre quando, como e porquê revelar diagnósticos ao paciente.

A preocupação com o paciente terminal fez com que um dos estudantes entrevistados se sentisse estimulado e desenvolvesse uma pesquisa com bolsa de iniciação científica³:

“Eu fiz um trabalho sobre o cuidado ao paciente terminal de como os médicos acham de como é cuidar do paciente terminal, a idéia veio justamente das observações que eu tinha dos livros sobre o paciente terminal, sobre autonomia, filosofia ou ética, em relação ao paciente terminal falavam algumas coisas e as condutas no hospital eram um pouco diferentes, os médicos, os residentes, os internos continuavam com muito receio de falar com o paciente não conseguindo dar um atendimento adequado. A maioria dos pacientes terminais são pacientes idosos [...] e o médico tem muito esse medo de se aproximar demais, ou de ter que enfrentar seus próprios problemas para poder ajudar o paciente, e muitos pacientes que eu via no hospital, na enfermaria, no ambulatório, acabavam morrendo sem ter um apoio, sem ter uma assistência humana do médico, psicológica” (EE3).

Reflexões como esta são capazes de mobilizar os estudantes propiciando uma revisão da sua práxis atual, estimulando-os a novos olhares para uma nova práxis buscando uma nova maneira de interagir com o paciente, tendo-o como sujeito ativo dos seus cuidados com a saúde.

O médico que se propõe aqui é aquele que sai de uma concepção de que a atenção à saúde se concentra sempre nele médico. O profissional de saúde passa a oferecer o acesso a todas as informações da saúde-doença do paciente ao paciente, evitando a ‘prática sacerdotal’ e a ‘mentira piedosa’, e passando a compartilhar as decisões sobre os cuidados com a saúde com o seu maior interessado: o próprio paciente.

³ Dos 72 estudantes de Medicina matriculados nesta turma, 7 concorreram e receberam bolsas de iniciação científica para pesquisa na área de Ética Médica dentre as 20 bolsas oferecidas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo no período de 2000/2001.

E assim, ao mesmo tempo em que se tem o estudante de Medicina como sujeito ativo da sua aprendizagem, constrói-se o futuro profissional médico como mediador da atenção à saúde que tem no paciente o sujeito ativo do seu próprio cuidado.

5.2.1.3 Tema: Um olhar para além das entidades patológicas.

O desenvolvimento da relação médico-paciente é fundamental para o médico que estamos formando na FAMEMA, porque “o bom médico é aquele que sabe manter um bom relacionamento com o seu paciente [que permita a]o paciente confiar [nele, médico, e] expressar os seus problemas e confiar também na conduta [deste profissional]”(EE4).

Ter paciência. “Ter muita paciência, ser atencioso, para [com] o idoso, [o médico] tem que sempre estar disposto a ouvir bastante” (EE4), “é ouvindo o paciente, dando[-lhe] total atenção” (EE5) que se pode ajudá-lo, “ele [o paciente] tem que perceber que ele [o médico] está interessado em ajudá-lo” (EE5) para que a relação médico-paciente seja efetiva e terapêutica.

Ouvir e saber escutar, olhar e saber ver, também são estratégias importantes para “evitar as possíveis iatrogenias, porque o paciente idoso apresenta, por exemplo, a polifarmácia, e você tem várias medicações e se você não vê a interação de uma medicação com a outra e prescreve só porque ele [paciente] está ali no seu consultório naquela hora, sem estar considerando às vezes [que está prescrevendo um medicamento] para um efeito colateral que já foi provocado pelo próprio remédio” (EE4).

Mas não ouvir pode acarretar efeitos colaterais da própria 'substância médico' (BALINT, 1984), que tem sua forma de administração, dose, posologia própria. E os estudantes aproximam-se deste entendimento.

Algumas recomendações de ordem prática são importantes, tais como "não se preocupar muito em anotar a história [na frente do paciente, durante a entrevista], [ter] maturidade para entender o problema dos outros, entender o porque ele [paciente] tem tantas queixas, o porque ele vem tão deprimido para as consultas e ter bom-senso também quando se está indicando um tratamento, analisar" (EE5).

Os estudantes também identificam uma necessidade de manterem um certo controle da situação, da consulta, tendo paciência, demonstrando interesse e respeito com os pacientes.

"Prestando mais atenção no que o paciente fala,... em todos os sinais que o paciente mostra, mas também tem que ter o cuidado de não deixar a consulta ser muito extensa, não deixar o paciente dominar a consulta o tempo todo, tem que desenvolver a habilidade de conduzir a entrevista satisfatoriamente tanto para o paciente quanto para o médico, e essa visão no 3º, e depois no 4º, e agora no 6º. [ano] é muito, foi bastante útil, não é só num momento que a gente acaba vendo, a gente acaba vendo em mais de um momento" (EE3).

As sucessivas aproximações parecem ter trazido a percepção de que é preciso olhar para ver, é olhando que a gente acaba vendo, a gente acaba vendo em mais de um momento'.

O médico para a pessoa idosa, necessita ser mais do que tecnicamente competente, cognitivamente hábil para avaliar criticamente as informações, e respaldar nas melhores evidências científicas os seus atos, e um

bom gerente de recursos sempre escassos. Para os estudantes é fundamental “a questão da atenção no sentido de doar-se ao paciente” (EE1).

“Estar preparado para resolver as questões não somente inerentes à doença, mas também [entender] os seus anseios, necessidades sociais, se eu tiver que falar o que é a coisa mais importante é a atenção, estar disponível para o paciente, em todos os sentidos que isto possa implicar” (EE1).

Isto nem sempre aconteceu ou foi possível no decorrer do curso:

“Em relação ao atendimento na enfermaria [onde] a gente fica muito fixo à doença e todo o processo de internação e esquece muitas vezes da relação daquele idoso em casa, das dificuldades dele com a família, porque vivencia ele [o idoso] internado no hospital... num momento único e esquece muitas vezes das vivências” (EE7).

Isto mostra a distância existente entre o olhar sensibilizado para o idoso, a percepção aguçada para o social, o imaginário de saúde-doença no idoso, e sua representação e a práxis de atenção, cuidado, acolhimento. Talvez uma distância equivalente ao do currículo prescrito, oficial da FAMEMA e, os currículos reais, desenvolvidos de fato.

A postura ética, humana, humilde do médico, foi lembrada pelos estudantes como um ingrediente indispensável à construção de uma relação empática com o paciente e com o idoso, o que envolve olhar e e ver, perceber as diferenças buscando compreendê-las, superando barreiras culturais, filtros paradigmáticos, sempre em direção ao respeito ao pensamento do outro, e ao desenvolvimento da tolerância. Só isto permite aos tão diferentes conviverem em

um ambiente de harmonia e respeito mútuo, necessário para qualquer iniciativa em saúde.

Gostar de lidar com as pessoas desta faixa etária, também foi apontado como um facilitador para a boa atenção como médico do idoso, assim como integrar as dimensões psicológica e social à clínica.

Para sermos médicos sensíveis às necessidades do paciente idoso é necessário “um quê de paciência e um trabalho interdisciplinar árduo” (EE2), o que reforça a necessidade de trabalharmos em equipe, estímulo desencadeado com os estudantes na ampla maioria das atividades desenvolvidas nos seis anos letivos do curso de graduação em Medicina da FAMEMA.

Mas quando este trabalho em equipe dá-se no contexto real dos serviços de saúde onde o médico tem que “ser paciente com o paciente, avaliar a angústia, porque o paciente chega sempre com uma angústia, que ele quer que você resolva, e que não necessariamente é o principal problema dele” (EE9), ou seja, nem sempre o principal problema no seu olhar, é o principal problema no olhar dele.

O encontro do estudante ou do profissional de saúde com o paciente é sempre um encontro de ansiedades, de uma angústia e de outra. Há que se reconhecer a assimetria destas angústias, em benefício do paciente que procura auxílio, socorro, atenção.

Os olhares dos estudantes, curiosos e ávidos por novos saberes e competências, sensibilizam-se com o idoso, e num imaginário em transição entre o ‘velho estigmatizado’ e o ‘idoso cidadão’, representam o médico para a pessoa idosa engajado numa proposta de uma atenção diferenciada, humana, e em equipe.

5.2.2 O olhares dos pacientes

Aqui identificamos os temas: 'limites do ser idoso', 'voltar a ser criança', e 'encontros e desencontros na relação idoso-médico'.

5.2.2.1 Tema: Limites do ser idoso.

O idoso sob o olhar dos próprios idosos do Ambulatório de Geriatria é gente "cansada e desgastada" (EP1), pois "o idoso, coitado, já está de idade" (EP1), "tem pessoas idosas que são difíceis de entender" (EP6), e "gente velha é impertinente [impertinente] [...] o pessoal agüenta porque é o jeito" (EP2), como a dizer: velhice não tem solução, atura-se!

No entanto, nem sempre os próprios idosos tomam parte desta auto-descrição do idoso: "eu mesma já estou velha, né, mas tem velho que incomoda" (EP2), e certamente esta idosa não se inclui entre os 'velhos que incomodam', pois na verdade o seu imaginário da 'velhice que incomoda' não a inclui. Quem incomoda é o outro velho: "o meu velho que eu casei com ele, eu tenho que falar com ele, eu não agüento ficar calada porque ele [sempre] foi muito estúpido, sabe?" (EP2). A representação do 'velho que incomoda' neste caso é o próprio cônjuge.

Há uma percepção dos próprios pacientes idosos de que:

"O organismo da pessoa de idade já não é como o do jovem, tudo se modifica com a idade, a gente se torna mais fraca, não é toda comida que você come que faz bem, as forças acabam" (EP14).

Mitos e fantasias circulam no imaginário sobre o corpo e o curso da vida, e invariavelmente estas alterações representam não mais o desabrochar, mas o murchar da vida. Tudo declina com a idade?

“Na cultura ocidental, o envelhecimento é visto como um processo no qual o corpo e o curso da vida estão intimamente ligados de duas maneiras importantes. Primeiramente, existem: a questão da finitude biológica do corpo humano: o aumento da expectativa de vida significa que, como nunca, um maior número de seres humanos estão envelhecendo e depois morrendo, sendo que a morte em idade avançada é considerada cada vez mais a regra. ... Em segundo lugar, isso significa que os setenta anos bíblicos estão se tornando cada vez mais uma realidade e não um conceito pio. A imagem tradicional da existência humana como uma série de épocas ou etapas que decoravam as paredes das igrejas e as bordas dos livros sagrados e seculares durante a Idade Média na Europa não é mais um sinal de esperança, mas uma realidade demográfica” (FEATHERSTONE; HEPWORTH, 2000, p. 109)

Estudos epidemiológicos, tipo coorte, envolvendo populações de idosos têm demonstrado cada vez mais que existem sub-populações de idosos, algumas mais, outras menos saudáveis, e que apresentam evoluções das suas funções biológicas e capacidades funcionais muito distintas, levando a crer que se existe um declínio funcional ele não será uniforme para a totalidade dos idosos (FOZARD, 1990).

Estes estudos populacionais permitiram abrir a perspectiva da promoção do envelhecimento saudável, do envelhecimento bem sucedido, através da promoção de hábitos saudáveis de vida tais como: alimentações balanceadas, prática de atividades físicas regulares, manutenção do convívio social, e das atividades intelectuais.

“A gente quer fazer muita coisa e não consegue, muitas coisas acabam, a relação [sexual] acaba, tudo isso eu sou sincera, falo a verdade” (EP14).

Algumas funções orgânicas em idosos são especialmente revestidas de tabus. Há invariavelmente um olhar preconceituoso quanto à sexualidade do idoso, algo como a dizer falsamente que se trata de função em extinção: tende a desaparecer com o tempo. Não raro, é uma das últimas queixas que transparecem numa consulta, quase como verdadeira confissão, e isto quando emergem ao diálogo paciente-médico. Ainda é comum o idoso figurar no imaginário sem forças para ter libido, e representado como um ser sexualmente liquidado.

A associação da velhice com as doenças, e mais, com a alteração da plástica corporal, e com a discriminação pôde ser verificada:

“O velho fica doente, o velho fica feio, o velho fica aí arrastando uma perna, e o velho é discriminado” (EP15).

Uma nova estética deve ser construída para a velhice. Com novos olhares, imaginários e representações. Discriminamos o esteticamente ‘feio’, repugnamos. Mas o que é ‘feio’ na terceira ou na quarta idade? Cabelos brancos? Rugas? Novos padrões de beleza são construídos para os idosos: novas modelagens e tecidos para as confecções, acessórios, charmosas bengalas que se transformam em providenciais banquetas para qualquer eventualidade. Uma atitude ‘feia’ é não aceitar a estética de cada idade, de cada fase da vida.

Nem sempre os idosos têm uma percepção da velhice como cheia de doenças, nem atribuem as doenças ao envelhecimento:

“Eu sou idosa mas eu passo, eu cozinho, eu lavo tudo, eu limpo parede, eu limpo lustre, eu lavo área, eu até 1 mês atrás caminhava, 9, 10 quilômetros, há 20 anos que eu caminho, porque então vão me discriminar, porque eu tenho dor no nervo ciático, eu estou com dor no osso, é porque eu

sou velha? Isto aí prejudica o velho, deixa o velho desanimado, não pode o idoso não pode ser tratado assim, se eu sou capaz de fazer tudo, então só porque eu tenho uma dor na perna é da idade? Isto está errado!” (EP15).

Formas do uso e da representação do corpo, e o que se aprende do próprio corpo no curso da vida. O corpo sempre serviu para o trabalho, e numa eventual falha, a dor, atribui-se tudo à velhice. A percepção do erro conceitual vem da própria pessoa idosa que vive a sua ‘illness’. ‘Isto está errado!’ Nem sempre o médico tem a razão.

São muitas vezes tênues as divisas entre a fisiologia e a fisiopatologia do envelhecimento, ou seja, entre o envelhecimento normal e o patológico, sinais e sintomas se sobrepõem. Por que não chamar o paciente para que ele participe da decisão? A percepção do paciente, seu imaginário e sua representação da saúde e doença tem que ser cada vez mais valorizado na ausculta que se faz do paciente e da sua vida. O que esta dor, que o paciente deveras sente, realmente representa?

Não atribuir tudo ‘à idade’ pode ser uma enorme consideração, uma demonstração de respeito e carinho ao paciente:

“Hoje me trataram muito bem e não falaram nenhuma vez que é da idade, que é velhice não. Eu acho que os médicos deveriam ser todos como estes aqui, fui muito bem tratada, eu vou voltar para casa feliz da vida, o meu corpo está com a minha cabeça, porque a minha cabeça é de 20, 30 anos, porque agora eu estou me sentindo com 20, 30 anos, eu estou bem eu estou feliz, eu nunca senti tanta felicidade como hoje” (EP15).

É fundamental entender, também no idoso, ‘que o corpo está com a cabeça’.

5.2.2.2 Tema: Voltar a ser criança.

No imaginário de alguns pacientes a figura o idoso que está “caducando... faz tudo atrapalhado” (EP8) surge representada pela criança, “porque idosos viram crianças”(EP8).

A paciente idosa que cuida da mãe com 87 anos de idade que está acamada, percebe a inversão dos papéis de mãe e filha: agora é a filha que cuida da mãe, que não executa mais as atividades de vida diária sem auxílio, ela tornou-se dependente de todos os cuidados. A diferença é que há 60 anos atrás, a mãe tinha 27 anos de idade, e a filha recém-nascida, toda a perspectiva de crescimento e desenvolvimento de um bebê normal. Hoje a filha tem 60 anos de idade, já se sente cansada, e a mãe não tem nenhuma esperança de reverter o quadro de dependência até o final de sua vida. Não raro, a mãe chama a filha de ‘mãe’. A filha trata sua mãe como ‘filha’.

Alguns pacientes idosos imaginam que o ‘querer carinho’, atenção, e o ‘dar trabalho’ representam ‘virar criança’, como se dar trabalho fosse sempre algo ‘de criança’:

“As pessoas de idade querem carinho, elas se tornam crianças, querem carinho, tudo de agrado, a pessoa de idade é uma criança, a pessoa de idade, eu acho, não sei se estou certa ou se eu estou errada, ela dá mais trabalho, mas a gente fala ‘que nem uma criança’, mas dá mais trabalho tanto para os de casa como para o médico” (EP14).

É claro que o idoso não é uma criança, ele guarda dentro de si uma história e uma existência única: seu percurso de vida ao longo de décadas, de maneira que não procede qualquer tentativa de infantilização da atenção ao idoso, como num teatro infantil onde alteramos nosso tom de voz para narrar uma fábula, um conto, uma estória, ou quando alimentamos um lactente e dizemos: olha a mamadeirinha do nenê! Portanto não faz sentido parodiarmos com: olha o

mingauzinho do vovô!, ou nos referirmos ao paciente de 90 anos dizendo: “agora vamos examinar as suas costinhas, levante-se com cuidado, ponha por favor, as perninhas para fora da maca, respire fundo com a boquinha aberta, mãozinhas em cima dos joelinhos, respirando fundo, corpinho reto, olhando para a frente, retinho, isto!...

O trabalho com cuidadores informais de idosos com elevada dependência tem sido desenvolvido no Ambulatório de Geriatria da FAMEMA através da realização de grupos de terapia de apoio onde os profissionais de saúde (assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira, psicóloga) buscam oferecer não somente respaldo técnico aos cuidados prestados, mas suporte afetivo ao cuidador, e desmistificar o envelhecimento e o cuidado com o idoso é um dos desafios.

5.2.2.3 Tema: Encontros e desencontros na relação idoso-médico.

O médico para a pessoa idosa “deve ser atencioso e fazer as coisas certas, fazer o tratamento certo” (EP4), “precisa ter paciência” (EP2), “bastante paciência” (EP1), e “cultura” (EP1), ser educado, atender bem, examinar bem, “ser um médico muito legal com a gente, não ser estúpido” (EP2), ter carinho com as pessoas, “mostrar sempre um carinho” (EP16), enfim, aceitar o desafio de procurar atender à diversificada expectativa dos seus pacientes.

Confluem-se os olhares dos pacientes na “paciência para lidar com as pessoas idosas, tem uns que são muito nervosos [...] é preciso ter muita paciência para lidar com as pessoas” (EE7). Mas, paciência para o que?

Fundamentalmente para ouvir, e escutar com atenção, olhar e ver, examinar cada situação, compreender, envolver-se e permitir-se sentir e expressar carinho, amor ou compaixão.

Os médicos ouvem-se muito pouco uns aos outros. A dificuldade de relacionamento entre os médicos, com prejuízos para o paciente, também foi lembrada:

“Eu passei com o Dr. [‘A’] que me tirou o remédio da cabeça... mas eu tive os ataques... eu percebi que o meu organismo estava sentindo falta, porque [o médico ‘A’] tirou tudo numa consulta só e não podia... eu passei com o Dr. [‘B’] e fiquei muito boa [...] se [o médico ‘A’] tivesse chamado [conversado com] o médico [‘B’] que passou o remédio talvez ele não tivesse tirado [a medicação] assim. Eu já estava tomando o remédio há 4 anos, não eram 4 meses, é o caso da minha doença” (EP 14).

A falta de comunicação dentre os médicos é assinalada como potencialmente iatrogênica. Há pouca interconsulta, encaminhamento, intercâmbio de olhares sobre o melhor procedimento. Há na verdade um restrito diálogo entre os médicos para a discussão de problemas cotidianos dos seus pacientes.

Parece que os médicos têm que adivinhar o porque da prescrição do outro. Sem prontuários bem preenchidos, guias de encaminhamento incompletas, receituários ilegíveis, e muito menos diálogo, conversas, telefonemas, encontros, para ampliar a discussão de pacientes críticos, dilemas éticos, dúvidas de conduta.

“Um bom médico tem que adivinhar o que a gente tem... o médico tem que ser bom para tratar da gente, não é só fazer o receituário e não dar atenção... Ele me chamou pelo nome, procurou saber que eu era viúva, se eu vivia bem com o meu filho... expliquei que o meu filho casou-se pela segunda vez e eu vim morar com a minha irmã... [o médico] deve tratar a gente como ser humano, pelo menos as pessoas idosas” (EP9).

Espera-se do médico que ele até adivinhe o que o paciente tem: uma descoberta mágica ainda recoberta de mistérios no imaginário de cada paciente: o que é que eu tenho? Será que ele vai descobrir?

O bom médico é aquele que resolve, deixa bom, cura: “não dá para saber se ele [estudante] será um bom médico, [pois] eu não sei [ainda] se eu ficarei bom” (EP13) com este atendimento e tratamento.

A cura, uma expectativa criada pelos pacientes que querem ver seus problemas resolvidos. Mal sabem que no contrato de prestação de serviços de um médico nunca estará assegurada tal garantia. Mas há a esperança:

“A única coisa que eu falo é que eu estou com muita esperança de ser curada, viu doutor, eu vivo pedindo para Deus iluminar a cabeça desses médicos para que eles descubram a doença que eu tenho, porque eu tenho muita dor” (EP7).

Mais uma vez o imaginário da dor, e o que será que ela, a dor, representa?

Antes de pensarmos em: dor onde? Devemos refletir sobre a dor em quem? Quem é a pessoa que sente a dor? Qual a sua história e trajetória de vida? O que estará provocando ou amplificando a sua dor?

A resposta a tais questões freqüentemente não se encontra numa simples radiografia ou num exame complementar, mas na história de vida do paciente. Se quisermos atribuir a causa da dor crônica em membros inferiores à osteoartrose do joelho, encontraremos tal alteração radiológica na quase totalidade dos pacientes idosos. Localizar a dor é muito importante: onde dói e o que dói?

A fisiopatologia da dor necessita considerar cada vez mais o efeito amplificador de condições sociais e alterações psicológicas no idoso tais como: viuvez, aposentadoria, diminuição da renda, mudanças nas condições de

moradia, perdas (amigos, visão, audição, status social,...), ansiedade, pânico, depressão.

O 'adivinhar o que a gente tem' é mais que um exercício de imaginação, é uma busca sistematizada que deve ir além da dimensão biológica, buscando determinantes sociais e psicológicos de saúde-doença.

Isto é parte do olhar para o doente e não perceber apenas a doença, mas captar o ser humano que a sofre.

Quando os estudantes de Medicina conseguem aguçar a percepção para a pessoa do idoso que está à sua frente eles alcançam uma boa avaliação do paciente que acredita que ele será um bom médico.

De uma maneira geral os pacientes entrevistados revelaram uma avaliação muito favorável dos estudantes que estavam há poucas semanas do final do curso de graduação:

"Foi bem atencioso, vai ser um bom médico... eu gostei muito dele, me atendeu bem... [foi] brincalhão comigo... perguntei até se ele já era formado, ele me falou que falta um mês..." (EP9).

"Eu sempre fui bem atendida, muito bem. Eles se interessam em saber a situação pela qual a gente está passando" (EP6).

"Ela é muito educada, vai ser boa médica, tem bastante paciência, atende bem, me examinou bem" (EP1).

A relação interpessoal e a comunicação foram destacadas como pontos importantes pelos pacientes que observaram qualidades nos estudantes: "ele é maravilhoso para conversar" (EP16), "as coisas que a gente não

entende ele torna a repetir” (EP12), “mostrou interesse” (EP11), “deixou falar, explicar tudo” (EP14), “o jeito dela, (ela) é boazinha” (EP3).

O desenvolvimento de tais habilidades pressupõe não somente a teorização, mas um trabalho prático permanente que vem das atividades em grupo nas sessões de tutoria da ABP, na Interação Comunitária, nas Unidades de Habilidades Profissionais, e no Internato. Não há uma única unidade educacional ou momento curricular que dê conta de desenvolver tais habilidades com os estudantes. Este é claramente um esforço curricular do conjunto do programa educacional da FAMEMA.

Uma única resposta de paciente foi evasiva: “não dá para saber se ele será um bom médico, pois eu não sei se eu ficarei bom; eu não fui a tantos médicos assim para fazer um juízo de valor, mas acho que se eu sarasse logo [o médico] seria bom” (EP13).

Volta à baila a expectativa do paciente: no seu imaginário, ele aguarda um médico que curem os seus males, e a resolva os seus problemas, que ‘acerte’ no tratamento da sua doença, que ofereça o remédio ‘certo’. Mal sabe este paciente dos limitados poderes dos medicamentos, comparados à ‘substância médico’ (BALINT, 1984), ou seja, aos efeitos terapêuticos de uma empática relação médico-paciente.

A expectativa deste paciente está correta: ele está em busca de um médico que compreenda a representação de sua doença, a sua ‘illness’ na sua condição de vida e, assim, desenvolva uma relação de esperança e confiança, bases da terapêutica bem sucedida, e do melhor gerenciamento dos seus problemas de saúde.

O olhar do idoso para o idoso e o médico para a pessoa idosa tem um componente do olhar especular, com seus reflexos que avivaram novas reflexões sobre o próprio idoso, e também o do olhar o outro, nem sempre com a arte do olhar de um cineasta ou de um fotógrafo, mas um olhar humano de quem busca auxílio, alívio e compreensão, carinho e cuidado, esperança e cura.

6. Considerações finais

6.1 O encontro dos olhares

Os olhares dos estudantes para a aprendizagem sobre o idoso ao final da 4ª. e da 6ª. Séries se encontram quando apontam a pertinência e a relevância da “Unidade 17 – Envelhecimento” da FAMEMA na sensibilização para olhar o idoso e enxergar a pessoa idosa.

Há a preponderância do entendimento da “disease” sobre a “illness”, ou seja, consideram os estudantes mais a entidade patológica, a doença orgânica, a fisiopatologia, que o entendimento que o paciente que sofre a enfermidade tem, num processo que só amplifica a assimetria das relações médico-paciente.

Só a melhor análise do que representa a “illness” para o paciente poderá agregar maior adesão deste paciente às prescrições médicas. Perspectivas de saúde e doença podem ser por vezes opostas no campo escópico de pacientes e profissionais de saúde que os assistem.

Destacam as percepções sobre a teoria e a prática com uma integração ainda incipiente. Nada substitui a prática e o contato com a realidade de vida das pessoas.

Os problemas de papel da ABP antecipam situações, permitem teorizar, mas é só a prática e a realidade que verdadeiramente plasmam o conhecimento.

O idoso, o envelhecimento e a velhice ainda são vistos com um olhar de preconceito por alguns estudantes que discriminam os pacientes idosos nas unidades de saúde trocando suas fichas com outros colegas e

protelando o atendimento ao idoso, visto sempre como mais difícil, laborioso, e demorado.

Isto demonstra uma distância entre a percepção e a sensibilização do olhar, e a representação e a ação concreta de cuidar.

Um desafio a ser superado com a corporificação das palavras em atitudes (FREIRE, 1996), gesto a ser cada vez mais estimulado entre docentes, profissionais e discentes engajados em processos de mudanças não somente nos currículos prescritos, mas nos currículos reais, que acontecem cotidianamente nas unidades de saúde e nos campos de prática.

Somente a transformação das práticas pode propiciar a mudança de atitudes de docentes e discentes em benefício do desenvolvimento de um sistema de saúde mais humano.

Os olhares dos estudantes e dos pacientes para o idoso e o médico para a pessoa idosa se entrecruzam nas queixas e nos limites impostos pelo ser idoso na sociedade em que vivemos.

A busca da célere interpretação de vastos sintomas e sinais em organismos frágeis envolve perigos que são reconhecidos por estudantes e pacientes. Mas por vezes é difícil 'ver a pessoa e não a doença'. Cabe aqui ampliar o olhar, os horizontes da clínica, e melhor compreender a complexidade das manifestações clínicas como a complexidade das manifestações da vida (atual e pregressa) do paciente. Isto envolve, mais uma vez, uma mudança atitudinal.

Os símbolos da finitude revelados pelos idosos, ainda que de uma forma subliminar ou metafórica, são identificados pelos estudantes: o medo da morte, a insônia que só ocorre na calada da noite. Teriam uma relação com a necessidade de voltar a ser criança?

A infantilização no tratamento de idosos decorre no entendimento de alguns pacientes da necessidade de carinho, como se o carinho só devesse ser concedido às crianças. Uma inversão de conceitos e de extremos da vida.

Os encontros e desencontros da relação idoso-médico revelam uma necessidade de olhar para além das entidades patológicas.

Olhar o outro aqui é considerar o entendimento do doente sobre a sua doença, suas angústias, fragilidades, seus mecanismos de defesa, a regressão. Olhar o paciente e enxergar o indivíduo, e não somente a doença.

O paciente é ainda um sujeito passivo nos olhares de estudantes e dos próprios pacientes, mas com perceptíveis reações para tornar-se mais partícipe das decisões sobre seus cuidados com a saúde-doença.

Cada vez mais devemos compartilhar com os pacientes as decisões sobre a sua saúde-doença em processos diagnósticos e terapêuticos, respeitando a sua autonomia e, individualidade, que torna cada paciente um ser único. Pode não valer aqui a experiência fundamentada em uma série de 'casos' vistos, ou numa extensa revisão sistemática.

O percurso de vida, a experiência sobre suas percepções sobre a forma de reagir do seu corpo e mente, faz com que pacientes idosos freqüentemente transgridam prescrições médicas em benefício próprio, safando-os das iatrogenias impostas por padronizações de condutas, consensos, guias e recomendações, que podem subsidiar, mas jamais imobilizar a criatividade do pensamento crítico e clínico.

6.2 Olhares provisórios

A percepção das novas imagens, ou a sensibilização do nosso olhar ao capturá-las do cotidiano, mobilizam sentimentos e emoções, provocando

avaliações e reflexões que propiciam a construção de perspectivas diferentes de vida, mobilizando-nos em direção às mudanças na maneira de pensar, agir, ser.

Um rápido olhar lançado numa pintura como “Las meninas”, de Velázquez, pode não permitir capturar todas as nuances, sombras, e perspectivas da complexa representação buscada pelo artista: a exclusão do sujeito, ou a presença do sujeito, o próprio Velázquez, num auto-retrato? Um olhar é não mais que um momento fugaz na linha de tempo.

Já um olhar mais detido é uma somatória de olhares, resultando num conjunto de percepções e representações. Por que o Rei Felipe e a Rainha Mariana teriam sido excluídos da pintura de Velázquez, um vazio real na inusitada pintura da Infanta Margarita com suas damas de companhia? O que ele de fato representa? Representa um exercício entre o visível e o invisível, numa interrogação aberta entre os extremos contraditórios.

O contraste e a contradição ensino/aprendizagem, teoria/prática, saúde/doença, imaginário/realidade, reflexão/ação, eu/outro, novo/velho faz mover nosso pensamento num universo dialético e quiçá cada vez mais dialógico entre os sujeitos que formam imagens, imaginam, representam, constroem e reconstroem seus próprios olhares vivendo a dramaticidade destes processos.

Não há aprendizagem exclusivamente passiva, como inútil seria a teoria sem a prática, a reflexão sem a ação. Não há saúde que sobrepuje a doença sem cuidados ativos, como inútil seria o imaginário desprovido de algum senso de realidade. Não há eu, sem o outro, a minha individualidade é marcada pela presença de outros, assim como só há novo porque houve de alguma forma o velho. Sínteses provisórias advindas de percepções que movem os pensamentos.

Os olhares dos sujeitos da aprendizagem e dos cuidados com a saúde, analisados assim, são provisórios, posto que tais sujeitos podem alcançar novas percepções, imaginários e representações, numa práxis transformadora da educação e do cuidado.

A captura de tais olhares nos fez considerar evidências objetivas e subjetivas. Foi absolutamente necessário neste estudo considerar o valor do olhar dos sujeitos –estudantes e idosos- como evidência subjetiva revalidada pelo olhar sobre os olhares exercido pelo Autor. Só com o encontro destes olhares foi possível reconstruir, através do recorte dos focos principais da fala dos sujeitos, uma visão de educação e saúde dos mesmos num contexto específico: a FAMEMA.

Poder mover-nos em conjunto, significa poder mover a sociedade, nossa percepção, imaginário, e representação coletiva, com a esperança de interagirmos no entorno de cada sujeito ativo, cômico, crítico, participe dos cuidados com a sua aprendizagem, a sua saúde e bem-estar, e a dos outros.

A perspectiva da educação permanente em saúde cria então a possibilidade de mudança através da ação crítica fundamentada na realidade e tendo-a como passível de mudanças que promovam a vida e o Homem.

Os olhares são um movimento de ir e vir. Uma via de dupla mão. Quando cruzam, e encontram-se, interagem. Vagam na imaginação, voltam à realidade, representam. E mudando a visão, dão movimento ao nosso interior, imaginário, e exterior, representação. Mundos interno e externo que conversam, e ao travar este diálogo impulsionam mente e corpo, agora integrados numa nova práxis.

Não há um olhar definitivo. Nossos olhares são sempre provisórios: apreendem a realidade num momento, filtram-na com as nossas lentes de agora, e quando alteram uma trajetória de conduta importante na nossa vida promovem uma aprendizagem significativa. Quando os olhares sensibilizam-se para novas leituras e re-significações re-estabelece-se a dinâmica da vida.

Os olhares provisórios dos estudantes e pacientes deste estudo suplantaram a materialidade da avaliação de programa feita pela FAMEMA com relação à Unidade 17, como que se movendo da análise das coisas materiais da FAMEMA, sua estrutura, laboratórios, biblioteca, seu currículo formal, planejado,

prescrito, para a imaterialidade de processos como o ensino-aprendizagem e os cuidados com a saúde dos idosos.

Olhares de jovens e idosos... Olhares mutantes... Olhares que se encontram e desencadeiam novos olhares...

6.3 Em busca de novos olhares: mais um olhar do Autor...

A busca de novos olhares em educação e saúde necessita ser permanentemente problematizadora da prática e rumar em sentido à transformação da realidade.

Treze anos após a implementação da Disciplina de Geriatria e Gerontologia na FAMEMA, podemos concluir que participamos ativamente de mudanças substanciais nos processos de ensino-aprendizagem e de atenção à saúde do idoso.

Trilhamos caminhos onde reconhecemos cada vez mais o sentido da autonomia dos sujeitos da aprendizagem e dos cuidados com a saúde: estudantes e pacientes, numa mudança gradual e contínua dos paradigmas: de 'ensinar' para 'aprender' e 'apreender' as (distintas) realidades, de 'curar' para 'cuidar', minorar o sofrimento, e de 'não envelhecer' para 'envelhecer com saúde'.

Isto envolveu buscar transformarmo-nos permanentemente, não permitindo que as nossas certezas sobrepujassem as nossas dúvidas e inquietações.

Os desafios lançados pelo Programa UNI na América Latina amplificaram as incertezas e inquietações da comunidade acadêmica da FAMEMA. Certeza só havia uma: a necessidade de mudar o profissional que formávamos.

Quem educa o educador que vai educar o educando?

Os médicos já 'nascem' educadores? Com certeza não, mas rapidamente os médicos percebem a importância da educação em saúde e da

educação para a saúde. Descobrem-se 'professores' recém egressos dos programas de residência médica, e identificam que os cursos de pós-graduação stricto sensu também não asseguram a proficiência para educar novos profissionais de saúde.

A aprendizagem autodirigida, e os programas específicos de capacitação docente, raros em nosso país, têm se encarregado de 'formar' nossos professores de medicina. Muitos seguem um 'modelo', uma 'escola', quase sempre tradicional, num jeito repetitivo de 'ser professor de medicina'.

A FAMEMA conseguiu romper esta inércia, e com a ABP foram realocadas as peças do tabuleiro e modificadas as regras do jogo: os estudantes podiam movimentar-se livremente, e aos pacientes buscava-se assegurar mais direitos. Os professores não estavam mais no centro do processo de ensino-aprendizagem, mas ocupavam posição estratégica no planejamento e organização, mediação e facilitação da aprendizagem dos estudantes. Os médicos não deveriam mais permanecer no centro do processo de cuidado à saúde, mas deveriam ocupar posição estratégica que assegurasse autonomia no cuidado com a saúde dos pacientes.

Isto gerou a necessidade dos professores adquirirem novos saberes e competências desenvolvidas com o suporte do programa de capacitação docente, e só assim, pusemos para caminhar o Projeto Político-Pedagógico da FAMEMA.

Os avanços obviamente têm que ser maiores que os já alcançados, mas esta sensibilização do olhar para o idoso já aponta para a potencialidade e o alcance das iniciativas da FAMEMA, onde o investimento na mudanças das pessoas resulta em mudanças das práticas e da própria realidade.

O que é a realidade senão o resultado das próprias percepções do real, fruto da construção de imagens, imaginários, representações. A mágica está em compreender a dinâmica das percepções e representações que transformam a realidade do Homem.

Mitos da transferência dos saberes, da Medicina para a cura de todos os males, da velhice como uma experiência homogênea onde tudo declina para todos... Cremos na possibilidade de suplantar tais mitos com novos olhares para a educação, saúde, e envelhecimento, porque o **ensino-aprendizagem, saúde-doença, e envelhecimento são processos em constante reconstrução!**

Referências*

ABRECHT, R. **Avaliação formativa**. Rio Tinto: ASA, 1994.

ALLAL, L.; CARDINET, J.; PERRENOUD, P. **A avaliação formativa num ensino diferenciado**: actas do colóquio realizado na Universidade de Genebra, março 1978. Coimbra: Almedina, 1986.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Editora UEL, 1999.

ALVES, R. **O médico**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2002.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu. 1984.

BARBIER, J. M. **A avaliação em formação**. Porto: Afrontamento, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROWS, H. S. **Practice-based learning**: problem-based learning applied to medical education. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine, 1994.

BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S. **O professor de medicina**: conhecimento, experiência e formação. São Paulo: Loyola, 1998.

* Organizadas segundo a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação – referências – elaboração**: NBR 6023. Rio de Janeiro, 2002.

BEAUVOIR, S. **A velhice**: a realidade incômoda. São Paulo: Difusão Européia, 1970.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

BLACKBURN, S. **Dicionário Oxford de filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria da prática**: precedido de três estudos de etnologia cabila. Oeiras: Celta, 2002.

CAMBI, F. **História da pedagogia**. São Paulo: Editora Unesp, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas, 1997.

CAMPOS, J. J. B. Como abrir caminhos para a transformação do ensino médico no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 11-20, maio/dez. 1999.

CAMPOS, J. J. B., KOMATSU, R. S. Novos currículos de medicina na Famema e na UEL: uma construção permanente rumo à realidade presente e futura. **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 2, p. 8-10, maio/ago. 2001.

CHAMMÉ, S. J. **Poliqueixoso**: metáfora ou realidade? 1992. 277 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

CHAMMÉ, S. J. **Saúde**: um processo em constante construção. 1997. 272 f. Tese (Livre- Docência)-Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 1997.

CHARTIER, R. O mundo como representação. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 173-191, jan./abr. 1991.

COHEN, E. S. The complex nature of ageism: What is it? Who does it? Who perceives it? **Gerontologist**, Washington, v. 41, n. 5, p. 576-577, Oct. 2001.

COLL, C. **Psicologia e currículo**: uma aproximação psicopedagógica elaboração do currículo escolar. 4. ed. São Paulo: Ática, 1999.

COMFORT, A. **The biology of senescence**. 3rd. ed. New York: Elsevier, 1979.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Preparando a transformação da educação médica brasileira**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2000.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes**: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DEACON, R.; PARKER, B. Educação como sujeição e como recusa. In: SILVA, T. T. (Org.). **O sujeito da educação**: estudos Foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 99-110.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

DES MARCHAIS, J. E. A student-centred, problem-based curriculum: 5 years' experience. **CMAJ**, Ottawa, v. 148, n. 9, p. 1567-1572, May 1993.

DEWEY, J. **Democracy and education**: an introduction of philosophy of education. New York: Macmillan, 1916.

DOLL JR., W. E. **Currículo**: uma perspectiva pós-moderna. Porto Alegre: ArtMed, 1997.

DURAND, G. **As estruturas antropológicas do imaginário**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

DURAND, G. **O imaginário**: ensaio acerca das ciências e da filosofia da imagem. Rio de Janeiro: Difel, 1998.

DURKHEIN, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

EAGLE, C. J., HARASYM, P. H., MANDIN, H. Effects of tutors with case expertise on problem-based learning issues. **Acad. Med.**, Washington, v. 67, n. 7, p. 465-469, Jul. 1992.

EDINBURGH Declaration. **Lancet**, London, v. 2, n. 8608, p. 464, Aug. 1988.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. Curso de Medicina. **Avaliação da Unidade 17** – Envelhecimento. Estudantes. Marília, 1999a.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. Curso de Medicina. **Avaliação da Unidade 17** – Envelhecimento 3ª. Série. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999b.

FAZENDA, I. C. A. Apresentação. In: FAZENDA, I. C. A. (Org.). **Didática e interdisciplinaridade**. Campinas: Papirus, 1998. p. 7-9.

FEATHERSTONE, M.; HEPWORTH, M. Envelhecimento, tecnologia e o curso da vida incorporado. In: DEBERT, G. G.; GOLDSTEIN, D. M. (Org.). **Políticas do corpo e o curso da vida**. São Paulo: Sumaré, 2000. p. 109-132.

FEDERAÇÃO PANAMERICANA DE ASSOCIAÇÕES DE FACULDADES DE MEDICINA. **Educación médica em Las Américas**: el reto de los años' 90: informe final del Proyecto EMA. Caracas, 1990.

FELETTI, G.; DOYLE, E.; PETROVIC, A.; SANSON-FISCHER, R. Medical students evaluation of tutors in a group-learning curriculum. **Med. Educ.**, Oxford, v. 16, n. 6, p. 319-325, Nov. 1982.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: HUCITEC, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 21-26, maio/dez. 1999.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. The history of sexuality. Harmondsworth: Penguin, 1981. v.1 apud DEACON, R., PARKER, B. Educação como sujeição e como recusa. In: SILVA, T. T. (Org.) **O sujeito da educação**: estudos Foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 99-110.

FOZARD, J. L., METTER, E. J., BRANT, L. J. New steps in describing aging and disease in longitudinal studies. **J. Gerontol.**, Washington, v. 45, n. 4, p. 116-127, Jul. 1990.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

FUKUYAMA, F. **A grande ruptura**: a natureza humana e a reconstituição da ordem social. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

GALBIATTI, J. A.; OLIVEIRA, M. S. L.; FUHRMANN-NETO, M.; SANO, R. S.; MIYASHITA, D.; ANDRADE, V. L. C.; BITU-MORENO, J.; KOMATSU, R. S. Laboratório Morfo-Funcional: um centro de recursos para a auto-aprendizagem na metodologia de ABP. **Acta Acad.**, Marília, v. 2, n. 1, p. 6-7, dez. 2000.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GENERAL MEDICAL COUNCIL. **Tomorrows doctors**: recommendations on undergraduate medical education. London: GMC, 1993.

GENERAL PROFESSIONAL EDUCATION OF PHYSICIANS REPORT. The physicians for the twenty first century: report of the project panel on the General Profession Education of the Physician and College Preparation for Medicine. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 59, n. 11 pt. 2, p. 1-208, Nov. 1984.

GIDDENS, A. **Em defesa da sociologia**: ensaios, interpretações e réplicas. São Paulo: Ed. Unesp, 2001.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality, and experience**: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

HARDEN, R. M.; GLEESON, F. A. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). **Med. Educ.**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 41-54, Jan. 1979.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos?** Campus: Rio de Janeiro, 1996.

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

HELMAN, C. G. The role of culture in medical education. **Changing Med. Educ. Med. Pract.**, Geneva, v. 11, p. 24-25, 1997.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.

HUNTER, M. **Lesson design and performance models**. Disponível em <<http://www.foothill.net/~moorek/lessondesign.html>>. Acesso em: 15 nov. 2002.

JACOB-FILHO, W. Promoção da saúde do idoso: um desafio interdisciplinar. In: JACOB-FILHO, W. (Ed.). **Promoção da saúde do idoso**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 11-18.

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo**: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas: Papirus, 1999.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Los Angeles: University of California Press, 1981.

KOMATSU, R. S. Aprendizagem baseada em problemas: um caminho para a transformação curricular. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 32-7, maio/dez. 1999b.

KOMATSU, R. S. Educação médica responsabilidade de quem? Em busca dos sujeitos da educação do novo século. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 55-61, jan./abr. 2002.

KOMATSU, R. S. **Incidência de fraturas do fêmur proximal em Marília, São Paulo, Brasil, 1994 e 1995**. 105 f. Tese (Mestrado em Epidemiologia)-Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1998.

KOMATSU, R. S. (Org.). **Manual Famema**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999a.

KOMATSU, R. S. (Org.). **Unidade 17 – Envelhecimento**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999c.

KOMATSU, R. S.; LIMA, V. V.; ZANOLLI, M. B.; CHIRELLI, M. Q.; COSTA, M. C. G. Trilhando novos caminhos: uma experiência pioneira. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS C., M. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC, Buenos Aires: Lugar Editorial, Londrina: UEL, 1999b. v. 2, p. 307-316.

KOMATSU, R. S.; PADILHA, R. Q.; CALEMAN, G. Interdisciplinaridade na educação médica: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 81-93, nov./dez. 2000.

KOMATSU, R. S.; VENTURELLI, J.; LIMA, V. V.; ZANOLLI, M. B.; SILVA, R. F.; PADILHA, R. Q. A new MD program at the Faculty of Medicine of Marília: a two year experience in the process of change towards an integrated, student centered, problem-based learning (PBL), and community oriented program: a case study.

In: CONWAY, J., MELVILLE, D., WILLIAMS, A. (Ed). **Research and development in problem based learning PBL**: a way forward. Newcastle: Australian PBL Network, 1999a. v. 5, p. 135-143.

KOMATSU, R. S.; VENTURELLI, J.; LIMA, V. V.; ZANOLLI, M. B.; SILVA, R. F.; PADILHA, R. Q. A new MD curriculum at FAMEMA – Marília Medical School, Brazil. **Med. Teach.**, Basingstoke, v. 22, n. 3, p. 308, May 2000. Abstract.

KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B. Introduction to the study of Medicine: first educational unit (block) in a PBL curriculum. In: NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES ANNIVERSARY CONFERENCE, 20., 1997, Mexico City. **Programme**... Mexico City: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 1997. p. 240-241. Abstract.

KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B.; LIMA, V. V. Aprendizagem baseada em problemas. In: LIMA GONÇALVES, E.; MARCONDES, E. (Coord.). **Educação médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 223-237.

KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B.; LIMA, V. V.; BRANDA, L. A. **Guia do processo de ensino aprendizagem**: "aprender a aprender". 2. ed. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1998.

KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B.; PADILHA, R. Q. PBL curriculum: a new reality at Marília Medical School / FAMEMA. In: NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES ANNIVERSARY CONFERENCE, 20., 1997, Mexico City. **Programme**... Mexico City: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 1997. p. 242-243. Abstract.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LATOURET, B. **Jamais fomos modernos**: ensaio de antropologia simétrica. São Paulo: Editora 34, 1994.

LIBÂNEO, J. C. **Adeus professor, adeus professora?** Novas exigências educacionais e prática docente. São Paulo: Cortez, 1998.

LIMA, V. V. **Educação médica**: a dimensão social no currículo do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília em 1998 e 1999. 2000. 296 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LIMA, V. V. (Org.). **Caderno de avaliação da FAMEMA**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999.

LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S. UNI-Marília: possíveis efeitos sobre as políticas educacionais. In: ALMEIDA, M; FEUERWERKER, L; LLANOS C., M. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC, Buenos Aires: Lugar Editorial, Londrina: Ed. UEL, 1999. v. 2, p. 119-123.

LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S.; PADILHA, R. Q. UNI Marília: capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de lideranças. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, n. 12, p. 90-96, jul. 1996.

LINDEMAN, R. D. Overview: renal physiology and pathophysiology of aging. **Am. J. Kidney Dis.**, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 275-282, Oct. 1990.

LUCKÉSI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MANDIN, H.; HARASYM, P.; EAGLE, C.; WATANABE, M. Developing a "clinical presentation" curriculum at the University of Calgary. **Acad. Med.**, Washington, v. 70, n. 3, p. 186-193, Mar. 1995.

McLAREN, P. L. **Multiculturalismo revolucionário**: pedagogia do dissenso para o novo milênio. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

McLAREN, P. L. **Utopias provisórias**: as pedagogias críticas num cenário pós-colonial. Petrópolis: Vozes, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo**. São Paulo: Cosac&Naify, 2002.

MIGUEL, J. C.; VILLANI, V. G. **Nos bastidores da história, a origem da Faculdade de Medicina de Marília**. Marília, [198?]. 53 f.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competencies/performance. **Acad. Med.**, Washington, v. 65, n. 9, p. S63-S67, Sept. 1990.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

MINAYO, M. C. S., COIMBRA JR., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A (Org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 11-24.

MOREIRA, A. F.; SILVA, T. T. (Org.) **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994.

MORIN, E. **Amor, poesia, sabedoria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

MORIN, E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 7-16.

THE NETWORK COMMUNITY-BASED EDUCATION FOR HEALTH PROFESSIONALS. **Position paper: problem based learning**. Maastricht, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE FACULDADES E ESCOLAS DE MEDICINA; FEDERAÇÃO PANAMERICANA DE ASSOCIAÇÕES DE FACULDADES DE MEDICINA. **Encuentro Continental de Educación Médica. Educación, práctica médica y necesidades sociales**. Una nueva visión de calidad. Washington: OPS, 1995. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 102).

ORTEGA Y GASSET, J. **A desumanização da arte**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

PADILHA, R. Q. **Os hospitais de ensino e a previdência social**: estudo de um caso. 1996. 153 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PATEL, V. L.; GROEN, G. J.; NORMAN, G. R Effects of conventional and problem-based medical curricula on problem-solving. **Acad. Med.**, Washington, v. 66, n. 7, p. 380-389, Jul. 1991.

PERRENOUD, P. **Avaliação**: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 9-23.

PESSOA, F. **Poesia**: Alberto Caeiro. São Paulo: Cia. das Letras, 2001.

PESSOA, F. **Poesia**: Álvaro de Campos. São Paulo: Cia. das Letras, 2002.

PROGRAMA DE INCENTIVOS ÀS MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE MEDICINA. **Edital de Convocação 08/02**. Brasília: MS/MEC/OPAS, 2002.

PROGRAMA UNI. **Desenvolvimento do UNI na academia:** Seminário de Sistematização. Miami: Programa UNI / W. K. Kellogg Foundation, 1997.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas:** tempo, caos e as leis da natureza. São Paulo: Editora Unesp, 1996.

RAYNAL, F.; RIEUNIER, A. **Pédagogie: dictionnaire des concepts clés:** apprentissage, formation, psychologie cognitive. 2. ed. Paris: ESF, 1998. p. 76-78.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-224, jun. 1987.

REDE UNIDA. **Contribuição da Rede UNIDA para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde.** Salvador, 1998.

RICOEUR, P. Sobre um auto-retrato de Rembrandt. In: _____. **Leituras 3:** nas fronteiras da filosofia. São Paulo: Loyola, 1996. p. 13-15

ROMÃO, J. E. **Avaliação dialógica:** desafios e perspectivas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SACKETT, D. L.; RICHARDSON, W. S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R. B. **Evidence-based medicine:** how to practice & teach EBM. 2nd. ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo:** uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SALGADO, S. **Retratos de crianças no êxodo.** São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente:** contra o desperdício da experiência: para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. São Paulo: Cortez, 2000. v. 1.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, L. G. Tecnologia, perda do humano e crise do sujeito do direito. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. (Org.). **Os sentidos da democracia**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 291-306.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: o pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SARTRE, J. P. **A imaginação**. 2. ed. Algés: Difel, 2002.

SCHMIDT, H. G.; MOUST, J. H. C. What makes a tutor effective? A structural-equations modeling approach to learning in problem-based curricula. **Acad. Med.**, Washington, v. 70, n. 8, p. 708-714, Aug. 1995.

SCHMIDT, H. G.; VAN DER ARENT, A.; MOUST, J. H. C.; KOKX, I.; BOON, L. Influence of tutors' subject-matter expertise on student effort and achievement in problem-based learning. **Acad. Med.**, Washington, v. 68, n. 10, p. 784-791, Oct. 1993.

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

SCRIVEN, M. The methodology of evaluation. **AERA Monograph Series on Evaluation**, v. 1, p. 39-83, 1967.

SILVA, R. F. **Prática educativa transformadora**: a trajetória da unidade educacional de interação comunitária. 2000. 143 f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, R. F.; KOMATSU, R. S. Community interaction: a special activity in a new problem-based curriculum. In: NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES ANNIVERSARY CONFERENCE, 20., 1997, Mexico City. **Programme...** Mexico City: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 1997. p. 41-42. Abstract.

SILVER, M.; WILKERSON, L. Effects of tutor with subject expertise on the problem-based tutorial process. **Acad. Med.**, Washington, v. 66, n. 5, p. 298-300, 1991.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; XIMENES, L. F.; DESLANDES, S. F. O idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 191-209

SPAULDING, W. B. The undergraduate curriculum (1969 model) at McMaster University. **Can. Med. Assoc. J.**, Ottawa, v. 100, n. 14, p. 659-664, Apr. 1969.

TOSTESON, D. C.; ALDESTEIN, S. J.; CARVER, S. (Ed.). **New pathways to medical education**: learning to learn at Harvard Medical School. Boston: Harvard University Press, 1994.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TSUJI, H.; ZANOLLI, M. B. **Manual do internato da FAMEMA**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2001.

TYLER, R. **Basic principles of curriculum and instruction**. Chicago: University of Chicago Press, 1950.

VAN DER VLEUTEN, C. P. M.; WIJNEN, W. (Ed.). **Problem-based learning**: perspectives from the Maastricht experience. Amsterdam: Thesis, 1990.

VENTURELLI, J. **Educación Médica**: nuevos enfoques, metas y metodos. Washington: Organización Panamericana de la Salud – OPAS/ PAHO, 1997.

VERAS, R. P. **País jovem de cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Reorientation of medical education and medical practice for health for all**. Geneva: WHO, 1995. (WHA Resolution 48.8).

WIERZCHON, P. M. Como abrir caminhos para a transformação do ensino médico: vivendo a realidade da mudança. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 27-31, maio/dez. 1999.

WITTGENSTEIN, L. **Tratatus logico-philosophicus**. Frankfurt: Suhrkamp, 1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Changing medical education and practice**: an agenda for action. Geneva, 1991.

ZANOLLI, M. B.; KOMATSU, R. S. Tutors' training: begining a PBL programme. In: NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES ANNIVERSARY CONFERENCE, 20., 1997, Mexico City. **Programme...** Mexico City: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 1997. p. 138-139. Abstract.

Apêndice A – Questionário aplicado aos estudantes ao final da 4ª. Série 2000

Questionário para estudantes da 4ª série do Curso de Medicina da FAMEMA/2000

1. Um ano após o desenvolvimento da Unidade 17 – Envelhecimento da 3ª série da FAMEMA/1999, solicitamos que você julgue se esta unidade educacional contribuiu para o seu desenvolvimento pessoal considerando o programa da FAMEMA como um todo: unidades subsequentes, unidades de apresentações clínicas, prática na IC 4: UBS/USF, eletivos, incluindo todas as possibilidades de aprendizagem autodirigida e auto-aprendizagem.

() Sim () Não

Por que ?

2. A unidade educacional Envelhecimento contribuiu para uma relação teoria-prática adequada no decorrer do ano letivo de 2000, integrando aspectos teóricos levantados e trabalhados na Unidade 17 à prática desenvolvida ao longo da 4ª série ?

() Sim () Não

Por que ?

Questionário para estudantes da 4ª série do Curso de Medicina da FAMEMA/2000

Solicitamos que você julgue se a Unidade 17 – Envelhecimento da 3ª série da FAMEMA/1999 contribuiu para o seu desenvolvimento pessoal considerando o programa da FAMEMA como um todo: *unidades subsequentes, unidades de apresentações clínicas, prática na IC 4 : UBS/USF, eletivos, incluindo todas as possibilidades de aprendizagem auto – dirigida e auto – aprendizagem, especialmente no tocante ao desenvolvimento das competências para:*

Aprender a aprender

(☐) Sim (☐) Não

Justifique, exemplificando através de situações práticas se for o caso.

Saber pensar

(☐) Sim (☐) Não

Justifique, exemplificando através de situações práticas se for o caso.

Saber cuidar

(☐) Sim (☐) Não

Justifique, exemplificando através de situações práticas se for o caso.

Resgatar o humano em nossas práticas

(☐) Sim (☐) Não

Justifique, exemplificando através de situações práticas se for o caso.

Grato pela sua valiosa contribuição!

Apêndice B – Roteiro da entrevista de estudantes
Roteiro da entrevista com estudantes da 6ª. Série do Curso de
Medicina no Ambulatório de Geriatria da FAMEMA

Como você avalia as oportunidades de ensino-aprendizagem sobre a atenção à saúde do idoso oferecidas pelo Curso de Medicina da FAMEMA?

Quais as qualidades esperadas de um(a) bom(a) médico(a)?

Há alguma particularidade esperada de um(a) bom(a) médico(a) para cuidar de pessoas idosas?

Apêndice C – Roteiro da entrevista de pacientes**Roteiro da entrevista com pacientes do Ambulatório de Geriatria da
FAMEMA**

O que o Sr.(a) acha deste(a) futuro(a) médico(a) que o (a) atendeu ? O Sr.(a) acredita que ele será um bom médico(a)? Por que?

Quais as qualidades esperadas de um(a) bom(a) médico(a)?

Há alguma particularidade esperada de um(a) bom(a) médico(a) para cuidar de pessoas idosas?

Apêndice D– Termo de consentimento livre e esclarecido**Projeto de Pesquisa**

“Encontro de olhares entre pacientes e estudantes: aprendizagem baseada em problemas e o envelhecimento”

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,

RG _____, abaixo assinado (a), concordo em participar deste

estudo sobre visões acerca de saúde, envelhecimento e educação onde as

entrevistas serão gravadas em fita cassete, e estou ciente de que terei:

- A garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa.
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
- A segurança de não ser identificado (a) e de que será mantido o caráter confidencial da informação.
- A segurança de que minha participação não trará qualquer prejuízo a mim.
- As informações sobre os resultados do estudo, quando solicitado.

_____, aos _____ de _____ de 2002. _____.

Assinatura do entrevistado

Pesquisador: Prof. Ricardo Shoiti Komatsu
Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA
Tel.: 55 14 421-1825 – FAX: 55 14 422-1079 - e.mail:komatsu@famema.br
Av. Monte Carmelo, 800 – 17519-030 – Marília – SP

Apêndice E – Aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa

Apêndice F – Formato de avaliação do estudante pelo tutor

Apêndice G – 1º. EAC

Apêndice H – 2º. EAC