

**Eliana Goldfarb Cyrino**

**Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico**



Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Pediatria – Área de concentração em "Pediatria" da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, para obtenção do título de Doutor

*Orientadora: Profa. Dra. Agueda Beatriz Pires Rizzato*

Botucatu, SP  
2002

**Eliana Goldfarb Cyrino**

**Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Pediatria -Área de concentração em "Pediatria" da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, para obtenção do título de Doutor

**Orientadora: Profa. Dra. Agueda Beatriz Pires Rizzato**

Botucatu, SP  
2002

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ELZA NUMATA

Cyrino, Eliana Goldfarb

Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu : descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico / Eliana Goldfarb Cyrino. – 2002.

Tese (doutoramento) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002.

Orientadora: Agueda Beatriz Pires Rizatto

1. Educação médica

CDD 616.07

Palavras-chave: Educação médica; Pediatria; Saúde Pública; Ensino; Inovação pedagógica

## ***Dedicatória***

*À minha mãe, Eva Goldfarb, mulher forte e presente, por tudo que tem sido nossas vidas tão intimamente ligadas, pela paixão, admiração e todo aprendizado.*

*Ao meu pai que me fez gostar de tantas coisas da vida e a quem devo quase tudo que sou, Szymon Goldfarb, que me deixou, com sua morte, um pouco sem chão e que continuo, a cada novo dia, sentir muito a sua falta.*

*Aos dois agradeço muitíssimo.*

*Aos meus avós, herança judaica de sofrimentos e tradição cultural, por tantas histórias, músicas, festas e aprendizagens.*

*Ao Toninho, companheiro e amigo sempre tão presente em todos meus passos e caminhadas, pelo carinho, compreensão, incentivo e afinidade em tantos projetos profissionais e de vida que nos possibilitam tantos anos de convivência.*

*À Alice, Verinha e Laura, razão maior de minha existência, que tanto têm me ensinado sobre a vida e sobre o apaixonante processo de criar filhas .*

*Ao professor e amigo Dr. Antonio de Pádua Campana, que me conquistou com sua presença e seu brilho e que partiu tão precocemente... sem que pudéssemos partilhar tantas vivências e alegrias.*

*Ao professor e amigo Dr. Murilo Rodrigues Viotti, meu mestre na arte de ser médica, que não consegui vê-lo já no final de sua existência pois precisei guardar na lembrança a imagem de um homem forte e poderoso.*

*Ao Julhinho Goldfarb, que me gravou com o sentimento solidário e de justiça do conhecimento científico, que não precisava morrer tão cedo, com tanta vontade de iniciar e prosseguir seus projetos.*

*À BOTUCATU*

*Cidadezinha, quisera escrever-te um poema cúbico  
Que desenhasse tuas calçadas, o vento frio,  
Prendesse nos versos teu cheiro de mato,  
A verde solidão que entregas a quem chega.  
Cidadezinha, quisera mostrar com palavras  
As casas tristes que espiam, olhudas,  
Por estas velhas janelas de madeira branca,  
Esta doçura demodê de tuas sacadas européias.  
Como queria, cidade branca, dizer teu nome  
Com ladeiras inimagináveis, arcos do tempo  
Que o vento, mãe natureza caprichosa,  
Fizeram íngremes como o pensamento meu.  
Quisera dizer de tua fealdade tão bela,  
Da máscara enrugada que cobre os belos rostos  
Da tua arquitetura, sobrevivente do caos,  
Do teu frio, de teus cafés perfumados,  
De tua majestade perdida há tanto!  
De tuas histórias impossíveis, da distância enorme  
Entre ti e o restante do universo, cidadezinha,  
Que agora és minha também.  
Sou mais um pássaro leve e passageiro por tuas praças,  
Por tuas torres imersas no céu,  
Por tua rica cumplicidade...  
Meu poema não é cúbico, nem exato, nem te serve:  
É um colete torto de alfaiate aprendiz  
Que vive a tentar coser palavras e vesti-las ao mundo.  
Cidadezinha, aceita esta simples conversa  
Que verte em tua sombra fresca e rara,  
Minha cidadezinha na montanha...  
Só segue teu rumo incerto ao amanhã  
E deixa-me guardar em teu sorriso de lembrança.*

*Maria Tereza de Moraes Souza*

*(aluna da Faculdade de Medicina de Botucatu, cantora e escritora)*

*Aos estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu que  
cursaram o terceiro ano médico em 1998, 1999 e 2000 por  
acreditarem na inovação e assim sendo, contribuírem à  
construção dos cursos.*

*Sem vocês, teria sido impossível a realização deste estudo.*

## **Agradecimentos**

À professora e amiga Agueda Beatriz Pires Rizzato, minha orientadora, pela enorme paciência e por ter compartilhado momentos tão significativos na realização deste trabalho e de tantos outros, nas escolhas e caminhos profissionais, na minha vida e de minha família. Mas, acima de tudo, pela competência, dedicação e compromisso com uma escola médica inovadora.

À professora Miriam Foresti por todas as sugestões preciosas, por sua leitura extremamente cuidadosa do manuscrito, por ter me dado a oportunidade de compartilhar imenso material bibliográfico de valor inestimável e pela disponibilidade.

À professora Cecília Magaldi que sempre, de uma forma ou de outra, me dá base para que eu possa avançar. Suas palavras, seus textos, sua vida me estimulam a novos desafios.

À professora Massako Iyda, por ter contribuído muito na versão final deste trabalho como de tantos outros, por sua crítica sempre tão precisa e a quem tenho grande admiração.

Às professoras da banca examinadora de minha qualificação: Lilia Blima Schraiber, Agueda Beatriz Pires Rizzato, Miriam Foresti, Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira e Maria Lúcia Toralles Pereira que me iluminaram com suas enormes contribuições e possibilitaram uma busca de soluções reais e preciosas para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas do Departamento de Saúde Pública da FMB, especialmente, ao Antonio de Pádua Pitton Cyrino, Antonio Luiz Caldas Junior, Ione Morita, Luís Carlos Giarola, Luana Carandina, Luiz Roberto de Oliveira, Margareth Aparecida Santini de Almeida, Karina Pavão Patrício, Maria Luiza Cassetari, Luciana Cristina Parenti e Heloísa Basseto que em diferentes momentos contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa e às inovações propostas.

Aos colegas do Mestrado em Educação Médica da Universidade de Illinois, Chicago, aos professores, Ara Tekian, George Bordage, Michael Seefeldt (meu

orientador) que entendendo minhas dificuldades me deram enorme apoio à concretização deste mestrado e aos amigos Pedro Gordan, Paulo Marcondes e Lidia Raquel de Carvalho que me contaminaram com novas línguas e linguagens, amparando-me para encontrar um lugar próprio no curso de mestrado. Com certeza, este foi um estudo que me abriu à possibilidade da presente pesquisa e nisso sou muito grata a todos os envolvidos neste mestrado e à Fundação Kellogg, à FUNDUNESP e ao Projeto UNI-Botucatu que forneceram suporte financeiro à realização do mesmo.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Pública da FMB pelo apoio na realização deste trabalho, especialmente à Cristina Alvis que com dedicação digitou a primeira versão e pelo apoio nestes anos todos, à Luciana Elena Nascimento de Campos pelo zelo, competência e extremo cuidado na digitação e editoração final do texto e à Rosangela Giarola pelo suporte na tabulação inicial dos dados.

À ex-estagiária da FUNDAP, Elizabeth Dezan, pelo suporte na tabulação final dos dados e pela força na digitação.

Ao Departamento de Pediatria da FMB-UNESP, que acolheu este trabalho, seus docentes, residentes e funcionários e especialmente à professora Cleide Enoir Petean Trindade a quem devo a possibilidade de desenvolvimento desse estudo.

Aos diretores da FMB, professores Paulo de Abreu Machado, Hamilton da Rosa Pereira, Marilza Vieira Rudge e Joel Spadaro pelo apoio à realização desta tese.

Às amigas e companheiras Alice Yamashita Prearo, Elizabeth Dezan e Paula Freire, funcionárias do Núcleo de Apoio Pedagógico da FMB, pela dedicação, compreensão, estímulo e por me substituírem em momentos difíceis na realização deste trabalho.

Aos companheiros da coordenação do Núcleo de Apoio Pedagógico da FMB, Sílvio Alencar Marques, Beatriz Bojikian Matsubara, Maria Cristina Pereira Lima, Agueda Beatriz Pires Rizzato, Sergio Swain Müller, por tantas construções e especialmente ao José Carlos Peraçolli que prontamente me substituiu, na fase final de elaboração da tese.

Ao professor José Venturelli pela enorme contribuição no desenho dos cursos.

À Mônica Rosolen, minha professora de inglês e amiga, sempre pronta a ajudar, por ter feito o resumo em inglês.

Aos professores, estudantes, residentes e funcionários que vêm participando de todo processo de mudança da FMB ao longo de todos estes 40 anos de existência e especialmente à professora Dináh Borges de Almeida pela luta constante em busca da melhoria da Faculdade de Medicina e de uma Universidade relevante e democrática.

Aos estagiários e residentes, que vêm trabalhando neste anos todos junto ao Departamento de Saúde Pública, pelo constante questionamento e enorme aprendizado, ao Fábio Luiz Vieira por tantas vivências e à Doris Beloya Henao pelo apoio e amizade.

À professora Gimol Benzaquen Perosa pelo estímulo recebido na realização do presente estudo.

À Dna. Quita, que tem enorme disponibilidade para ensinar e com quem sempre aprendo, pela atenção na revisão gramatical.

Às funcionárias da Biblioteca Central da UNESP de Botucatu pelo interesse e disponibilidade, especialmente à Elza Numata e Rosemary Cristina da Silva pela atenção e revisão das referências bibliográficas.

Aos funcionários da Pós Graduação da F.M.B. pelo apoio em todos os momentos.

Às companheiras do Programa de Saúde Escolar de Botucatu que me acompanham no grande desafio deste projeto comunitário há mais de 15 anos.

Aos meus queridos irmãos, Elizabeth, José Luiz e Milton Goldfarb e minha cunhada Ana Maria Alfonso Goldfarb, que tanto amo e admiro e que sempre me estimularam a lutar e crescer profissionalmente.

Um agradecimento especial à amiga Maria Lucia Toralles Pereira com quem há anos partilho de discussões aqui tão presentes e a quem devo grande influência na minha formação no campo da educação.

*De tudo, ficaram três coisas: A certeza de que  
estamos sempre começando...  
A certeza de que sempre precisamos continuar...  
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar ..  
Portanto, devemos: Fazer da interrupção um caminho novo ...  
Da queda, um passo de dança ...  
Do medo, uma escada ...  
Do sonho, uma ponte ...  
Da procura, um encontro ...*

*Fernando Pessoa*

## Sumário

RESUMO  
SUMMARY

<b>1. Introdução</b>	15
1.1 O ensino médico na história da Faculdade de Medicina de Botucatu	29
1.2 A proposta do estudo: contextualizando o problema	38
1.3 Objetivos do estudo	48
<b>2. Transição de paradigmas na educação: bases teóricas e metodológicas do estudo</b>	49
2.1 O trabalho do professor e o valor da docência na graduação médica	57
2.2 Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP)	68
2.3 Identificando uma lacuna: a necessidade de avaliação de nossos cursos	100
<b>3. Metodologia</b>	108
<b>4. Descrição e análise das experiências</b>	115
4.1 Caso 1: O curso de Saúde Coletiva III	115
4.1.1 Educação Médica e Saúde Pública	115
4.1.2 O ensino no Departamento de Saúde Pública da FMB	123
4.1.3 O curso de Saúde Coletiva III ministrado em 1999	126
4.1.3.1 A Avaliação dos estudantes em relação à qualidade educacional e à eficiência do professor	132

4.1.3.2 Análise dos dados qualitativos	169
4.1.3.2.1 A Avaliação do estudante	169
4.1.3.2.2 A autoavaliação dos professores	178
4.2 Caso 2: O curso de Semiologia Pediátrica	186
4.2.1 Educação Médica e Pediatria	186
4.2.2 O ensino no Departamento de pediatria da FMB	191
4.2.3 O curso de Semiologia Pediátrica ministrado em 2000	195
4.2.3.1A avaliação dos estudantes em relação à qualidade educacional e à eficiência do professor	197
4.2.3.2 Análise dos dados qualitativos	203
<b>5. Discussão</b>	<b>207</b>
<b>6. Considerações finais</b>	<b>221</b>
<b>7. Referências Bibliográficas</b>	<b>224</b>

Anexos

## RESUMO

### **Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico**

Um movimento amplo vem se estruturando para responder à formação de um médico crítico, criativo, com responsabilidade, ético e mais humano e que participe ativamente na construção do Sistema Único de Saúde. Em 1998, docentes dos Departamentos de Pediatria e de Saúde Pública iniciaram a construção de novos cursos a serem ministrados ao terceiro ano de graduação médica. O objetivo desta investigação foi descrever os casos de inovação dos cursos de Semiologia Pediátrica e de Saúde Coletiva III para o desenvolvimento da proposta de reforma curricular da instituição. Foram escolhidos dois casos singulares: Saúde Coletiva III, com a participação de cinco disciplinas: Administração, Ciências Sociais, Epidemiologia, Ética e Nutrição em Saúde Pública, oferecido em 1999 e Semiologia Pediátrica ministrado em 2000. Para descrição e avaliação dos casos, utilizaram-se de métodos quantitativos e qualitativos. O de Saúde Coletiva III foi organizado sob três núcleos temáticos: Problemas em Saúde Pública; Nutrição em Saúde Pública; Planejamento em Saúde. O modelo de ensino centrou-se na problematização de situações concretas vivenciadas na prática da Saúde Pública, trabalhando-se em centros de saúde, serviços e organizações de saúde da região de Botucatu. O de Semiologia Pediátrica privilegiou a atenção integral à saúde da criança. O modelo de ensino centrou-se na aprendizagem baseada em problemas e no aprendizado prático da semiologia pediátrica em diferentes cenários, enfatizando-se o ensino em ambulatório. Nos dois casos privilegiou-se o trabalho em pequenos grupos, com a orientação docente. A avaliação foi uma preocupação constante, apresentando aspectos diferentes para os dois cursos. Os cursos estudados inovaram pelo esforço de Departamentos que tiveram autonomia e independência para formulá-los. A principal missão colocada voltou-se à utilização de estratégias que pudessem proporcionar a valorização do ensino centrado no estudante e sua capacidade de construir conhecimento com maior autonomia. No caso da Pediatria avançou-se rumo ao modelo da Medicina Integral, com um enfoque mais amplo do modelo de atendimento à criança. No caso da Saúde Coletiva, aproximou-se do modelo da Medicina Comunitária, proporcionando a problematização de situações concretas do trabalho no SUS e em especial na atenção primária. Tanto alunos como professores sentiram-se muito beneficiados com as inovações e a utilização de novas tecnologias educacionais. Os cursos demonstram a possibilidade de mudanças no ensino e podem contribuir com o processo de inovação institucional.

## **SUMMARY**

Contributions to the curriculum, reform of Botucatu Medical School: case description and analysis in Pediatrics and Public Health as a starting point for changes in the third year.

Many projects and changes have been under way to add to the formation of a critical, creative, responsible, ethical and caring doctor who would be strongly participative in the consolidation of SUS (Unified Health System). In 1998, faculty members of the Pediatrics and Public Health Departments of Botucatu Medical School started planning new courses for the third year of Medical School. This work describes the innovations in the courses of Pediatric Semiology and Collective Health III aiming the curricular reform in the institution. Two particular cases were chosen: Collective Health III with five disciplines: Administration, Social Sciences, Epidemiology, Ethics and Nutrition in Public Health taught in 1999 and Pediatric Semiology in 2000. Quantitative and qualitative methods were used to describe and evaluate the cases. Collective Health covered three themes: Problems in Public Health, Nutrition in Public Health and Planning in Health. The teaching model was centered on the inquiry of real situations routinely experienced in Health Centers and other Health Services in Botucatu and surrounding areas. Pediatric Semiology focused on full assistance to children. The teaching model adopted was Problem Based Learning and practical teaching of Pediatric Semiology in different scenarios, mainly in the outpatient department. Group work under professor guidance was encouraged in both cases. Constant evaluation was strongly valued presenting different aspects in these two courses. The innovation came as a result of the effort made by the departments who had autonomy to carry it out. The main goal was to realize and utilize the strategies that could offer a student-centered approach which would allow for more independence to build and increase his knowledge. As to Pediatrics, the model adopted was Comprehensive Medicine focused on child assistance. As to Collective Health the focus was Community Medicine since concrete scenarios were supplied from the work developed at SUS and at primary care centers. The professors as well as the students were benefited from the introduction of new technology in education. These courses demonstrated the feasibility of changes in teaching and the possibility of contribution to the process of teaching innovations at a Medical School.

## ***1 Introdução***

*O raciocínio é importante para provar as coisas, mas é a intuição que mostra a solução dos problemas. Acredito que nem sempre se pode ver as coisas com clareza. Há coisas que, por sua própria natureza, não podem ser vistas com muita clareza. São coisas crepusculares, e se quiserem vê-las com clareza elas somem. E têm de ser vistas mesmo assim.*

*Mário Schenberg, 1984*

Há um grande reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder, em última instância, às demandas sociais de saúde. As instituições de ensino têm, assim, sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde. O que, no caso específico da educação médica, significa formar médicos com habilidades adequadas às exigências da carreira profissional, a serem exercidas com responsabilidade e curiosidade científica, e que, fundamentalmente, lhes permita recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.

Desde o início do século XX, o ensino de Medicina experimentou diversas propostas de reforma, das quais destacam-se aquelas que tiveram mais influência na América Latina e, em particular, no Brasil, quais sejam: a reforma Flexner, os movimentos da Medicina Integral e Preventiva e o movimento da Medicina Comunitária (Arouca, 1975; Schraiber, 1989).

A primeira reforma importante na educação médica foi decorrência do estudo conduzido por Flexner e publicado em 1910, no qual apresenta uma extensa avaliação do padrão educacional de escolas médicas americanas e

canadenses, frente à preocupação com os desníveis de qualidade existentes entre profissionais graduados em distintas escolas. Trata-se de uma reforma “cientificista”, na medida em que propõe uma reconfiguração da prática educacional das escolas médicas “essencialmente como uma capacitação técnica, cientificamente fundada” (Schraiber, 1989).

Nesses termos a educação médica só seria efetiva mediante a

“qualificação do aluno em uma prática clínica articulada à pesquisa (integração hospital-laboratório), residindo a aprendizagem, antes de mais nada, na atividade técnica concreta, hospitalar e de pesquisa laboratorial, do próprio aluno” (Schraiber, 1989:109).

Este modelo não só é reconhecido como o mais adequado, como é tomado como o único verdadeiramente válido e universal. Suas bases decorrem de uma leitura positivista da ciência e, portanto, assentada na idéia de que o fenômeno pode ser reduzido, medido nos seus constituintes e que as causas que o determinaram podem ser assim deduzidas. Esta corrente de pensamento tem sido dominante nas ciências da saúde e tomada como explicação bem sucedida no desenvolvimento das ciências médicas e na explicação sobre as doenças e a reparação do corpo (Baum, 1995). Enfim, esta corrente de pensamento orienta predominantemente a visão de ciência na maioria das escolas médicas, o que pode significar um real obstáculo às mudanças na educação médica.

A concepção positivista de ciência está presente, mais generalizadamente, nos cursos de graduação, quando:

“o conhecimento é tido como acabado e sem raízes isto é, descontextualizado historicamente; a disciplina intelectual é tomada como reprodução das palavras, textos e experiências do professor; há um privilégio da memória, valorizando a precisão e a segurança; dá-se destaque ao pensamento convergente, à resposta única e verdadeira; no currículo, cada disciplina é concebida como

um espaço próprio de domínio do conhecimento que luta por quantidade de aulas para poder ter toda matéria dada; o professor é a principal fonte da informação e se sente desconfortável quando não tem todas as respostas; a pesquisa é vista como atividade para iniciados, fora do alcance de alunos de graduação, em que o aparato metodológico e os instrumentos de certezas se sobrepõem à capacidade intelectual de trabalhar com a dúvida” (Cunha, 1996).

Freire (1975) denomina este modelo educacional de visão bancária da educação, por representar “ o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos”. Nesta visão bancária, os estudantes são vistos como seres da adaptação e do ajuntamento. Quanto mais se exercitem os estudantes

“no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos” (Freire, 1975).

Nos últimos trinta anos, muitos diagnósticos foram realizados buscando-se identificar as principais tendências das escolas médicas no Brasil e na América Latina (Garcia,1972; Ferreira,1986; Almeida,1999). De modo geral, o positivismo é a concepção ainda dominante nas escolas médicas, haja vista que a preconizada “individualização do ensino nas ciências básicas” (Schraiber, 1989) está presente e é reforçada pela nítida separação entre ciclo básico/pré-clínico e ciclo profissional/clínico, no qual dominam as atividades no hospital universitário. Na maioria das escolas o ensino está centrado no hospital-escola, não guardando relação com a estrutura de organização dos serviços públicos de saúde e as necessidades de saúde da população habitante da região onde está localizada a escola médica (Silva, 1994).

“O objeto de ensino é predominantemente individual, incorporando em certa medida o núcleo familiar, relegando o enfoque coletivo a plano secundário. O plano de estudo orienta-se exclusivamente

para os aspectos biomédicos ou incorpora de forma marginal os aspectos médico-sociais da saúde” (Silva, 1994:98).

As escolas médicas no Brasil formam, predominantemente, médicos que sabem atuar no tratamento de doenças, mas com restrita capacidade de realizar ações de promoção da saúde e prevenção da doença.

Oswald (1993) mostra que uma das conseqüências da especialização e compartimentalização do ato médico foi a efetiva predominância de conhecimentos factuais que devem ser incorporados pelo aluno em detrimento de outros conhecimentos apresentados no currículo. Aponta, ainda, que as disciplinas oferecem seus cursos de forma independente, com elaboração do conteúdo, usando método expositivo e avaliações somativas enfatizando apenas a memorização do estudante. Pode-se dizer, em complementação, que os anos clínicos fornecem ao aluno uma visão de corpo muito reduzida: uma máquina com compartimentos que podem ser reparados por especialistas (Neame, 1999).

O outro movimento de reforma da educação médica a ser considerado é o representado pela Medicina Integral, e sua expressão no interior da educação médica é a Medicina Preventiva.

A Medicina Integral conforma-se, no início da década de 1950, nos Estados Unidos, fundamentalmente como decorrência da necessidade de responder à crise de financiamento que se instalava, gerando um enfrentamento entre a organização privada dos serviços médicos e o Estado. Representou, assim, um

“esforço liberal de superação da inadequada articulação entre a Saúde Pública, a cargo do Estado, e a Assistência Médica, a cargo do setor privado. Relação que, progressivamente, sob tensão, era alvo de propostas de intervenção do Estado na assistência médica, como forma de regular essa articulação. Mas, também, se colocava como esforço de superação da abordagem multifacetada do

paciente em função da crescente especialização da prática”  
(Donnangelo, 1979).

Enquanto projeto reformador da educação médica americana, a Medicina Integral tinha como objetivo aprimorar a medicina individual e superar seu caráter fragmentário, em função da crescente especialização da prática, mediante a concepção globalizadora do objeto individual da prática: o paciente como totalidade biopsicosocial. Tal proposição exigiria das escolas médicas formar um novo tipo de profissional, o qual deveria ter por base uma atuação que apreendesse globalmente a complexidade do paciente, atingindo-se, inclusive, a família.

A difusão desse ideário na América Latina assumiu características diferenciadas dentre as quais a introdução da Medicina Preventiva nos cursos médicos. Buscava-se a formação de um novo profissional que, com outra atitude, pudesse fazer frente aos problemas da prática médica. Para isso, a escola médica deveria: estabelecer uma coordenação horizontal e vertical das disciplinas “(ênfatizando-se o conhecimento relativo à prevenção das doenças) enquanto forma de integração dos campos parcelares do conhecimento médico”; introduzir novas disciplinas (Psicologia, Ciências Sociais, Antropologia, etc) de forma a promover uma “integração dos campos do conhecimento biológico e do conhecimento humanístico”; desenvolver atividades integradoras das disciplinas mediante realização de programação conjunta e o ensino extra-hospitalar com atividades que possibilitassem “contato direto com a família e o meio social do paciente, enquanto formas de práticas educativas que possibilitassem a visão global do indivíduo” (Schraiber, 1989:115).

A estratégia para difusão e concretização de tais objetivos centrava-se na criação de Departamentos de Medicina Preventiva em todas as escolas médicas, o que se efetivou no Brasil, enquanto prerrogativa legal estabelecida

pelo Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina, em decorrência da Reforma Universitária de 1968 (Cyrino, 1993).

Arouca (1975) critica algumas proposições da Medicina Preventiva, no já clássico estudo “O dilema preventivista”, ao reconhecer que, subjacente à idéia de integração, não está a de articulação de conhecimentos, mas de repetição do mesmo discurso em tantos momentos quanto possível do ensino, de modo a obter-se um consenso pela repetição. Chama ainda a atenção de que o ideário preventivista, ao concentrar-se sobre o sujeito, deixa de lado o conjunto das relações técnicas e sociais que o posicionaram.

Nesta perspectiva, Schraiber (1989) identifica que a Medicina Preventiva busca recompor o trabalho do médico mediante alterações na formação escolar. Ou seja, “pretendendo-se a consecução das transformações da prática através de reformas limitadas ao plano de ajustes do padrão educacional”. A educação é assim concebida “como um processo autônomo, sendo-lhe atribuída nesta autonomia, coerentemente com tal concepção, o papel de produto e instrumento de mudança da prática médica” (Schraiber 1989:116,117).

Esta concepção da educação, ao mesmo tempo, como produto e instrumento é o fundamento da denominada, por Schraiber (1989), “tese da inadequação”, que aplicada à Educação Médica poderia ser exemplificada por propostas que buscam “a reformulação da própria prática médica, a ser conquistada mediante transformações educacionais”, ainda que reconhecendo a influência do mercado de trabalho e o modo de organização da assistência sobre a escola médica (Schraiber, 1989).

A incapacidade da escola estar ajustada e o quanto isto pode ser alterado pela reforma do próprio padrão escolar, e ainda, o quanto estes desajustes fazem parte, estruturalmente, do sentido da educação na sociedade capitalista moderna não é objetivo deste estudo. No entanto, como serão abordados os processos de mudança da educação médica, é essencial

reconhecer os limites e as contradições a que tais processos estarão submetidos, no interior da dinâmica da educação enquanto prática técnica e social.

Assim, sinteticamente, pode-se reconhecer que é a dinâmica da prática médica que explica o caráter relativamente subordinado da educação médica, elucidando também o insucesso histórico dos projetos de reforma da educação médica. Todavia, na medida em que “tais propostas de reforma (...) [correspondem] a tentativas de respostas a contradições reais da prática e da educação médicas” é possível que, em “situações históricas nas quais as propostas de reforma educacional correspondam a rearranjos efetivos na prática médica (...), alcancem os objetivos (...) a que se propõem” (Schraiber, 1989:126). Esta poderia ser a situação da proposição de reforma voltada para a cobertura das “necessidades de saúde do conjunto da população”, que será examinada a seguir, na medida em que as reformas do setor público de saúde no Brasil começam a exercer certa influência sobre as diretrizes das escolas médicas<sup>1</sup>.

Esta terceira proposta de reforma, também conhecida como Medicina Comunitária, difunde-se na América Latina no início da década de 70 com o apoio de agências internacionais de saúde. Surge nos Estados Unidos, na década anterior, enquanto política social voltada para atender os grupos sociais de baixa renda, em particular migrantes, que se encontravam excluídos do acesso à assistência médica.

Se os movimentos da Medicina Integral e da Medicina Preventiva objetivavam influenciar a postura individual dos médicos, buscando uma recomposição do ato médico, a Medicina Comunitária ofereceu conceitos voltados a se repensar o cuidado médico intimamente ligado às necessidades

---

<sup>1</sup> Diferentes mecanismos podem ser reconhecidos neste processo, como: a avaliação de instituições de ensino, estabelecimento de diretrizes curriculares e linhas de financiamento às instituições que se proponham a adotar determinado modelo, como o atual Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina, proposto em 2001, pelas Secretarias de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.

da população (Cyrino, 1993). Deste modo, ao buscar compatibilizar a necessidade de extensão de serviços com o problema dos custos crescentes da assistência médica, reconhece como essencial uma simplificação tecnológica nas práticas de atenção à saúde, tendo por base evidências epidemiológicas que apontavam maior prevalência de doenças mais simples em populações.

Para a Medicina Comunitária, a escola médica forma profissionais inadequados para resolver os problemas de saúde da comunidade, dado o crescente privilegiamento do conhecimento em campos cada vez mais segmentados (Schraiber, 1989) e, ainda, em decorrência das atividades práticas estarem centradas no hospital-escola. Espaço este em que os problemas de saúde referem-se a doenças pouco frequentes e complexas, do ponto de vista terapêutico e do diagnóstico, representando assim, uma prática pouco significativa da realidade do conjunto dos serviços médicos. Com base nestes pressupostos, a educação médica vai assumir nova proposta de mudança, norteadada pelo desenvolvimento do ensino nos chamados serviços básicos de saúde, devendo o hospital-escola assumir um novo papel ao integrar-se ao sistema de saúde (Cyrino, 1993).

É interessante perceber que nos anos de 1990, as linhas gerais do movimento da Medicina Comunitária continuaram presentes no arcabouço das propostas de reforma implementadas na América Latina, como é o caso do Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde) formulada pela Fundação Kellogg. Neste sentido, continua atual a leitura crítica que faz Schraiber (1989) dos reflexos deste movimento na educação médica, ao afirmar que o “privilegiamento da qualificação especializada” é tomado como se fosse decorrência de determinados “padrões técnicos do ensino” e, assim, sua superação é reconhecida como possível instruindo-se novas “competências técnicas individuais”.

O maior desafio para inovação das escolas médicas refere-se à possibilidade de romper com o modelo biomédico de ensino centrado no diagnóstico e no tratamento das doenças, e reorientando-o para lidar com os principais problemas de saúde da população e que ainda estimule a criatividade e o senso crítico dos estudantes mediante práticas desenvolvidas sob a ótica da atenção integral (prevenção e cura) nos diferentes níveis de cuidado da saúde (Silva, 1994). É fato que as escolas médicas não se orientam em torno da saúde. Elas estão voltadas para ensinar as doenças e na verdade apenas parcialmente (Mroninski, 1996), centrando o ensino no processo diagnóstico e no tratamento, com pouca ênfase nos aspectos voltados ao cuidado com o paciente ou mesmo à dimensão mais humana da relação médico-paciente.

Pesquisa realizada recentemente pela CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), sobre as escolas médicas no Brasil, assinalou que

“a descrição do processo de formação revela a hegemonia absoluta dos conteúdos programáticos que permitem a compreensão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico. Desvenda a semiologia como instrumental de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na abordagem dos distúrbios fisiomorfológicos e assegura a reprodutividade da prática médica, funcionando como instituinte da clínica moderna fundamentada no método positivista” (CINAEM – Modelo Pedagógico, 1997:36).

Se no início do século XX, os médicos possuíam recursos limitados para tratar e curar seus pacientes, apoiando-se no saber e na experiência pessoal de cada médico, dedicando seu tempo para dar suporte, cuidado e conforto aos doentes de modo a desenvolver uma relação de confiança. A partir da década de 1960, com o desenvolvimento técnico-científico, uma maior divisão de trabalho médico e conseqüentemente, com a mudança do

modelo de atenção à saúde, o trabalho médico passou a se realizar de forma bastante fragmentada, impessoal e com valorização de habilidades técnicas em detrimento de uma relação médico-paciente mais humanizada (Schraiber,1996). É paradoxal, neste sentido, que enquanto a confiança na medicina, como prática técnica, ter ampliado-se durante a segunda metade do século XX, a confiança nos médicos foi progressivamente reduzindo-se, instalando-se neste sentido uma verdadeira crise de confiança.

A base do ensino médico, na atualidade, volta-se muito aos avanços das novas e, cada vez mais diversificadas tecnologias de diagnóstico e tratamento de enfermidades. Inúmeras doenças que até pouco tempo eram fatais, hoje são consideradas e tratadas como doenças crônicas, aumentando a expectativa de vida por muitos anos. Este sucesso na manutenção da vida, no entanto, não tem sido acompanhado do desenvolvimento da habilidade médica de ouvir, de cuidar, de compreender a vulnerabilidade dos pacientes diante do sofrimento e o adoecer (Puchalski, 2001).

Frente a todo o aparato da tecnologia médica, a Escola Médica tem preparado médicos “equipamento-dependentes” na expressão de Salgado (1979). Estes médicos, assim formados, “se desprovidos de senso crítico, poderão mais assegurar o consumo de bens e serviços, condicionados por interesses econômicos, do que atender às necessidades de saúde identificadas” (Magaldi, 1982:5).

Não é possível pensar em mudar, transformar o ensino médico sem levar em conta as relações da escola médica com a sociedade. Como apresenta Ribeiro (1998) é preciso recuperar a complexidade das relações da escola médica com o mundo do trabalho e como este último interfere nos modelos e práticas pedagógicos. Deve-se “reconhecer que há interesses em jogo e conflitos que explicitamente, supõem sujeitos e práticas que guardam

coerência e contradições em relação às suas intencionalidades” (Ribeiro, 1998).

No momento, não existe um sistema de saúde ou um modelo de prática médica capaz de resolver os problemas de saúde numa visão mais ampla. Neste sentido, necessita-se mudar a escola médica e a educação dos profissionais de saúde, formando indivíduos mais sensíveis às necessidades de saúde da população. Assim, uma série de questões precisam ser revistas e discutidas no sentido de qualificar os estudantes de medicina para novas possibilidades de ação.

Algumas das inúmeras perguntas, colocadas hoje para o ensino da Medicina, são também questões para o ensino superior em geral: o paradigma da ciência e o modelo de ensino presente nas Universidades.

O desenvolvimento da teoria quântica, nas primeiras décadas do século XX, instaurou uma crise na ciência clássica com o desvelamento de novas questões – a incerteza, a contradição e a necessária articulação observador-objeto – a seguir, outros campos científicos vão se defrontar com outras limitações da ciência contemporânea e apontar a necessidade de ampliar suas abordagens sobre o real<sup>2</sup>. Nesta perspectiva Morin (1994), reconhece a *incerteza* e a *contradição* como os “sinais precursores da Complexidade”.

Em *Ciência com Consciência*, Morin (1994) vai tratar a Complexidade como desafio colocado pelo real e incitamento para o pensar, em oposição ao seu entendimento como receita ou resposta. Neste sentido, vai assumir a incompletude do conhecimento, diferenciá-la do pensamento simplificador e mutilador e tomar a Complexidade como busca do conhecimento multidimensional ao respeitar as diversas dimensões de um fenômeno e ao procurar reatar articulações que foram destruídas pela divisão do conhecimento em disciplinas.

---

<sup>2</sup> CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz**. A singularidade do adoecer humano. Campinas: Papirus, 1994. p.32.

Se a produção do conhecimento nas ciências ainda mantém, enquanto produção hegemônica, o modelo clássico: fragmentado, causal, quantificável, nas Universidades brasileiras e nas escolas de medicina os modelos curriculares repetem o mesmo paradigma.

“A avaliação mostra que os currículos permanecem fragmentários, que as disciplinas se mantêm independentes, que as intercomunicações desejadas e tidas como necessárias em alguns casos mostram-se impossíveis de serem percebidas pelos alunos, dificultando-lhes a realização de análise e sínteses quando se deparam com situações complexas, nos quais os variados conhecimentos devem concorrer seja para diagnosticar, planejar ou para outras capacidades exigidas” (Braga, 1999: 20).

A própria organização curricular tem base no conhecimento e na visão de ciência positivista: “em primeiro lugar, vêm os conhecimentos básicos (...) seguidos de conhecimentos intermediários e instrumentais para, finalmente, chegar aos conhecimentos profissionais aplicados”, (Braga, 1999:22). As disciplinas são ofertadas por profissionais especialistas e orientadas pelos conteúdos especializados, fragmentados e redutores.

Convivemos com uma Universidade altamente especializada e dividida frente a uma realidade dinâmica e concreta da sociedade, que contém um todo complexo e indissociado.

O momento atual por que passa a universidade tem indicado

“a possibilidade de uma transição paradigmática em direção a uma forma de fazer ciência que é dialética por excelência, na sua preocupação de ver-se em relação a alguma coisa, e esta alguma coisa não é o paradigma da normalidade e sim o da nova ciência”(Braga, Genro e Leite,2002:35).

Contrapondo o modelo ainda hegemônico, centrado nas disciplinas, na especialização e no modelo biomédico, propõe-se um novo paradigma na universidade, que incorpore novas concepções ao processo de ensino e

aprendizagem, colocando o aluno como ator principal da ação. Este será um ensino baseado em procedimentos que:

“enfocam o conhecimento a partir da localização histórica de sua produção e o percebem como provisório e relativo; estimulam a análise, a capacidade de compor e recompor dados, informações, argumentos e idéias; valorizam a curiosidade, o questionamento exigente e a incerteza; percebem o conhecimento de forma interdisciplinar (...) e; entendem a pesquisa com um instrumento do ensino e a extensão como ponto de partida e de chegada da apreensão da realidade” (Cunha, 1996:32).

Existe hoje uma tensão estabelecida entre a mentalidade disciplinar e o movimento que procura a superação da fragmentação do conhecimento em busca do interdisciplinar.

“O deslocamento da ótica disciplinar para a ótica interdisciplinar compreende o trabalho através de temas amplos o suficiente para exigirem a participação de diferentes áreas de conhecimento, em vez do estudo através de conteúdos especializados” (Braga, 1999:31).

Braga citando Santomé (1994) caracteriza o século XX “como aquele da freqüente reorganização do conhecimento e da oscilação entre as tendências à especialização e propensões à unificação no que concerne à sua construção e difusão” (1999:23).

O autor assinala que, dada a complexidade dos problemas da sociedade atual, há “necessidade de se reorganizar e se reagrupar os âmbitos do saber, sob pena de graves erros na eleição de problemas a detectar, investigar” e ensinar. Ressalta, ainda, que esta proposição de interdisciplinaridade está voltada à formação de um profissional mais aberto, flexível, solidário, democrático e crítico, com a necessidade de uma formação universitária polivalente frente a

“mutabilidade veloz das sociedades atuais e, principalmente, à imprevisibilidade assustadora do futuro. Essa formação polivalente, seguramente, não é a do mito da educação enciclopédica e especializante (...). Esta formação polivalente pressupõe uma concepção de ciência e de especialista que seja capaz de lidar com a imprevisibilidade do futuro” (Braga, 1999: 23, 24),

Estima-se hoje que o conhecimento científico aplicado à prática médica dobre a cada três anos. Na medicina, não existem certezas incontestáveis ou dogmas eternos: “a medicina foi, é e sempre será uma ciência e arte em evolução” (Dantas e Lopes, 2002). As verdades serão transitórias e a história nos mostra momentos de ruptura com o conhecimento anterior.

“A medicina é uma profissão que exige aliar o conhecimento teórico à prática clínica. Necessitamos, num mundo cada dia mais incerto (...) estar atentos ao que existe de melhor e tomar decisões eticamente orientadas e comprometidas com o bem-estar dos pacientes e da sociedade” (Dantas e Lopes, 2002: 9).

Trabalhar em educação médica é acreditar nos seus sujeitos: estudantes e docentes e no futuro. “Não dá para ser educador e ser desesperançoso ao mesmo tempo. Temos que acreditar que há um amanhã para o Brasil e para o mundo” (Menezes, 1993) e inclusive para o ensino médico e para os serviços de saúde. Só assim se consegue encontrar sentido no risco de educar. Buscar-se um cotidiano que engrandeça o senso de autonomia de nossos estudantes assim como a exposição a situações concretas da realidade de saúde de nosso país pode significar um esforço à mudança do futuro de nossa educação médica (Freire, 1996; Venturelli, 1997).

## ***1.1 O ensino médico na história da Faculdade de Medicina de Botucatu***

*“É impossível começar do começo. Ao introduzirmos inovações, temos o presente e o passado da instituição, que estão presentes em seu futuro. Não é possível estabelecer um vazio, desfazendo-se da ordem antiga. Professores e alunos mantêm funcionando as estruturas do presente, planejando um enfoque diferente para o futuro”.*

*(Jean Rudduck, 1994)*

Em 1808, foram criadas, no Brasil, as duas primeiras escolas de cirurgia que, em 1832, foram convertidas nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Em 1889, foi fundada a Faculdade de Medicina no Rio Grande do Sul e em 1913 a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. A primeira grande expansão das Escolas Médicas no Brasil ocorreu no intervalo de 1965 a 1972, com a criação de 37 Escolas Médicas (Magaldi, 1982). Este aumento do número de escolas médicas decorreu de mudanças socio-econômicas e de uma maior demanda do mercado de trabalho.

Em 1962, foi criada a Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB) e, posteriormente, instalaram-se os cursos de Medicina e Medicina Veterinária (1963), o curso de Ciências Biológicas (1964) e, finalmente, o curso de Ciências Agrônômicas (1965), tendo todos um ciclo básico comum. Montelli e Magaldi (1988) relatam que, em 1965, implantou-se o Curso de Aplicação em Medicina da FCMBB, época caracterizada por

*“novas conquistas científicas, novos conceitos e reformulações universitárias. Justificável, portanto, que esforços tenham sido concentrados na atualização de métodos de ensino, na estruturação curricular renovada e na integração de ações dirigidas para concretizar a nova concepção de ensino médico no país”.* (Montelli e Magaldi, 1988).

Os autores apontam que buscava-se a construção de um curso médico que privilegiasse o papel do estudante no seu próprio aprendizado e os princípios de integração, com a participação das distintas disciplinas, inclusive com a proposição de integração de departamentos e disciplinas na execução do curso. Já neste período inicial, algumas propostas de inovação pedagógicas de integração interdisciplinar foram experimentadas, como o “Curso de Agressão e Defesa”, referido posteriormente.

Algumas idéias presentes, inicialmente, no curso de Medicina de Botucatu podem ser pontuadas. A primeira expressava a proposta de um ensino médico integrado, na qual se propunha a organização de enfermarias de ensino com a internação de pacientes de diversas especialidades, dirigida por uma Comissão de Ensino, responsável pela integração tanto do ensino prático como do teórico. A segunda referia-se à necessidade da criação de um Hospital Universitário, compreendida como o centro de ensino médico

“e um grande centro de diagnóstico e tratamento de doenças e muitas vezes de doenças raras... O ensino de Medicina, limitado a esse hospital universitário (HU), fornecerá ao estudante treinamento valiosíssimo, colocando-o a par do que há de mais avançado em Medicina e despertando nele o interesse para orientar sua Medicina para esse alto padrão”. (Dutra de Oliveira, 1966: 325)

Interessante ressaltar que, apesar da ênfase dada ao ensino no hospital-escola, o autor admite que se este fosse considerado o lugar exclusivo e único do ensino de medicina, alguns problemas poderiam ser levantados como o caráter muito especializado, limitado e selecionado da clientela do HU e, conseqüentemente, a não representatividade das demais doenças que, freqüentemente, acometem as populações. Nesse sentido, ressalta a necessidade de contato do estudante de medicina com a comunidade.

O autor valoriza a “transformação do ensino clínico de informativo em formativo”, motivando os estudantes a: compreender que “cada paciente é um problema a resolver e que ele deverá aprender isso no curso médico, a usar o livro-texto, consultar fontes bibliográficas, discutir em grupo e assumir responsabilidades em sua formação”. (Dutra de Oliveira et al, 1967). Preocupado com a necessidade de melhor preparo do corpo docente da instituição, o autor propõe a organização de um curso de pós-graduação na FCMBB (Dutra de Oliveira, 1966).

Neste período inicial, várias foram as publicações que divulgaram experiências pontuais de cursos e disciplinas ministrados. (Montelli e Souza, 1967; Meira, Montelli e Almeida, 1970.)

Interessante notar que o contexto da década de 1960 e início dos anos de 1970 favorecia inovações, pois nestes verificaram-se, no Brasil, diversas experiências que buscavam superar o modelo de ensino médico vigente. Alguns exemplos podem ser identificados como o caso da Universidade de Brasília que em 1965 - 1966 passou a ministrar o curso básico por blocos de sistemas, procurando integrar disciplinas básicas a aplicadas e a Medicina Preventiva. Também a Universidade de São Paulo desenvolveu entre 1968 e 1976 um curso experimental que se orientava à formação de um médico generalista, com a integração disciplinar e o ensino clínico nos diversos níveis de atenção à saúde e a introdução do ensino das ciências sociais no currículo (Silva, 1994).

Em 1968, Campana et al, em publicação interna, denominada “Filosofia de Ensino”, enfatizam a importância da

“formação do médico geral, apto a satisfazer as demandas crescentes do interior de nosso país” (...) reservando-se “a formação do especialista ou pessoal universitário a cursos de pós-graduação, desenvolvidos pela Faculdade como um todo, pelos Departamentos ou pelas disciplinas” (Campana et al, 1968: 3).

Assinalam que o ensino médico deveria se realizar “dentro da concepção moderna da Medicina Integral”, (...) relacionando “o paciente e sua condição clínica ao meio e à realidade em que vive” (1968: 4). O documento apresenta inúmeras proposições para um ensino inovador como a questão da integração curricular, seja entre os diversos cursos de graduação, seja no ensino aplicado, da necessidade do ensino extra hospital-escola e a possibilidade de mudanças nos critérios de avaliação dos estudantes caminhando-se para uma avaliação formativa. Valorizam, também, a necessidade de formação dos professores no campo da pedagogia e da didática (Campanha et al, 1968). Diversas foram as publicações que divulgaram uma série de proposições institucionais buscando construir uma Escola Médica com inovações pedagógicas, processos de integração interdisciplinar ou inderdepartamental, sistemas de avaliação formativa, trabalho em pequenos grupos e critérios de aprovação renovados (Almeida et al, 1970; Almeida et al, 1970 (b); Almeida e Magaldi, 1974). Havia, sem dúvida, um enorme esforço institucional na formulação e execução de um ensino médico inovador.

A FCMBB acompanhou nos anos que se seguiram movimentos mais gerais no país. Nos anos setenta constituiu-se no Brasil uma

“Comissão de Especialistas do Ensino Médico no âmbito do Ministério da Educação. Ao mesmo tempo, segmentos renovadores da educação médica participaram da construção das bases de um novo movimento sanitário” (Almeida, 1999: 48).

Estes profissionais, de diferentes formas, na pesquisa acadêmica, na participação de políticas de saúde, nos congressos científicos ou de entidades, contribuíram com uma produção teórica que criticava o sistema de saúde vigente e com a formulação de propostas para a organização do sistema. Professores da então FMCBB, de diferentes formas, participaram deste movimento, desempenhando um papel importante neste processo que

privilegiou o estudo da prática médica, mas também se voltou à crítica do modelo formador.

Decorridos 14 anos do primeiro marco referencial, Montelli et al, em estudo realizado entre os docentes, em 1978, sobre a qualidade do ensino e sobre a manutenção da proposição de formação do médico geral, constataram que vários postulados básicos propostos no início da faculdade não foram cumpridos. Citam como questões importantes:

“a integração não tem presidido os cursos ministrados; o currículo pulverizou-se pelo grande número de disciplinas: o aprendizado é passivo e distanciado da realidade do profissional e de saúde” (Montelli et al, 1980:61).

Neste período, buscou-se, também, avaliar o ensino e adequá-lo à realidade da assistência. Colocou-se, ainda, se a escola deveria optar pela formação de um profissional de fácil absorção pelo mercado de trabalho ou se deveria

“a partir da aceitação da irreversibilidade da prática institucional da medicina, formar médicos tecnicamente mais adequados às necessidades de saúde da população, ao mesmo tempo que exercitados quanto ao pensamento crítico” (Montelli et al, 1980: 62).

Algumas proposições perderam-se ao longo do tempo, porém outras se constituíram em alicerce para a construção do curso de medicina, sendo até hoje mantidas, como a proposição de uma maioria de corpo docente em tempo integral e dedicação exclusiva, maior tempo de dedicação à assistência e ao ensino, o ensino em pequenos grupos a partir do terceiro ano médico, participação do aluno com responsabilidade na assistência ao doente, a partir do quarto ano e maior proximidade do corpo docente e discente (Montelli e Magaldi, 1988).

Em 1976, foi criada a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP e a esta foram incorporados 15 institutos isolados de Ensino Superior, públicos. Entre estes institutos, estava a FCMBB, que foi desmembrada, dando fim àquele antigo projeto integrativo de diferentes cursos. Instituiu-se a Faculdade de Medicina de Botucatu que, atualmente, conta com dois cursos de graduação : Medicina Humana e Enfermagem.

Montelli e Magaldi (1988) assinalam que a Faculdade passou por vários períodos de debates e reflexões e subseqüentes reformas curriculares. Conseqüentemente, nota-se que, de 1968 a 1978, houve um acréscimo de 100% no número de disciplinas, principalmente no quarto e quinto ano e em 1988, um novo aumento de disciplinas, principalmente, no quarto ano. Aumento este que resultou, principalmente, no surgimento de numerosas subespecialidades.

Em 1989, a FMB iniciou, novamente, um amplo debate com a comunidade acadêmica sobre as possibilidades de realização de uma nova reforma curricular no curso médico. Este debate culminou em uma reforma curricular aprovada em 1996 e implantada em 1997.

Concomitante a este processo, a FMB foi uma das Faculdades de Medicina do Brasil selecionadas para o desenvolvimento de um projeto denominado Projeto UNI, financiado pela Fundação Kellogg. Este projeto visava, entre outros objetivos, impulsionar o desenvolvimento de atividades inovadoras no ensino de profissões da saúde. “A proposta UNI funcionou como verdadeira catalisadora do processo de Reforma do Ensino Médico que passou a andar em passos mais acelerados, com objetivos mais claros e amplos” (Machado, Trezza e Ruiz, 1995).

O novo currículo elaborado propunha o desenvolvimento de “23 módulos integrados, cada um com o objetivo de articular diferentes disciplinas em torno de um tema principal.” Estes módulos seriam “

introduzidos gradualmente no currículo ainda tradicional” ( Mattos, 1999). Previa-se, também, a mudança de um ensino basicamente oferecido no Hospital-Escola para outros cenários de ensino como um Hospital Regional de Botucatu, um Ambulatório Regional Estadual de Especialidades, ambos em nível secundário, e um maior desenvolvimento de estágios em Centros de Saúde Municipais, pelas diferentes disciplinas. Foi organizada toda uma sistemática de incentivo à capacitação docente, principalmente, no campo das inovações metodológicas de ensino. Por meio de intercâmbio internacional, vários docentes foram enviados a diferentes países, assim como, professores de diversas escolas médicas de diferentes países do mundo trouxeram a Botucatu suas experiências de reformas curriculares do ensino médico. Houve um grande empenho inicial na elaboração e desenvolvimento de inovações, mas nem tudo foi efetivado e embora possam ser percebidos grandes avanços pontuais, como um todo a reforma curricular não ocorreu dentro do previsto e a desejada integração não se efetivou.

No ano de 1999, membros da Comissão de Apoio Pedagógico (CAP), criada em 1995 e extinta em 1998, publicaram artigo que buscava resgatar, a partir do que se havia implantado no primeiro ano do novo currículo (1997), os progressos e os principais problemas vivenciados para se avançar na reforma. Neste artigo nota-se que a mudança proposta referia-se a um modelo de ensino híbrido, com disciplinas ou grupo de disciplinas do primeiro ano trabalhando com novas metodologias de ensino, em particular a ABP, em meio ao currículo tradicional. Muito embora se falasse em ter trabalhado a construção de módulos por núcleos temáticos, os mesmos não se referiam ao ensino do primeiro ano como um todo, mas às iniciativas de disciplinas em particular (Ruiz et al, 1999).

Pode-se ainda perceber que os professores apresentaram grandes dificuldades em executar o projeto de integração, que o mesmo teve continuidade parcial e que a partir da crítica feita por professores e estudantes

foi formulada nova proposta integradora: cada disciplina caminharia dentro da sua proposta, seus objetivos e conteúdos e ocorreriam momentos integradores, com a participação de todas as disciplinas do ano, com núcleos temáticos que pudessem abarcar os conteúdos que estariam sendo ministrados em cada disciplina. Esta foi uma experiência com resultados favoráveis e até o momento atual por dez dias, no segundo ano, realiza-se este momento integrador. Outras disciplinas também buscaram renovar-se, como é o caso da Obstetrícia que passou a ministrar parte de seu curso em um hospital secundário de Botucatu, articulando o ensino com pesquisa diagnóstica sobre condições do parto no município e com propostas efetivas para redução da mortalidade materna.

De diferentes formas, as áreas de Saúde Pública e Pediatria sempre estiveram envolvidas nas discussões e proposições da necessidade de revisão do currículo da FMB, mais voltado às necessidades de saúde da população e à formação de um médico geral. (Binder, Magaldi e Lopes, 1981; Rizzato, Trezza e Ramos, 1975).

Do ponto de vista interno de cada um desses dois departamentos, pode-se constatar que há mais de três décadas os Departamentos de Saúde Pública (DSP) e de Pediatria (DP) da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP vêm desenvolvendo inovações educacionais na graduação médica. Diversas experiências extramuros e de ensino orientado à comunidade desenvolvem-se na formação de acadêmicos e de residentes de Pediatria e de Saúde Pública mediante realização de práticas de saúde em serviços de saúde da Universidade (Centro de Saúde Escola), creches e serviços de atenção primária à saúde municipais e estaduais de Botucatu e da região (Cyrino, 1995).

Nestas proposições de ensino extramuros na graduação e na Residência Médica, desde a década de 1970, sempre existiu projeto integrador entre os

dois Departamentos e, especificamente, a área da Pediatria Social do Departamento de Pediatria. No planejamento das atividades do futuro CSE uma docente da Pediatria Social participou, não só na organização da área de Saúde da Criança, como também, do Conselho do CSE. Esta docente, ao longo desses anos, manteve sua atuação no projeto pedagógico do CSE. Na década de 1980, ao assumir a Coordenadoria Municipal de Saúde de Botucatu e na organização da primeira Unidade Básica de Saúde Municipal, em 1985, uma docente do Departamento de Saúde Pública solicitou a outra docente da área de Pediatria Social para participar dos trabalhos da organização e do atendimento à saúde da criança, resultando, posteriormente, em estágios dos alunos do curso de Pediatria do quarto ano médico, naquela UBS. Projetos de extensão e de pesquisas, também, têm sido desenvolvidos, conjuntamente, por docentes dos dois Departamentos.

Na reforma ocorrida em 1997, dois cursos<sup>2</sup> desses departamentos empenharam-se na possibilidade de reestruturação, tanto em relação à forma como no conteúdo, incluindo o processo de avaliação.

Os pressupostos teóricos, a descrição, análise, avaliação e divulgação da reestruturação destes dois cursos poderão contribuir para encorajar as áreas envolvidas e para escola médica refletir sobre o processo de mudança e a possibilidade de melhoria do ensino médico. Esta é a hipótese da presente pesquisa.

---

<sup>2</sup> No presente trabalho para simplificação de terminologia os dois casos em estudo: a disciplina de Semiologia Pediátrica ministrada ao 3º ano médico e a matéria Saúde Coletiva III, que contém cinco disciplinas, também ministrada ao 3º ano médico, foram chamados de Curso de Semiologia Pediátrica e Curso de Saúde Coletiva III.

## ***1.2 A proposta do estudo: contextualizando o problema***

*“Às vezes, ou quase sempre, lamentavelmente, quando pensamos ou nos perguntamos sobre nossa trajetória profissional, o centro exclusivo das referências está nos cursos realizados, na formação acadêmica e na experiência vivida na área da profissão. Fica de fora, como algo sem importância, a nossa presença no mundo. É como se a atividade profissional dos homens e das mulheres não tivesse nada que ver com sua experiência de menino, de jovem, com os seus desejos, com seus sonhos. Com seu bem querer ao mundo ou com seu desamor à vida. Com sua alegria ou com seu mal-estar na passagem dos dias e dos anos”*

*Paulo Freire*

Procurando rever as motivações que orientaram a realização deste estudo, emergem alguns conflitos e caminhos percorridos na realização desta pesquisa participante bem como considerou-se adequado situar o momento histórico da Faculdade de Medicina de Botucatu com relação ao ensino na graduação médica.

Minha trajetória profissional trouxe-me ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, em 1983. Havia cursado na graduação a Faculdade de Medicina de Jundiaí, uma escola médica isolada, na qual não havia nenhum docente em tempo integral, não se realizavam pesquisas acadêmicas e não ouvi falar em preparar estudantes para carreira universitária. Os anos vividos em Jundiaí foram especialmente enriquecedores para minha formação e dentre inúmeras contribuições pontuo aqui três, que se fizeram presentes na escolha do campo que hoje atuo. Apesar de não ser tradição naquela escola, por três anos desenvolvi uma pesquisa sobre “Os curandeiros na cidade de Jundiaí”, financiada pela FAPESP. O processo todo

de pesquisa foi uma abertura à curiosidade científica, a reflexão sobre outros processos de cura e a possibilidade de um trabalho etnográfico, de pesquisa qualitativa.

Uma segunda influência, deve-se a busca, junto ao Centro Acadêmico, por um espaço para um projeto comunitário. Trabalhei com estudantes e docentes em um bairro de periferia, em parceria com uma escola de ensino fundamental do SESI de Jundiaí, tendo participado de uma rica discussão e vivência em educação popular e saúde. Tive, então, meu primeiro contato com a obra de Paulo Freire e com um processo educativo que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre serviços de saúde e população. Insatisfeitos com o curso de graduação e motivados pelo momento político, que vivíamos no país e na instituição, um grupo de estudantes e professores decidiu se debruçar sobre a possibilidade de reforma do ensino médico.

Alunos e professores realizaram um “Fórum de Debates”, cuja proposição fundamental era aumentar o espaço da prática clínica no curso médico. Trouxemos Paulo Freire a Jundiaí, que juntamente com outros professores, nos brindou com suas reflexões sobre a necessidade de transformação da educação no ensino superior, aproximando-a mais da educação problematizadora, qualificada e humanística, com compromisso com uma sociedade eqüitativa.

Uma terceira contribuição foi meu estágio, na graduação, em um serviço de cirurgia coordenado por um ex-professor da faculdade. Tratava-se de uma prática corrente durante a graduação médica quando a Medicina caracterizava-se como prática liberal, mas já incomum para o estudante de medicina, na década de 1980. Minhas atividades consistiam no acompanhamento de pacientes antes, durante e após cirurgia, num ambulatório de hospital geral. Na vivência neste serviço aprendi muita clínica (discutir os casos clínicos e desenvolver o raciocínio clínico) e mais que tudo,

havia a preocupação de se compreender que, por trás de uma doença, havia um doente, com vida e características a serem aprendidas.

Deste período ficaram marcas que muito influenciaram minha vinda à Botucatu. As múltiplas inquietações, naquele momento, referiam-se a possibilidade de aprofundar minha formação na área da Saúde Pública, poder me dedicar a pesquisa científica em uma Universidade Pública, entender melhor a relação educação e saúde na prática clínica e na Saúde Pública.

Na residência médica em Medicina Preventiva e Social e posteriormente em Pediatria Social na FMB, participei como professora colaboradora da disciplina de Epidemiologia e realizei um trabalho de extensão que consistiu em organizar um Programa de Saúde Escolar (PSE), para o município de Botucatu, e realizar diagnóstico de saúde das creches de Botucatu. Iniciei, assim, meu trabalho de pesquisa no campo do estudo da criança em idade escolar, na interface educação e saúde, cujo objetivo central era o estudo e a intervenção no campo da atenção integral à saúde da criança na comunidade.

Estas experiências na minha formação trouxeram inúmeras inquietações, principalmente, voltadas à necessidade de aprofundar a relação educação e saúde e a vontade de desenvolver um trabalho interdisciplinar e uma prática intersetorial.

Realizei meu mestrado na Faculdade de Medicina da USP e foi um período de grandes descobertas, aquisição de novos conhecimentos e aprendizado intenso com muitas possibilidades de incorporar novas proposições à vida acadêmica. Confesso ter vivenciado, naquele momento, um sentimento de timidez, desconfiança ou insegurança ao me debruçar sobre meu trabalho. Minha dissertação de mestrado versava sobre a implantação e o desenvolvimento do Programa de Saúde Escolar de Botucatu e propunha

realizar uma pesquisa participante, do tipo pesquisa-ação<sup>3</sup>, na qual eu era sujeito e objeto da pesquisa, pois fui uma das formuladoras do PSE de Botucatu e estive presente em todo seu processo de construção. Com isto, ficava claro que as condições objetivas, as significações, as escolhas dos dados a serem analisados e as práticas relatadas representavam a preocupação de refletir e discutir uma prática de programação em saúde da qual eu fazia parte do material empírico. O estudo, abrangia o campo da Saúde Pública, da Epidemiologia e com suporte em outras áreas do conhecimento, como a Pedagogia, as Ciências Sociais e a Psicologia. Nesta ocasião, entrei em contato com o construtivismo de Emília Ferreiro, o que estimulou um aprendizado sobre questões da educação e sobre a construção do conhecimento, uma vez que compunham a equipe profissionais da área da saúde e da educação que vinham pesquisando e atuando no campo do processo ensino-aprendizagem<sup>4</sup>.

No estudo pudemos apreender a dificuldade de lidar com o setor Educação e a experiência da descontinuidade, pois todo o construído nas gestões anteriores é alterado nas mudança de administração pública e mesmo os professores não se fixam nas escolas de periferia, como assinala também Parente (2000). Nesses anos de trabalho com os professores das escolas públicas de ensino fundamental, buscando colaborar para a formação de professores atuantes, participantes, criativos e críticos a partir da aprendizagem pela experiência, tínhamos sempre a sensação, a cada final de ano, de um trabalho não terminado e sem continuidade. Apesar disso, acabamos por nos convencer que havia valido a pena, pois onde fosse o

---

<sup>3</sup> Os termos pesquisa participante e pesquisa-ação foram empregados no sentido dado por Ezpeleta e Rockwell (1989) ou por Thiollent (1994): A pesquisa-ação é um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. A pesquisa-ação é uma modalidade de pesquisa participante, que apresenta como elementos centrais a pesquisa e a participação.

<sup>4</sup> É deste período a defesa de Doutorado da Profa. Dra. Maria Lúcia Toralles Pereira sob o tema “Eu não gosto de cópia: histórias de crianças” e de outras publicações e apresentações em congressos e reuniões científicas sobre o Programa de Saúde Escolar.

professor lecionar levaria com ele algumas marcas daquele trabalho construído coletivamente, recuperando um pouco para si o caráter de uma prática profissional reflexiva, crítica e criativa (Toralles Pereira, Casemiro e Cyrino, 2001).

A vivência nesta pesquisa que, também, se realizou enquanto projeto de extensão colocou-me diante de novas questões que têm me estimulado à pesquisa, o ensino e a extensão de uma Universidade mais parceira da comunidade. Assim tem-me possibilitado pensar o ensino médico na graduação, na residência médica e o ensino de outros profissionais em novos cenários como escolas, creches, centros de saúde, no qual todos os envolvidos, professores, estudantes, profissionais e comunidade sejam participantes ativos do processo. Uma outra importante situação aqui experimentada e questionada refere-se a possibilidade de realizar inovações pontuais. Mudanças inovadoras no espaço institucional, comunitário ou da articulação instituição-comunidade, ainda que se perceba grandes dificuldades na estrutura mais geral.

Nesse sentido, valorizaram-se as relações sociais que se permitiram enquanto relações educativas no processo de individuação e socialização. Esta possibilidade de troca, de comunicação muito tem me instigado em busca de uma construção dialógica do espaço do estágio acadêmico, da vivência estudante-profissional de saúde e estudante-comunidade.

Outra experiência que contribuiu para a elaboração deste estudo foi o exercício da coordenação do conselho de Residência Médica da FMB, no período de 1990 à 1993. Esta prática me permitiu refletir sobre o processo de aprendizagem por meio do treinamento em serviço, como é a modalidade residência, fazendo me envolver com questões mais gerais da Residência Médica. Com o trabalho conjunto com coordenadores de várias escolas e hospitais formamos um grupo que se empenhou na elaboração de instrumentos de avaliação dos programas de Residência Médica no Estado

com o objetivo de melhorá-los e apontar caminhos para adequação dos mesmos.

Feuerwerker (1998), em estudo sobre a Residência Médica no Brasil cita este momento de reativação da Comissão Estadual em São Paulo, em 1993, mas não o valoriza como processo, destacando que o trabalho não teve continuidade e nem seu produto avaliativo foi relevante. Minha vivência neste processo foi outra. A oportunidade de conviver e conhecer inúmeros programas de residência médica do Estado de São Paulo possibilitou uma intensa troca entre todos os envolvidos. Permitiu uma reflexão sobre a grande diversidade de práticas, todas nomeadas como residência. Trocamos programas das várias especialidades, colaboramos uns com os outros, visando uma produção mais parceira e construtiva em relação a uma atuação de quem nos gerenciava (FUNDAP) ou nos credenciava (Comissão Nacional de Residência Médica). Foi um período importante em minha vida profissional, pois permitiu perceber o papel da Residência Médica na formação do futuro profissional, o papel do residente na prestação de serviços e conviver com a instigante questão colocada: A especialização precoce na graduação médica como uma *pré-residência*.

Naquele espaço de discussão, representantes da Secretaria de Estado da Saúde mostravam a necessidade de se repensar a formação do médico geral na graduação, garantindo nesta o aprendizado nas grandes áreas e deixando à residência, a especialização. Este debate trouxe a percepção que inúmeras escolas compunham seus internatos como *mini-residências*, sem a preocupação de pensar a área de conhecimento para o futuro médico não especialista da mesma. Esta questão tem permeado o debate sobre os conteúdos da graduação, aqueles essenciais à formação do médico geral e à relação ensino na graduação/formação na residência.

Retomei os estudos da pós-graduação em 1997, iniciando o programa na área de Pediatria da FMB e assim pude aprofundar meus conhecimentos no

campo da Pediatria Social. Também, nessa época, iniciou-se na F.M.B. a implantação do novo currículo, ocorrendo naquele período, um grande investimento interno para mobilizar os docentes nas questões da docência, valorizar o ensino em novos cenários (realizado por vários Departamentos), incentivar uma maior integração universidade, serviços de saúde e comunidade e uma produção científica em educação médica.

Em meio ao curso de pós-graduação, realizei um mestrado em Educação Médica junto ao Departamento de Educação Médica da Universidade de Illinois, em Chicago, com financiamento da Fundação Kellogg. Esse mestrado trouxe conhecimentos sobre o momento atual da educação médica no mundo e permitiu-me iniciar estudo sobre a construção de novos cursos na área da saúde coletiva, ferramentas para a realização desta pesquisa.

Neste mestrado o núcleo do curso tratava do ensino da *Medicina* e não da *Saúde Pública* e, desse modo, todas as disciplinas foram centradas no ensino da clínica, dirigidas a pesquisa clínica e ao professor de medicina clínica. Deixou-se claro, desde o início, que tratava-se de preparar docentes em Educação Médica para aprofundar questões relacionadas, essencialmente, ao processo de ensino-aprendizagem da prática clínica.

Todavia este curso me permitiu grandes descobertas sobre a Educação médica e suas possibilidades de transformação, ainda que tenha abordado de forma muito superficial a articulação do coletivo com o individual na formação do médico e mesmo da influência dos problemas da organização do sistema de saúde ou da prática médica na instituição de ensino. Observei que, particularmente, no Brasil, esta discussão vem avançando, buscando-se uma maior articulação entre os problemas sanitários, o ensino e a produção de conhecimento crítico frente ao enfrentamento das situações concretas.

Voltando ao processo de reforma do ensino na FMB, os anos de 1994 a 1997 foram um período de *efervescência* na instituição. Acreditava-se que

aquele seria um momento de grandes transformações no ensino médico da FMB. Embora os anos de 1998 e 1999 tivessem sido de impulsão dos Projetos UNI no Brasil, na FMB isto não se deu. A seqüência à implantação do novo currículo não foi o desencadear de um processo amplo de discussão com a comunidade acadêmica sobre os rumos do ensino médico na instituição. Ocorreram dificuldades técnicas e políticas e não se efetivou uma mudança no projeto institucional. Esta foi a percepção tanto de docentes da FMB, como de um assessor externo.

Venturelli (2001) reconhece, na condição de assessor técnico de projeto de cooperação voltado às Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, Marília (FAMEMA) e de Londrina (UEL), que nas duas últimas foi possível colaborar para um processo de mudanças educacionais radicais nas carreiras médicas, enquanto na FMB sua atuação restringiu-se a contribuir para apoiar o preparo de futuras mudanças, uma vez que não se concretizaram várias reformas propostas. Todavia este trabalho na FMB, na visão do autor, é essencial para o êxito de mudanças futuras e, ainda, evitar dificuldades e conflitos desnecessários no processo de construção da mudança.

Em 1999, a reforma curricular chegou ao terceiro ano da graduação e então deste 1998, acreditando que deveríamos nos empenhar para realmente renovar os cursos, antes ministrados como disciplinas, iniciamos os trabalhos com dois cursos especificamente: Semiologia Pediátrica e Saúde Coletiva III, mesmo entendendo que representariam esforços restritos.

Neste período a vinda de um assessor técnico<sup>4</sup>, financiada pelos Projetos UNI do Brasil, trouxe à FMB um suporte fundamental à elaboração dos dois casos em estudo neste presente trabalho. Professores do

---

<sup>4</sup> José.Venturelli é professor da Universidade de McMaster, Canadá, onde atua como pediatra, na área de terapia intensiva. Foi responsável pela difusão, nos últimos anos no Brasil, ao menos na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e, também, na Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, de importantes conceituações para o desenvolvimento da aprendizagem baseada em problemas no ensino médico. Veio a Botucatu, em 1998 e 1999, ministrar um curso sobre novas metodologias em educação médica.

Departamento de Pediatria e Saúde Pública puderam participar do curso formal ministrado por este assessor e também trabalhar sob sua orientação na elaboração dos novos cursos (Semiologia Pediátrica e Saúde Coletiva III).

Deve se explicitar que outros cursos, matérias ou disciplinas também se renovavam neste mesmo período de estudo e uma disciplina<sup>5</sup>, com características inovadoras, foi criada na reforma curricular.

Salienta-se que as coordenadoras dos cursos em estudo, Profa. Dra. Agueda B.P. Rizzato (Semiologia Pediátrica) e a pesquisadora deste estudo (Saúde Coletiva III) já vinham aplicando conhecimentos advindos da teoria construtivista, imprimindo assim, mesmo que de forma precária e parcial, conceitos e ações que buscavam a ruptura com o paradigma positivista e o compartilhar com outros saberes a construção do ensino e da prática médica.

Da avaliação desse momento histórico e da necessidade da direção da instituição rever o currículo recém aprovado na FMB, docentes envolvidos nestes dois casos aqui estudados e docentes de outros Departamentos, que já vinham trabalhando na proposta da reformulação curricular têm, nos últimos três anos, investido na formulação e desenvolvimento de um Núcleo de Apoio Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da FMB, visando rever questões fundamentais para o aprimoramento do ensino médico. Constituiu-se um grupo que tem buscado trabalhar em parceria com o Conselho de Curso da Medicina da FMB e com a participação efetiva da direção da instituição, que sinaliza para necessidade de revisão do currículo aprovado em 1996 frente a: Demandas internas da instituição e as Diretrizes Curriculares propostas pelo Ministério da Educação.

Percebendo que havia muito a ser feito e ser pesquisado e talvez sem saber no início por onde começar, dado que tudo era importante, relevante e merecia ser pesquisado, optei por organizar este estudo em dois casos que

---

<sup>5</sup> Introdução à Medicina, ministrada no 1º semestre do 1º ano de graduação médica, a partir de 1997, com carga horária de 4h/semana por 3 meses.

estavam por se dar e acompanhar o processo de planejamento e execução dos mesmos, entendendo que com isso poderia trazer a tona dois casos distintos que buscaram avançar rumo à mudança e inovação em um contexto bastante complexo. A idéia era entrar no campo da Educação Médica, estudá-la em nossa instituição, valorizar o que já havia sido feito ao longo de tantos anos de esforço institucional, rumo à melhoria do ensino médico, poder mergulhar na realidade e trazer elementos para melhor compreendê-la.

Novamente me sinto entrando em um terreno novo e novamente me proponho a realizar um estudo no qual sou sujeito e objeto do mesmo: pesquisar a prática do professor universitário e particularmente a minha própria prática docente. Esta possibilidade de pesquisa abriu-me um campo novo de investigação sobre o qual procurei aqui sistematizar.

A potencialidade da pesquisa-ação está relacionada à possibilidade de produção de conhecimento sobre a inter-relação entre sujeitos e saberes envolvidos em uma prática social. Tentei assim, explicitar movimentos no ensino da Pediatria e da Saúde Pública que tem procurado uma orientação pedagógica inovadora no ensino médico, no caminho da Medicina Integral e da Medicina Comunitária. Neste processo foi possível perceber a ausência deste tipo de estudo e, principalmente, sentir que há um abismo entre o trabalho de pesquisa e o trabalho docente na graduação médica, que raramente se encontram ou convivem juntos. Foi um trabalho desenvolvido em conjunto, feito a muitas mãos, que tornou possível tantas descobertas. Apesar disso, aqui se revela o esforço solitário da pesquisadora em busca do registro de uma prática que não foi só minha, mas de um grupo que acreditou ser possível a construção de uma prática profissional em educação médica, orientada por uma proposta criativa e transformadora. Objetivamos, enquanto grupo, a construção de novos espaços de recriação de modelos, métodos e experiências.

### ***1.3 Objetivos do estudo***

Objetivo geral:

- Contribuir para o processo de inovação na área do ensino médico e para o desenvolvimento da proposta de reforma curricular do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Objetivos específicos:

- Descrever os casos dos Cursos de Semiologia Pediátrica e de Saúde Coletiva ministrados ao terceiro ano médico nos anos de 2000 e 1999 respectivamente, como iniciativas de aplicação da aprendizagem por descoberta;
- Analisar e interpretar os resultados destas iniciativas, enfatizando aspectos comuns e divergentes entre os casos.

## ***2 Transição de paradigmas na educação: Bases teóricas e metodológicas do estudo***

*“...propor práticas que, desenvolvendo as contradições, podem levar ao encontro de formas de superação das mesmas contradições”.*

*Lilia B. Schraiber, 1989*

Schraiber (1989) apresenta rica discussão sobre as contradições da escola médica frente às propostas de reforma do ensino médico ocorridas no século XX destacando, os movimentos da Medicina Integral e da Medicina Comunitária, já apresentadas no capítulo introdutório. Ressalta que não é possível conceber as relações entre educação médica e prática médica

“como relações de recíproca autonomia, e muito menos como relações em que as características da prática médica resultem dos padrões educacionais, mas, muito pelo contrário, sendo a dinâmica própria da prática médica que explica a dinâmica relativamente subordinada da educação médica” (1989:126).

Nesse caminho, as duas referidas propostas de reforma de educação médica estariam fadadas ao insucesso.

“O que não impede, evidentemente, que, na medida em que se possam conceber tais propostas de reforma como tentativas de respostas e contradições reais da prática e da educação médicas, possam ocorrer situações históricas nas quais as propostas de reforma educacional correspondam a rearranjos efetivos na prática médica e apesar de suas concepções ilusórias, alcancem objetivos paralelos aos que propõem” (1989:126).

Assim, as reformas do ensino médico não podem ser vistas isoladamente ou deslocadas dos momentos em que se deram em sociedades concretas.

Influenciados por estes dois modelos, a Medicina Integral e a Medicina Comunitária, acrescidos ou não de outras proposições, várias foram as escolas médicas no Brasil que se propuseram a reformar seu ensino, nos últimos quarenta anos.

Contudo, estas reformas nem sempre se concretizaram embora seja possível ocorrer movimentos de mudança na educação médica, em que o grau de profundidade dos mesmos dependerão, para além do que foi colocado, das características das próprias propostas de intervenção, da “consistência teórico-metodológica, da solidez de sua base estrutural e da pertinência de suas estratégias” (Almeida, 1999).

Almeida (1999), em estudo recente sobre as possibilidades de mudança da Educação Médica, apresenta que, baseado em estudo de Ferreira (1988), podem--se perceber diferentes propostas de mudança no campo da educação médica relativas a alterações nos processos, nas relações e nos conteúdos e que estas iniciativas poderiam sinteticamente ocorrer em planos diferentes de profundidade das mudanças: o plano da inovação, o plano da reforma e o plano da transformação.

No plano da inovação estariam as mudanças da educação médica,

“geralmente pontuais, localizadas, particulares e parciais, as inovações concentram-se nas atividades, nos meios e nas relações técnicas entre os agentes do ensino e o processo de ensino. Desenvolve-se em paralelo, respeitando o predomínio do tradicional, sem preocupação em aprofundar a análise dos fatores que determinam o modo dominante de formação” (Almeida, 1999:10).

Para o autor, neste plano se enquadram intervenções que resultam em alterações isoladas de processos ou de conteúdos ou de relações.

No segundo plano de mudança está o que o autor denominou de reforma, no qual

“têm lugar as mudanças que buscam substituir dimensões mais abrangentes do processo de produção de médicos por outras que envolvem elementos essenciais do processo e algum grau de reintegração das bases conceituais da educação médica tradicional. Embora também introduzam alterações nas relações sociais entre os sujeitos e/ou atores envolvidos, incluindo entre eles os pacientes e a comunidade (...) Resultam em alterações combinadas, (...) caracterizando distintas reformas da educação médica” (1999:11).

Como exemplo de reforma de ensino médico, recente, pode se citar o caso da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, que tem contemplado a interdisciplinaridade, a articulação entre ensino-serviços-comunidade, a ampla utilização de cenários de ensino extra-hospitalares e alteração dos conteúdos, processos e relações (Lima, 2000). A FAMEMA aboliu os departamentos, numa reorganização estrutural bastante diferente da anterior e reorganizou todo o currículo dos primeiros anos por módulos temáticos, com a participação de distintas disciplinas que se propuseram a integrar.

Outro exemplo, também atual no ensino médico no Brasil, foi a reforma ocorrida na Universidade de Londrina, no Paraná.

No terceiro ou plano estrutural, está a transformação do ensino médico, no qual

“têm lugar as mudanças que buscam introduzir uma nova ordem no processo de produção de médicos e nas suas relações com a estrutura socioeconômica. Ou seja, engloba todo o contexto e a própria sociedade. Envolve a essência do próprio processo de

produção do conhecimento, a construção de novos paradigmas e os determinantes histórico-sociais” (1999:12).

São exemplos de transformação da educação médica, a ocorrida na década de 50, na educação médica latino-americana que substituiu o modelo europeu de ensino pelo modelo flexineriano (norte-americano) ou a mudança do modelo parcialmente flexineriano implantado em Cuba, nos anos sessenta, pelo modelo da Medicina Social (Almeida, 1999).

Para o estudo de um modelo de mudança na educação médica é necessário levar em conta o momento da instituição em estudo, seus limites e possibilidades.

Para que ocorra uma proposta de intervenção rumo a uma mudança deve se ter claro que muitas vezes o possível, para aquele determinado momento, é atuar no plano das inovações, alterando-se conteúdos, processos ou relações podendo-se por meio das inovações impactuar “sobre as relações sociais e estas podem abrir o caminho para a produção de fatos e processos que alterem as estruturas” (Almeida, 1999:13).

No presente caso em estudo, duas propostas de inovação em cursos singulares da graduação médica da FMB, a estratégia adotada consistiu “em percorrer uma cadeia de eventos, que começasse pela produção de fatos situados dentro do espaço das capacidades atuais dos sujeitos interessados e que têm como efeito sua ampliação” (Almeida, 1999:13).

Vários autores vêm apontando a importância de se identificarem experiências inovadoras, que acontecem no limite de uma disciplina ou entre disciplinas de um mesmo ano e curso, “que vêm favorecendo rupturas com as formas tradicionais do ensinar e do aprender (...) e que possam contribuir para a melhoria do ensino e da aprendizagem nas universidades” (Cunha et al, 2001).

Nesta perspectiva a inovação é compreendida como uma possibilidade “de ruptura com o paradigma dominante, fazendo avançar em diferentes âmbitos, formas alternativas de trabalhos que quebrem com a estrutura tradicional” (Cunha et al, 2001:44). Assim, não é porque ocorreu uma agregação de novos elementos tecnológicos no ensino que se tenha uma inovação, “ao menos que estes representem novas formas de pensar o ensinar e o aprender, numa perspectiva emancipatória” (2001:44).

Para se considerar uma experiência inovadora no ensino, pontuam-se algumas condições e características:

“ruptura com a forma tradicional de ensinar e aprender e/ou com os procedimentos acadêmicos inspirados nos princípios positivistas da ciência moderna; gestão participativa, em que os sujeitos do processo inovador sejam protagonistas da experiência, desde a concepção até a análise dos resultados; reconfiguração dos saberes (...); reorganização da relação teoria-prática, rompendo com a clássica proposição de que a teoria precede a prática, dicotomizando a perspectiva globalizadora; perspectiva orgânica no processo de concepção, desenvolvimento e avaliação da experiência desenvolvida” (Cunha et al, 2001:38).

Contrapõe-se, assim, a uma visão de inovação como ente abstrato, colocando-se a inovação dentro de um contexto que é histórico e social, como entidade conflitual e contraditória.

Muitas vezes na contra-mão do modelo dominante de ensino e mesmo de uma visão de inovação tecnicista e alienante, a inovação que procura explorar novas alternativas que se abrem ao conflito e contradições, pode ser relevante marco para a construção de novas possibilidades no ensino médico. Nesse sentido, é importante compreender que uma inovação pode tanto servir a perpetuação do modelo de ciência ou de educação hegemônico, como ser instrumento à sua negação. Assim,

“uma prática inovadora não o é por ter sido pensada do centro para a periferia, mas sim por ter sido trabalhada no contexto institucional das relações, que são relações de poder; uma prática inovadora não o é por introdução acrítica do novo no velho, e sim por guardar em si o germe da ruptura (Braga, Genro e Leite, 2002:32).

Santomé (1994) citado por Braga apresenta interessante proposição sobre a possibilidade de inovação do ensino universitário a partir da idéia do trabalho interdisciplinar. O autor apresenta diferentes formas de integração disciplinar. A primeira possibilidade refere-se à integração de disciplinas que são desenvolvidas separadamente e que, em determinados momentos, é estabelecida “uma coordenação planejada, quando algumas partes de cada uma delas, para serem melhor compreendidas, necessitam de conteúdos típicos das outras” (1999:30). A segunda possibilidade é a integração por temas. Assim integram-se os conteúdos e atividades de diferentes disciplinas com temas que “atravessam” as disciplinas. A terceira refere-se à integração em torno de questões práticas, problemas do cotidiano “cuja compreensão e avaliação requerem conhecimentos, habilidades e procedimentos que não se localizam especificamente em uma disciplina e sim em várias”. São chamados problemas transversais e os conteúdos são trabalhados em cada momento em torno dos mesmos e não na forma disciplinar.

“A quarta é a integração através de temas ou investigações propostas pelos alunos. A diferença dessa modalidade de integração em relação às anteriores é que são os próprios estudantes que decidem o tema ou problema que será utilizado como eixo para organizar os conteúdos das distintas áreas do conhecimento” (Braga, 1999:31).

A inovação do ensino, assim pensada, permite um gradiente de possibilidades de ações interdisciplinares, que vão desde o trabalho dentro de uma única disciplina em que se percebe a importância do conhecimento de

outras áreas. Assim, promovendo a ampliação de perspectivas e reduzindo suas fronteiras, passando pelo trabalho de integração de um grupo de disciplinas coordenadas até a formulação de um curso de graduação na sua plenitude.

A inovação pode assim dar-se no espaço microinstitucional e ou no macroinstitucional.

Em estudo recente sobre experiências inovadoras no ensino superior, Leite et al (1999), pesquisaram, em diferentes instituições e espaços do ensino superior, casos considerados de inovação. Ao apresentar as experiências de espaços acadêmicos mais restritos, como a mudança em sala de aula universitária, localizaram professores que vêm buscando reconstruir a prática com base que não as tradicionais, abrindo-se a relações mais democráticas entre professores e alunos, e dando uma organicidade pedagógica à sua ação. Os autores levantam a instigante questão:

“Porque, de repente, um professor resolve mudar? A mudança - mobilidade, aparentemente individual do professor, acontece num contexto desafiador, do contexto da ruptura. O interessante é que o aparentemente individual esconde um coletivo. Não é só um professor que se contamina mas, em diferentes espaços e momentos, outros docentes se mobilizam” (Leite et al, 1999: 71, 72).

O movimento inovador no microinstitucional do caso, da parte, pode ser tão importante quanto o movimento do todo institucional pois pode ocorrer “uma síntese (dialética) entre as condições objetivas institucionais e o surgimento dos interesses de mudança individuais. Estes não ocorrem simultaneamente, eles se dão em tempos e espaços diferentes” (Leite et al, 1999:72).

Briani (2001) questiona sobre os rumos das Escolas Médicas no Brasil e sobre suas propostas de mudanças curriculares.

A partir da discussão teórica sobre o Currículo, e do Currículo Médico em especial, a autora mostra que o modelo de currículo, numa perspectiva tecnicista, privilegia sua formulação com base na organização e elaboração que se restringe à atividade técnica de como fazer o currículo. Teorias críticas a este modelo de currículo buscam problematizar a sua formulação frente a demandas econômicas, políticas e a questão ideológica de quem os formulou e a quem os formulou, no contexto da sociedade contemporânea.

Nesta perspectiva, reflete sobre as atuais propostas de mudanças curriculares e das proposições de inovação de ensino presentes em diversas escolas de medicina no Brasil que se “poderia levar ao argumento de que estão ocorrendo verdadeiras revoluções no ensino médico no país”. Na análise da autora, a maioria das reformas curriculares que se estão a implementar no momento, voltam-se a “promoção de metodologias de ensino centradas no aluno, na resolução de problemas e no aprendizado contínuo”, mas, no entanto, muitas delas foram copiadas de modelos de ensino de outras nações, com outras populações de estudantes, com outros padrões culturais e uma estrutura universitária diversa da nacional.

Outro aspecto a ser considerado para que ocorra de fato um processo inovador, no ensino médico, aberto a mudanças paradigmáticas, é a abertura “para o entendimento de outras visões do objeto de conhecimento médico”, e na percepção da autora sem a inserção das ciências humanas e sociais, não se compreende o processo saúde-doença (Briani, 2001:77).

Uma questão inicial para a realização do presente estudo referia-se à dúvida da possibilidade de inovar em cursos singulares, frente a um currículo que, como um todo, delineou-se de forma bastante tradicional.

Como apontam Almeida (1999), Leite et al (1999) e Venturelli (2001) pode-se trabalhar, mostrar processos e resultados favoráveis de cursos

singulares para preparar e influenciar futuras mudanças mais amplas do ensino na instituição. Este foi o desafio aqui investigado.

No presente estudo propôs-se investigar experiências inovadoras localizadas, que poderiam dar indícios de processos de rupturas e portanto, poderiam contribuir na melhoria do processo educativo. Como referencial teórico privilegiou-se o entendimento do trabalho do professor de uma escola médica, as inovações pedagógicas e a avaliação de cursos para compreensão e apreensão da inovação pedagógica.

## ***2.1 O trabalho do professor e o valor da docência na graduação médica***

*“Um docente faz em aula não só o que quer,  
mas basicamente o que pode...  
ninguém pode fazer algo que não conhece ou rejeita.”*

*Mirta Castedo*

Em um simpósio sobre ensino médico, organizado por estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu em 2.000, um docente da instituição fez a seguinte manifestação:

*“Quando ingressei nesta escola, ninguém me perguntou se eu sabia dar aula, ninguém sequer tinha me visto dar uma aula. Na verdade estavam preocupados em saber se eu era um bom ortopedista, se sabia ortopedia, se tinha conhecimentos e habilidades em ortopedia”.*

Este relato é expressivo da principal característica das políticas de formação de professores universitários, no que se refere a formação pedagógica e didática:

*“O silêncio. Enquanto nos outros níveis de ensino, o professor é bem identificado, no ensino superior parte-se do princípio de que sua competência advém do domínio da área de conhecimento na*

qual atua. Em suma, a formação é para a pesquisa. E a pesquisa como recorte – extremamente especializada.” (Morosini, 2001:24)

Não é possível, hoje, caminhar para a inovação, reforma ou transformação do ensino médico sem tomar o professor como elemento essencial desse processo, e então reconhecer sua identidade, subjetividade, contradições e convicções próprias sobre o que é valioso e importante do ponto de vista educacional. Nesta posição, o professor, não está apartado também das pressões externas e internas à instituição de ensino (Rasco, 2000).

Steffen et al (1999) observam que os profissionais de cada área introjetam os valores e as práticas inerentes ao seu campo profissional. Nessa perspectiva, não há um típico professor de escola médica, mas diferentes profissionais, em diferentes situações. Algumas características podem ser comuns aos professores de universidades públicas, outras, referem-se especificamente aos professores das áreas de prática clínica ou cirúrgica, mas cabe reforçar que não há um padrão uniforme como pode ser encontrado em outras áreas do ensino superior.

É nesta perspectiva, que será discutido sobre o trabalho do professor universitário de escola médica, reconhecendo uma certa especificidade, na qual, deste profissional exige-se para seu ingresso na carreira, conhecimentos aprofundados de sua área específica de atuação e quase nada sobre educação e suas experiências prévias com o ensino. Parte-se, portanto,

“do princípio de que o professor que teve uma sólida formação na especialidade em que deve atuar como docente encontra *naturalmente* os meios para ensiná-las, no que se refere tanto ao corpo de conhecimentos de sua área, quanto ao desenvolvimento de formas de pensamento e habilidades técnicas essenciais à atuação profissional do egresso de sua disciplina” (Batista, 1998).

Ninguém dúvida que ensinar o estudante de medicina é uma prioridade na vida profissional de um professor de escola médica. Mas hoje, sobretudo, levantam-se algumas questões como: 1) O lugar do ensino na graduação médica, na carreira de um professor universitário de escola médica pública e 2) Como realizar uma capacitação docente que produza, com segurança, uma mudança na prática de ensino. Ou ainda, como motivar o professor de medicina a mudar sua prática de ensino e transformá-la.

Algumas respostas a estas questões têm sido observadas nas mudanças significativas no papel do professor da escola médica nos últimos 50 anos.

Abrahamson (1996), estudando a educação médica nos Estados Unidos, mostra um quadro que vale ser ressaltado pela clareza e relevância da análise. Afirma que, até os anos imediatamente posteriores à Segunda Grande Mundial, esta instituição educacional era precisamente dedicada a preparar jovens para a prática médica. Tanto professores como administradores tinham como prioridade a instrução e o desenvolvimento curricular, e deles era esperada a dedicação da maior parte do seu tempo integral ao trabalho educacional e ao treinamento dos futuros médicos. Enfim, os professores eram essencialmente mestres do ensino médico com alguma atividade de pesquisa. Nas áreas clínicas, o mesmo tipo de demanda era esperada, acrescida do cuidado dos pacientes nos hospitais-escolas, nos ambulatórios ou nos consultórios.

O mesmo autor reconhece que, atualmente, duas questões são centrais no trabalho do professor: ser um bom investigador, obter recursos para sua pesquisa, publicar num periódico de prestígio na área e dar algumas aulas.

Para aqueles que atuam nas áreas clínicas também é esperado um trabalho assistencial em sua área de especialização e que esta traga recursos à instituição. Para o autor, a escola médica passou a ser uma instituição bastante complexa, na qual o estudante de graduação perdeu seu espaço,

primariamente à pesquisa biomédica e ao *managed care*, enquanto prioridade. Também o processo de promoção concentra-se nas pesquisas, publicações e obtenção de recursos das agências financiadoras. Sinteticamente este autor entende que hoje, na escola médica, é esperado do professor que seja, primeiro um bom investigador e segundo professor.

Pode-se dizer que no Brasil, o processo atualmente não é muito diferente, e a promoção dos professores das escolas médicas, ao menos nas universidades públicas, está bastante articulada à pesquisa. Inclusive goza de maior prestígio o investigador em relação ao excelente professor de graduação médica.

Em outras palavras, pode-se admitir que a dedicação ao ensino pode ficar em segundo plano, dada a enorme pressão sobre o professor da escola médica, do qual é esperado um bom desempenho em tantas áreas de atividade.

Esta portanto, não é uma questão individual de um professor. Mesmo um jovem, brilhante professor de Medicina, que queira dedicar-se intensamente ao ensino da graduação médica, deverá ter em mente que seu tempo será dividido em muitas outras ações, uma vez que a pesquisa, sua publicação e a assistência serão muito mais valorizadas na sua promoção acadêmica. Qual seja, não se trata de colocar a culpa pelo desinteresse no ensino da graduação médica exclusivamente no professor, pois dele está sendo cobrada uma série de prioridades que podem acabar por reduzir a dedicação ao ensino ou mesmo à sua formação (Abrahamson, 1996).

Nesse sentido, em muitos casos a docência é considerada hoje pelo professor apenas como uma carga a suportar, isto é, *tempo perdido* que poderia estar sendo dedicado à pesquisa (Balzan, 1999).

Este *tempo perdido* também pode ser observado sob uma outra ótica. Os professores de Medicina que foram se especializando em seus campos, distanciaram-se de conteúdos e práticas mais gerais, objeto de parte do

processo ensino-aprendizado da graduação médica. Assim, um obstetra super especializado em gravidez e diabetes que há anos faz sua pesquisa, ambulatório e enfim, sua carreira sobre diabetes e gravidez, pode enfrentar dificuldades para ministrar o curso de introdução à Obstetrícia ao terceiro ano de graduação médica, pois os temas gerais desta área estão distantes de sua vivência profissional. Desse modo, ministrar aula à graduação pode ser considerado um fardo ao professor, que já não tem contato com a gravidez normal e fisiológica no seu cotidiano de prática assistencial e de pesquisa.

Para aqueles professores que atuam em áreas clínicas há ainda um duplo papel: ser médico e professor. Assim, devem assumir a tarefa de ensinar a prática médica pelo exemplo, pela atitude, pela ética, pela demonstração de habilidades. Pois, será no contato com o paciente, que dele espera acolhimento e conhecimentos técnico-científicos para sanar seu sofrimento, que o professor deve apresentar ao estudante amplos conhecimentos, habilidades e atitudes criativas que tragam um saber significativo à formação do aluno.

Outra questão, não menos importante, em relação àqueles professores que atuam em áreas clínicas refere-se a sua inserção social como profissional que, nas últimas décadas, transita entre o profissional liberal e o assalariamento, ainda que se preserve o discurso e a imagem de um profissional liberal, haja vista o trabalho localizado no consultório e em instituições privadas consideradas de maior prestígio pela categoria profissional. Ainda que, muitas vezes, este professor não se envolva com a pós-graduação e pesquisas, está atento aos últimos avanços de seu campo. Na prática este professor reproduz, mesmo quando não se realiza enquanto tal, o discurso do exercício liberal do trabalho médico, introjetando valores e modelos de práticas que estarão distantes daqueles que de fato serão encontrados no mercado de trabalho pelos futuros estudantes. Ou seja, “o

componente ideológico está constantemente presente e as regras do fazer didático, que influem nos discursos e práticas pedagógicas, são intensamente influenciadas por ele” (Steffen et al, 1999:56).

Nosso segundo ponto a discutir refere-se à valorização da capacitação docente e seu impacto na prática de ensino. Questões como o sentido à docência, a valorização do processo de ensino e como alcançar seus objetivos são relevantes no ensino.

Batista (1998) aponta que, ao contrário de algumas áreas, no caso do professor da escola médica no Brasil, não se exige na sua contratação uma “formação sistematizada que instrumentalize a sua maneira de conceber e desenvolver o processo ensino-aprendizagem”.

Irby (1996), analisando os modelos de desenvolvimento da docência, mediante inquérito com professores das áreas clínicas, identificou que estes aprenderam a ensinar a partir da experiência. A resposta, quase unânime, apontou que: a observação do modelo de ensino de seus professores foi o primeiro conhecimento sobre como ensinar e um segundo decorreu da experiência pessoal como professor. Isto explica, para o autor, porque os professores acreditam que são *experts* em ensinar e porque é tão difícil envolvê-los no aprendizado de novas metodologias de ensino. Como podem os professores “aprenderem novas metodologias de ensino se eles nunca as experimentaram, na medida em que acreditam que o aprendizado vem da experiência?” (Irby, 1996).

Hernandez (1998), ao indagar sobre a possibilidade efetiva da capacitação docente produzir, com segurança, uma mudança nas práticas de ensino, aponta algumas atitudes de rejeição dos professores à capacitação como: falta de tempo, desconforto de se propor a aprender, dificuldade de perceber a necessidade de reflexão sobre a prática, medo de perder a

identidade, o modo e a experiência adquirida para ensinar e a impossibilidade de aplicar teoria à prática.

Entre aquele professor que se propõe a participar de uma capacitação e aquele que entende que já sabe como ensinar e não quer realizar qualquer mudança, há uma confluência na manutenção de uma prática tradicional. Muitas vezes o professor frequenta um curso de formação, mas quando retorna ao seu cotidiano e encontra os seus colegas pouco entusiasmados com qualquer proposta de mudança, pouco consegue transformar sua prática em sala de aula a partir do que estudou em cursos (Hernandez, 1998).

Outras vezes o professor explica que ele nunca recebeu uma instrução formal para ensinar, afirmando que “ensinar é como educação sexual ou como ser pai, na qual você tem que fazer para aprender” (Irby, 1993).

Em ambos os exemplos parece clara a dificuldade para se trabalhar com a formação dos professores já que, na maioria dos casos, os mesmos não conseguem enxergar a necessidade do desenvolvimento de práticas para formação do professor.

Cunha aponta que “ao contraponto da tradicional visão do conhecimento como produto, há hoje toda uma tendência de entendê-lo como processo que (...) exige do aprendiz capacidade de interpretação e ressignificação.” (Cunha, 1999). Para que este processo possa acontecer

“é preciso contar, também, com um professor inquieto, que esteja disposto a fazer rupturas com a sua própria história acadêmica, normalmente marcada pela reprodução. Neste sentido o professor tem de substituir a resposta pronta que dá aos alunos pela capacidade de reconstruir com eles o conhecimento. Precisa se expor no seu próprio processo de maturação, incluindo a dúvida epistemológica como ponto modal da sua concepção de conhecimento” (Cunha, 1999)

Alguns caminhos podem ser trilhados no sentido de se valorizar o docente. Abrahamson (1996) sugere que o foco da mudança não pode estar centrado, exclusivamente, numa reforma curricular, mas que, para impulsionar reorientações no trabalho docente, cabe mudança também dos gestores das Faculdades de Medicinas ou até mesmo das universidades nos quais estão inseridas as Faculdades de Medicinas. Assim, a proposta de mudança está ligada à possibilidade de valorização do trabalho docente na graduação no modelo de promoção institucional.

Outro caminho pode ser seguido ao estruturar na escola médica um programa de capacitação docente, inicialmente para aqueles professores que estão envolvidos no ensino de graduação e que têm disposição para aprender e mudar a sua prática. Neste trabalho é preciso reconhecer e valorizar a experiência anterior do professor, trazer a formação para situações concretas de ensino e daí exercitar a reflexão e crítica, considerando a formação a partir da própria prática e da comparação com o trabalho de outros colegas. Há necessidade de se criarem estratégias que considerem na formação docente o pensar, o agir e o aprender docente da maneira como o fazem (Hernandez, 1998).

Ao mesmo tempo hoje, dar um sentido à docência

“implica vermos nossas disciplinas a partir de uma ampla perspectiva histórico-cultural. Questões que dizem respeito ao mundo atual, projeções sobre o que nos legará o futuro, são fundamentais para a formação do (professor) ...” (Balzan, 1999).

Isto significa que não se pode pensar isoladamente a disciplina em que trabalha o professor em seu processo de formação, pois nossas disciplinas são parte de um todo dentro de um curso, o qual depende de condições e determinantes históricos e sociais.

Deve-se por um lado, valorizar o conhecimento e as metodologias que o docente dispõe e atualizá-los e, por outro, fazê-lo enfrentar o desafio de atribuir significado ao que está fazendo enquanto professor, para poder transformar sua prática docente (Balzan, 1999).

Algumas estratégias podem ser apontadas no sentido de se rever o valor da docência na prática do professor da escola médica. Uma primeira proposta refere-se a valorização da articulação pós-graduação/graduação, reconhecendo-se que formar o pesquisador e o professor universitário deve ser finalidade da pós-graduação.

“Na verdade, trata-se de se assumir, com maior rigor e convicção, a radical unidade que deve soldar ensino e pesquisa, na sua íntima e específica natureza. Nunca é demais repetir que não se pode aprender e muito menos ensinar, se os sujeitos envolvidos não estiverem participando efetivamente da construção dos objetos do conhecimento que constituem as mediações efetivas do processo de ensino/aprendizagem” (Severino, 1999).

Em 1970, o Conselho Federal de Educação estabeleceu normas complementares para o credenciamento de cursos de pós-graduação na área médica, determinando que nos mesmos deveria constar as disciplinas de Pedagogia Médica e Didática Especial. Em 1977, nova resolução federal exigiu, como atividade das duas citadas disciplinas, a realização de estágio no ensino de graduação médica (Batista e Silva, 1998).

Em que pese a dificuldade dos professores para ministrá-las, a pequena carga horária a elas disponível na maioria das escolas médicas e ao desinteresse dos pós-graduandos em cursá-las, estas disciplinas podem, em muitos casos, oferecer ao aluno uma “primeira oportunidade de discutir aspectos da docência universitária e do ensino médico” (Batista e Silva, 1998:61). Foresti e Pereira (1998) constatam que, na área médica, estes cursos podem adquirir um maior significado na formação dos pós-graduandos, como

educadores em potencial, ao valorizarem a dimensão pedagógica das práticas de saúde.

Na pós-graduação pode-se, ainda, promover e estimular a pesquisa em educação médica. Mediante projeto institucional a pós-graduação pode incentivar programas que, juntamente com a formação do pesquisador, valorizem projetos de pesquisa e inovações sobre docência e aprendizagem na escola médica. Assim abrir-se-ia a possibilidade do professor realizar pesquisas que estivessem direcionadas ao desenvolvimento da educação médica.

Em outra vertente de atuação, pode-se propor a capacitação continuada, de forma a permitir a análise teórica de situações práticas. A construção de novos conhecimentos sobre a prática pedagógica “encanta o educador e o faz mudar, motiva transformações” (Carvalho, 1998).

Amâncio (1979), citado por Magaldi (1982:15), afirma que:

“A pesquisa deve ser heterodoxa – isto é, qualquer atividade dentro da Escola Médica é motivo de indagação e pesquisa. Um gesto, uma técnica, um protocolo de investigação, uma reunião, um olhar do doente, é uma pesquisa. Perguntar sempre e buscar sempre, de forma inquieta e inconformada”.

A capacitação docente pode se articular a propostas de inovação de projetos pedagógicos da escola médica e ao desenvolvimento de pesquisa científica. Uma tentativa é a criação de “núcleos pedagógicos”, que podem aglutinar esforços visando a valorização da docência. A estes núcleos caberiam: articular-se com a pós-graduação para o incentivo a projetos de pesquisa e inovações sobre docência e aprendizagem universitária; apoiar e assessorar inovações pedagógicas e projetos didáticos especiais (Masetto, 1999); organizar a capacitação docente para melhoria da qualidade do processo ensino-aprendizagem, articulando-se teoria e prática.

Batista (1998) coloca que a formação de professores não é a única questão do projeto de transformação da educação, “nem pode ser buscado apenas nos limites das instituições formadoras”. Deve ser valorizada a formação permanente do professor de Medicina tendo em vista

“a compreensão de que as transformações do mundo do trabalho exigem novos mecanismos de apropriação do conhecimento, valorizando a reflexão, a prática, os saberes da experiência, bem como ampliando as oportunidades de troca e interlocução” (Batista, 1998;36).

Para uma compreensão mais ampla do professor e seu trabalho, temos que nos reportar à escola médica e a sua inserção na estrutura social. O que quer dizer que as alternativas educacionais de um professor não surgem de forma abstrata, mas se originam do conjunto de relações objetivas que se dão na sociedade.

“A escola médica conserva e transmite em seu discurso e sua prática, quase sempre, uma ideologia que tenta colocar a Medicina como ciência *neutra*, à frente da humanidade, visando exclusivamente à saúde, à vida e ao bem estar, impossibilitando criticá-la como ciência e prática. Evitando relacionar a medicina com a estrutura social, tal concepção idealista, procura desvincular a escola médica das práticas políticas, econômicas e ideológicas” (Binder, Magaldi e Lopes, 1981).

Nessa direção pode se dizer que o próprio modelo flexineriano, adotado em muitas escolas médicas até hoje no Brasil, é de certa forma “despolitizante, pois reduz questões sociais (de solução política) a problemas técnicos (de solução científica)” (Magaldi, 1982). É neste espaço que se encontra o professor, que para poder mudar, precisa se perceber e enfrentar a discussão tanto dos problemas institucionais como da realidade em que a Escola Médica está inserida (Magaldi, 1982). Enfim, estará presente a questão

ideológica do professor e como estes percebem o seu papel e o lugar da Escola Médica na sociedade.

## ***2.2 Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP)***

*“Como desenvolver nossas disciplinas e cursos de modo a privilegiar o profissional do futuro, que provavelmente precisará de sólidos conhecimentos numa dada área e ao mesmo tempo será portador de uma cultura geral que lhe permita transitar entre áreas afins com certa facilidade?(...) Por que dar aulas, isto é, limitar-se a transmitir conhecimentos se os estudantes dispõem para isto, além da imprensa escrita, inventada há mais de 500 anos, outros meios de acesso às informações? Por que não privilegiar discussões em torno de temáticas levantadas junto aos alunos? Por que não prestigiar a aquisição de mentes criativas e inquiridoras, através de debates, de resoluções de problemas extraídos da própria realidade socio-cultural?”*

*Newton Balzan,*

*1999*

Em 1998 e 1999, no planejamento dos novos cursos de Saúde Coletiva III e de Semiologia Pediátrica para o terceiro ano médico, frente à insatisfação de continuidade do currículo tradicional, buscou-se uma possibilidade de ruptura a partir do desenvolvimento de metodologias problematizadoras.

A problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP) são duas propostas distintas que “trabalham intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender” (Berbel, 1998). Tanto uma quanto a outra propõem um processo de ensino-aprendizagem por descoberta, voltados para a idéia de aprender a aprender, para a aprendizagem significativa, utilizando uma seqüência de conteúdos organizados de modo a facilitar a percepção do todo.

Venturelli (1997), discutindo o processo educacional no mundo contemporâneo, resgata a necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, na qual os alunos assumem o papel de indivíduos passivos, preocupados apenas em recuperar tais informações quando solicitados. Apropriando-se de conceitos desenvolvidos por Paulo Freire, Venturelli (1997) resgata este problema no contexto de uma educação de adultos<sup>5</sup> e ressalta a necessidade de uma educação como prática de liberdade em oposição a uma educação como prática de dominação.

Paulo Freire (1975) ao propor a educação de adultos como prática de liberdade, diz que a educação “não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres *vazios* a quem o mundo *encha* de conteúdos; ... Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo”.

A educação problematizadora fundamenta-se na relação dialógica entre educador e educando, que possibilita a ambos aprenderem juntos. No diálogo, o professor não se coloca como o único detentor do saber. Isto lhe permite reconhecer e valorizar as experiências e conhecimentos que todos os envolvidos no processo trazem para a situação que se está ensinando. “O diálogo não é apenas um método, mas uma estratégia para respeitar o saber dos alunos: os alunos quando chegam à escola, também têm o que dizer e não apenas o que escutar” (Camargo, 1999).

Para Paulo Freire, educação e investigação temática são momentos de um mesmo processo e o conteúdo proposto tem de estar sempre se renovando e ampliando. Um dos pontos que torna a obra de Paulo Freire ainda atual e

---

<sup>5</sup> Paulo Freire faz parte de um amplo movimento, ocorrido na América Latina e também em outros países, pretendendo “romper com práticas escolar-educativas tradicionais, formalistas, conformistas e favorecer, pelo contrário, processos de formação mais abertos e capazes de dar vida a sujeitos mais criativos, mais independentes, orientados também para a discordância(...). Seu radicalismo é socialmente orientado, é destinado ao resgate dos grupos sociais mais marginais e se nutre, portanto, de um forte impulso utópico, além de um empenho revolucionário”(Cambi, 1999).

desafiadora, refere-se a sua proposta de fazer da prática cotidiana o ponto de partida para a construção do conhecimento.

“A educação *com* o educando e não *para* ele, caracteriza a pedagogia de Freire (...). Torna educandos e educadores capazes de, ao se distanciarem do mundo para melhor compreendê-lo, retornar a ele apreendendo-o de maneira diferenciada e reveladora para propor e recompor, modificando-o em busca do inédito viável” (Silva, 1999).

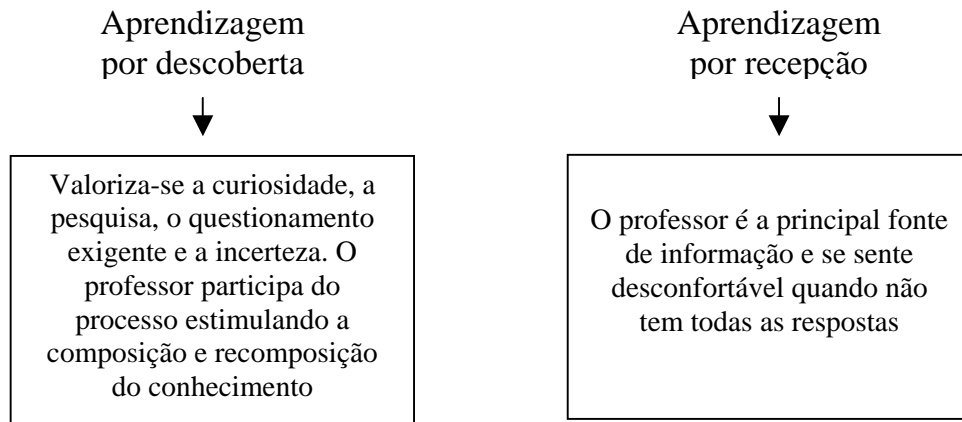
Antes de abordar e diferenciar cada uma das referidas propostas, ABP e problematização, há necessidade de melhor caracterização de alguns termos referentes ao processo de aprendizagem humana e mesmo em relação a organização de um currículo.

Madruga (1996), referindo-se aos estudos de Ausubel traz a discussão sobre os processos de aprendizagem humana: por recepção ou por descoberta e aprendizagem significativa ou repetitiva.

“Na aprendizagem por recepção, o aluno recebe os conteúdos que deve aprender em sua forma final, acabada; não necessita realizar nenhuma descoberta, além da compreensão e da assimilação dos mesmos, de modo que seja capaz de reproduzi-los, quando lhe for solicitado. A aprendizagem pela descoberta implica uma tarefa diferente para o aluno; neste caso, o conteúdo não se dá em sua forma acabada, mas deve ser descoberto por ele. Esta descoberta, ou reorganização do material, deve ser realizada antes de poder assimilá-lo; o aluno reordena o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, até descobrir as relações, leis ou conceitos que posteriormente assimila” (Madruga, 1996).

Cunha (1996) caracteriza a aprendizagem por descoberta e por recepção conforme Quadro I.

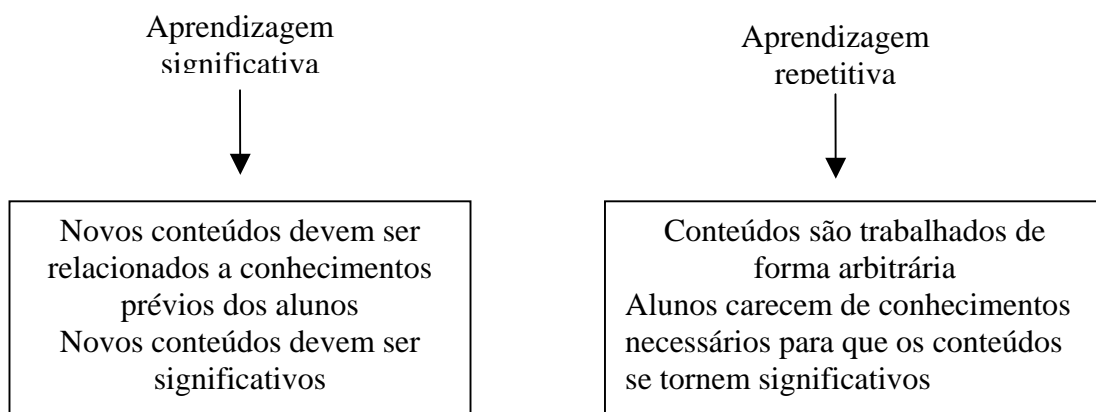
QUADRO I - Processos de aprendizagem humana por descoberta e por recepção segundo Cunha, 1996.



Na proposta de Ausubel a aprendizagem por recepção e por descoberta pode desenvolver-se de modo significativo ou repetitivo (mecânico). Para ser significativo o conteúdo deve estar ligado ou relacionado a conhecimentos prévios do aluno e este precisa

“adotar uma atitude favorável para tal tarefa, dotando de significado próprio os conteúdos que assimila. A aprendizagem repetitiva produz-se quando os conteúdos da tarefa são arbitrários, quando o aluno carece dos conhecimentos necessários para que os conteúdos se tornem significativos...” (Ausubel citado por Madruga, 1996).

QUADRO II - Processos de aprendizagem humana por significação e por repetição segundo Ausubel, (Madruga,1996).



Este autor considera, que, para haver uma aprendizagem significativa são necessárias três condições:

- 1) “Os novos materiais que serão aprendidos devem ser potencialmente significativos para que possam se relacionar com as idéias relevantes que o sujeito possua;
- 2) A estrutura cognitiva prévia do aluno deve possuir as necessárias idéias relevantes para o novo conhecimento; e
- 3) O sujeito deve manifestar disposição para a aprendizagem: atitude ativa, atenção e motivação”. (Quando esta não está presente, demanda, do professor, a tarefa de mobilizar essa atitude)

O corpo básico de conhecimentos das disciplinas acadêmicas vem sendo, ao longo de muitos anos, adquirido mediante a “aprendizagem pela recepção significativa, e é graças a este tipo de aprendizagem, (...) que a humanidade construiu, armazenou e acumulou seu conhecimento e cultura” (Ausubel, citado por Madruga, 1996).

“A teoria pedagógica, nestes últimos anos, tem enfatizado, seja lá a que corrente for filiada, que o aluno é o centro do processo ensino-aprendizagem e que é nele que as estruturas cognitivas precisam se formar. Numa aprendizagem significativa, é ele o principal ator, interagindo com a cultura sistematizada de forma ativa, como partícipe do próprio processo que se constrói” (Cunha, 1996).

O ensino de novos conteúdos deve permitir que o aluno se desafie a aprender e avançar. O conteúdo do ensino deve ser novo, mas o nível de dificuldade do novo conteúdo deve ser assimilável pelo educando.

“Se o educando não possuir os mecanismos de assimilação do conteúdo proposto, não possuirá os meios necessários para penetrar nesse novo conhecimento e, por isso, não o aprenderá, o que significa que o estímulo do ensino ultrapassou as suas possibilidades de assimilação, por isso tornou-se impossível ter acesso a ele” (Luckesi, 2001: 134).

A educação problematizadora trabalha com a idéia de que a aprendizagem é uma construção, compreendendo o processo de aprendizagem como um processo de construção de conhecimentos a partir das experiências significativas vivenciadas (Shank, 1993). “O construtivismo defende a idéia básica de que as estruturas de pensar, julgar e argumentar resultam, em verdade...” de um processo permanente de reflexão e de reorganização das percepções que o aluno tem ao agir e interagir com a realidade (Freitag, 1993).

A autora observa que o professor, a escola, a universidade pode impedir, perturbar ou facilitar o processo de construção, de elaboração do pensamento, do julgamento e da argumentação dos estudantes. A escola atua, assim, interferindo positiva ou negativamente, nos processos de construção individual.

O aprendizado não acontece de forma linear por acréscimo, tranqüilo, de modo a somar alguns novos elementos ao que sabíamos antes. “Aprendemos permeados por grandes períodos de conflito, de ruptura (Grossi, 1993:160)”. Não se pode desconsiderar o que cada aluno traz em sua bagagem e, muito menos, a percepção de como ele entrará em contato com os novos conhecimentos inseridos em uma realidade concreta, para apropriar-se de novos conceitos e, ao apropriar-se destes, transformar-se. Assim, o aprendizado não é nem acumulação nem substituição de informação. O aprendizado estrutura-se mediante redes de conexões que cada sujeito faz,

“reelaborando associações singulares que se ampliam e ganham novos sentidos à medida que é capaz de desenvolver novas relações, envolver-se na resolução de problemas que esclarecem novas questões abrindo-se para aprendizagens mais complexas” (Ribeiro, 1998).

Contrapondo-se a prática do ensino tradicional, na qual o professor é o transmissor dos conhecimentos, o método utilizado em aula é geralmente expositivo, cabendo ao aluno memorizar definições, sínteses e resumos,

tendo, geralmente, um papel passivo, a prática construtivista situa o professor no papel de provocar o raciocínio do aluno para gerar uma aprendizagem significativa. Neste caso, o aluno tem um papel ativo, desenvolvendo maior capacidade de assumir responsabilidade por sua formação (Cunha, 1996).

### **O currículo**

A organização estrutural de um currículo pode apresentar, em um pólo, o ensino por disciplinas e, em outro, o ensino por núcleos temáticos<sup>6</sup>.

Em qualquer abordagem educacional, o desenho do currículo é um processo essencial para o sucesso de um curso. O currículo pode ser considerado um elo entre a declaração de princípios gerais (ideológicos, pedagógicos) e a sua tradução operacional, “entre a teoria educacional e a prática pedagógica, entre o planejamento e a ação, entre o que é prescrito e o que realmente sucede nas salas de aula” (Coll, 2000:34).

Na escola médica, durante os dois primeiros anos, as disciplinas desenvolvem-se por meio de teorias, modelos, experiências e práticas de laboratório que pouco se referem à realidade física ou social. Somente no terceiro ano começam a se desenvolver disciplinas mais voltadas à prática profissional. Para muitas escolas médicas, planejar o currículo refere-se basicamente a fazer uma lista de disciplinas consideradas indispensáveis para a profissão e para a ciência em pauta. Para Bordenave (2000), esta forma tradicional de planejamento curricular por disciplinas organizadas de forma linear, mais parece uma *colcha de retalhos* que propriamente um programa

---

<sup>6</sup> “no ensino por disciplina cada disciplina é concebida como um esforço próprio de domínio do conhecimento que luta por quantidade de aulas para poder ter toda matéria dada (...) O ensino por núcleos temáticos propicia experiências interdisciplinares, no qual os alunos possam perceber como um conhecimento depende do saber de distintas áreas e que para construção do mesmo há necessidade de pontes de relações e atribuições de significados próprios em função dos objetivos acadêmicos” (Cunha, 1996).

bem estruturado de ensino e, sendo assim, é muito pouco aberto à integração disciplinar.

Uma outra forma de estruturar o currículo consiste em focar “os processos ou fenômenos importantes, estudando-os na forma complexa como eles se apresentam na realidade e apontando a seu estudo as contribuições das diversas disciplinas, de forma integrada”. Esta estruturação curricular busca, na prática, colocar em foco temas importantes para a formação do estudante, “a fim de que sejam examinados exaustivamente, levando em conta o nível de conhecimento desejado”. Neste caso, cada assunto escolhido deve funcionar como um núcleo temático que também pode ser denominado unidade curricular, tendo como objetivo o conhecimento de um tema. A soma dos núcleos temáticos do currículo, dentro de uma proposta de ensino integrado deve resultar na oportunidade de vivências de “experiências de formação essenciais ao desenvolvimento futuro da atividade visada como objetivo curricular” (Bordenave, 2000).

### **Sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)**

*“A teoria sem a história é vazia; a história sem teoria é cega”  
Kant*

Berbel (1998), afirma que a ABP tem como base de inspiração

“os princípios da Escola Ativa, do Método Científico, de um Ensino Integrado e Integrador dos conteúdos, dos ciclos de estudo e das diferentes áreas envolvidas, em que os alunos aprendem a aprender e se preparam para resolver problemas relativos a sua futura profissão”.

Penaforte (2001) complementa que “a busca das nascentes filosóficas da ABP é uma incursão pelo terreno da teoria do conhecimento (...) sob a ótica pragmática do filósofo americano John Dewey”<sup>7</sup>.

Entre o último decênio do século XIX e o terceiro decênio do século XX, “afirmam-se na pedagogia mundial algumas experiências educativas de vanguarda, inspiradas em princípios formativos bastante diferentes daqueles em vigor na escola tradicional” (Cambi, 1999). Na base desta nova educação estão as descobertas da Psicologia e a abertura das escolas às populações, mudando o sentido da escola e da educação. É deste período movimentos como *a escola nova* e o movimento ativista.

Segundo Libâneo (1982), estes movimentos pertencem a tendência pedagógica liberal progressista que historicamente por “razões de recomposição da hegemonia da burguesia”, propõe esta tendência renovada em resposta ao ensino tradicional que valorizava o ensino humanista, de cultura geral no qual a relação professor-aluno não tinha nenhuma relação com o cotidiano do estudante e muito menos com a realidade social. No tradicional, predominava a “palavra do professor, as regras impostas e o cultivo exclusivamente intelectual” (Libâneo, 1982:20).

A pedagogia de Dewey caracteriza-se:

- 1 “como inspirada no pragmatismo e portanto num permanente contato entre o momento teórico e o prático, de modo tal que o “fazer” do educando se torne o momento central da aprendizagem;
- 2 como entrelaçada intimamente com as pesquisas das ciências experimentais, às quais a educação deve recorrer para definir

---

<sup>7</sup>Dewey desenvolveu sua teoria filosófica e pedagógica no final do século XIX até a primeira metade do século XX e pode ser considerado o maior pedagogo do século XX, tanto por ter sido o teórico mais orgânico de um novo modelo de pedagogia como por ter sido seu pensamento difundido no mundo inteiro (Cambi, 1999).

corretamente seus próprios problemas, e em particular à psicologia e à sociologia;

- 3 como empenhada em construir uma filosofia da educação que assume um papel muito importante também no campo social e político, enquanto a ela é delegado o desenvolvimento democrático da sociedade e a formação de um cidadão dotado de uma mentalidade moderna, científica e aberta à colaboração” (Cambi, 1999).

Para Dewey a aprendizagem parte de problemas ou situações que implicam em dúvida, desequilíbrio e perturbação. Parte de um esforço ativo para trazer clareza, consciência e harmonia, para tornar determinada uma situação antes indeterminada.

O método “dos problemas”, característico de Dewey, valoriza experiências concretas e problematizadoras. É característica desta forma de aprendizado uma forte motivação prática “... e o estímulo que ela introduz no processo cognitivo para solicitar escolhas e soluções criativas” (Cambi, 1999).

Procurando perceber a influência destas tendências pedagógicas no ensino médico, Batista e Silva (1998) observam que já em Flexner, que foi influenciado pelos movimentos da área da educação que vivenciava à época, como o movimento da escola nova e movimento ativista, percebe-se a proposição de um ensino médico mais prático e mais centrado no estudante. Os autores afirmam que apesar destes postulados flexnerianos direcionados a tendência pedagógica renovada e tecnicista, “os procedimentos utilizados na maioria das salas médicas encaminharam-se para a tendência tradicional”.

A partir do pioneirismo da Universidade de McMaster, no Canadá, no final dos anos 60, o modelo da ABP se expandiu para muitas escolas de Medicina em todo o mundo. Nota-se que, embora os pioneiros da Universidade de McMaster não façam uma citação explícita aos trabalhos de Dewey, é possível detectar na proposta da ABP fundamentos conceituais

deste autor (Penaforte, 2001). Muitas das características da APB já estavam presentes em uma reforma curricular da Escola de Medicina da Universidade de Case Western Reserve, nos anos 50, que incorporou e integrou um conjunto de métodos e estratégias instrucionais em um laboratório multidisciplinar (Feletti, 1993), reconhecendo deficiências do ensino como o contato tardio do estudante com a prática concreta. Passa assim a propor programas de cuidados às famílias, grupos mais vulneráveis, etc... sob responsabilidade de alunos. “A motivação dessa proposta era dar atribuições e responsabilidades sociais aos estudantes, além de colocá-los em contato com a realidade”(Magaldi, 1982:3).

Aguiar (2001) estudando o processo de reforma de ensino da Escola de Medicina de Harvard, analisa um diagnóstico sobre a situação da instituição, no final dos anos 70, sobre o qual pode constatar

“um quadro bastante semelhante ao que atualmente presenciamos em muitas escolas brasileiras: uma massa de estudantes anônimos sendo assoberbada por informações fragmentadas transmitidas em aulas expositivas e de qualidade variável, num processo que valorizava mais a memorização do que o raciocínio crítico” (Aguiar, 2001).

Com este diagnóstico Harvard iniciou, em 1984, grandes discussões e o planejamento de uma proposta curricular em ABP, implantada no ano seguinte como um programa curricular separado, paralelo ao currículo tradicional. O programa era voluntário para estudantes de Medicina que, naquele ano, iniciavam o curso médico e os professores também participaram de forma voluntária (Moore, 1991). Passados os primeiros anos e após uma avaliação comparativa entre o processo educacional tradicional com o novo currículo, Harvard passou a desenvolver um currículo único que “tinha como estratégias a ABP, o processo ensino-aprendizagem centrado no estudante e o

resgate da relação médico-paciente como elemento agregador de conteúdos biopsicossociais”<sup>8</sup>.

Mesmo que outras escolas americanas, canadenses e européias já houvessem adotado inovações até mais radicais, a proposição de Harvard “marcou a incorporação de um novo modelo no cerne das instituições de ensino e pesquisa de indiscutível prestígio, gerando uma significativa pressão para mudanças em outras instituições ” (Aguiar, 2001).

Norman e Schmidt, em 1992, citados por Lima (2000), apontam que, na década de 1990, mais de sessenta escolas médicas em diferentes “países já estavam adotando a Aprendizagem Baseada em Problemas como parte ou método fundamental para reorganização curricular... ”.

A ABP é, assim, considerada uma das mais significativas inovações na educação médica nos últimos anos, surgindo como um movimento de reação aos currículos das escolas médicas sob a forte influência do modelo flexneriano de ensino que privilegiava o modelo biomédico e o ensino centrado no hospital. Ela pode ser considerada como o eixo principal do aprendizado teórico de um currículo médico, objetivando o aprendizado de conteúdos cognitivos e a integração de disciplinas. Propõe-se a um trabalho criativo do professor que estará preocupado não só com *o que*, mas, essencialmente, com *o como* o estudante aprende.

Lima, citando Schmidt (1983), afirma que a ABP é um método instrucional, baseado em várias teorias de aprendizagem caracterizado pelo uso de uma situação de saúde-doença para que “estudantes adquiram conhecimentos sobre ciências básicas e clínicas e progressivamente habilidades para solucionar problemas”.

---

<sup>8</sup> Embora esta reforma de ensino não seja objeto do presente estudo e nem seja aqui tratada em profundidade é interessante perceber no enunciado da mesma uma apropriação bastante reducionista de conceitos da Medicina Integral, reduzindo a integralidade apenas a relação médico-paciente.

## **Construção de um currículo centrado na ABP**

Na escola médica a ABP começa pela apresentação de um problema relacionado a situação de saúde e/ou doença. O problema é estudado por meio de uma cuidadosa estruturação que integra conteúdos, contextualiza questões e com uma seqüência de problemas, em seu desenho, que se apresenta ao longo do Curso (Margetson, 1996).

Importante ressaltar que, na proposta de um currículo com o eixo centrado na ABP, o problema ou a situação é apresentada aos estudantes antes que estes tenham estudado os conceitos das ciências básicas e clínicas. Além disso, o problema não contém todas as informações necessárias para sua solução, exigindo que o estudante busque e articule mais dados. Esta característica torna a ABP diferente de um estudo de caso clínico” (Barrows, 1986, citado por Lima, 2000).

Na sua proposição original a ABP é uma proposta de reestruturação curricular que visa integrar disciplinas frente a prática.

A partir de definições do currículo, organiza-se um elenco de situações que o aluno deverá saber/dominar. “Este elenco é analisado situação por situação para que se determine que conhecimentos o aluno deverá possuir para cada uma delas. São os denominados temas de estudo”. Cada um destes temas de estudo será transformado em um problema para ser discutido em um grupo tutorial, quando se tratar de um tema que diga respeito à esfera cognitiva (Berbel, 1998).

Barrows (1986) neurologista e educador, estudioso da ABP, apresenta os quatro objetivos desse procedimento metodológico:

- integrar a aprendizagem do aluno em diferentes disciplinas, tornando o conhecimento mais relevante e útil para ele como profissional;
- desenvolver habilidades clínicas efetivas e eficientes baseadas neste conhecimento;
- ensinar os alunos a serem independentes em sua aprendizagem;

- tornar o currículo mais interessante para alunos e professores, pela sua maior relevância à prática profissional e ao processo de aprendizagem ativa.

Na ABP um problema ou caso é apresentado a um grupo de alunos por um professor tutor. Este problema será discutido em grupo, hipóteses serão levantadas para explicá-lo, objetivos serão traçados para melhor estudá-lo, pesquisas, estudos serão propostos e nova discussão em grupo será feita para síntese e aplicação do novo conhecimento.

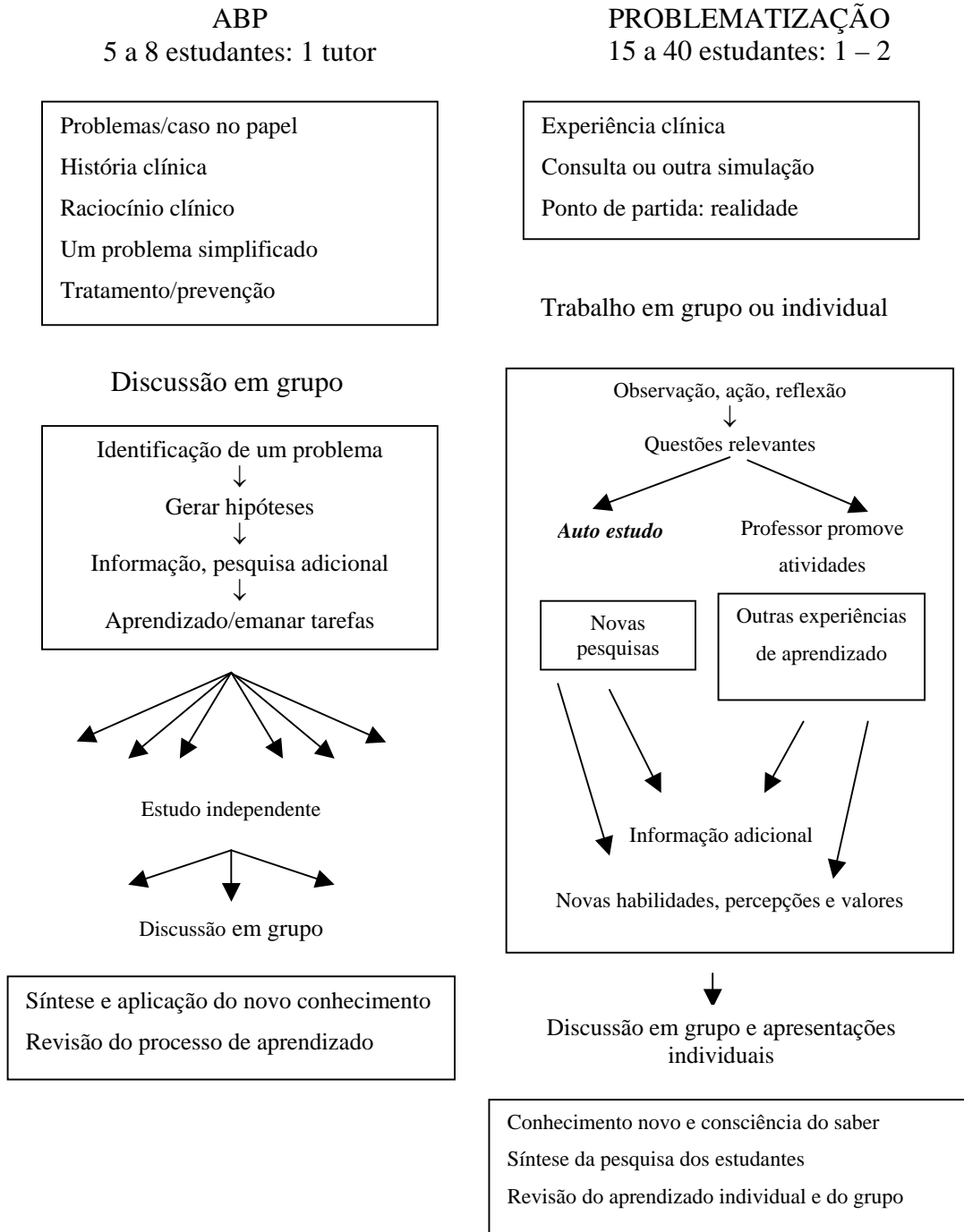
No quadro III, pode-se observar o processo de aprendizagem que se percorre na ABP e inclusive comparando-o com a Problematização.

Na ABP, o trabalho pode ocorrer de forma mais individual (cada aluno), mas também pode se incentivar o trabalho em grupo.

“O grupo de tutoria representa, portanto, um laboratório para aprendizagem sobre a interação humana, onde estudantes podem desenvolver habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal e a consciência de suas próprias reações no trabalho coletivo, constituindo uma oportunidade para aprender a ouvir, a receber e assimilar críticas, e por sua vez, oferecer análises e contribuições produtivas ao grupo. É um fórum onde os recursos dos membros do grupo são mais efetivos que a somatória das atividades individuais” (Komatsu, 1998).

### QUADRO III O Processo de aprendizagem na aprendizagem baseada em problemas e na problematização

(modificado de Feletti, 1993)



Apresenta-se, a seguir, um problema para exemplificação:

**PROBLEMA: O MACHUCADO DE ARIEL**

*Ariel tem 7 anos, está na primeira série do primeiro grau. Ele é HIV positivo e freqüenta a escola regularmente. Sua mãe informou à diretora e a professora da classe sobre a condição de saúde da criança.*

*Hoje, pela manhã, Ariel se machucou. Caiu, bateu a boca e cortou a língua. Começou a sair muito sangue. A professora levou a criança até o bebedouro e orientou-o para que lavasse a boca. A professora chamou a diretora e ambas colocaram luvas e ajudaram a criança a limpar-se. Em seguida a diretora levou a criança ao Centro de Saúde próximo a escola para ver se havia necessidade de algum outro procedimento.*

O problema acima foi formulado a partir de um caso real citado por Abia (1993), utilizado na introdução do Curso de Saúde Coletiva III da FMB. Seu objetivo geral referia-se à percepção da complexidade do campo da saúde coletiva e ao aprendizado de conceitos de Educação em Saúde, noções de primeiros socorros, Biossegurança, Ética, Epidemiologia, Clínica, intersetorialidade, Psicologia e Comunicação.

Segundo a proposição de Venturelli, modificado de David et al, 1999, os seguintes passos devem se seguir para o desenvolvimento da ABP em pequenos grupos, apoiados pela presença de um professor tutor. (Quadro IV)

## QUADRO IV Seqüência da tutoria na ABP

Passos durante o processo das tutorias na <b>Aprendizagem Baseada em Problemas</b>	
<b>Passos 1 - 7</b>	
1	Esclarecer alguns termos pouco conhecidos
2	Definição do problema
3	Chuva de idéias e Brain Storm sobre hipóteses ou explicações
4	Arrumar explicações numa solução tentativa (identificar o conhecimento prévio)
5	Definir os objetivos de aprendizagem
6	Buscar informação + estudo individual
7	Compartilhar informação obtida durante a busca e o estudo pessoal
<b>Passos 5-8 no contexto de um curriculum médico-clínico</b>	
5	Definir objetivos de aprendizagem e os requisitos de experiência clínica
6	Obter informação + Estudo privado incluindo a experiência clínica
7	Compartilhar os resultados da informação
8	Discutir a experiência clínica

Traduzido e com leves modificações feitas por J. Venturelli do original do livro de T. David, L. Patel, K. Burdett, P. Rangachari: *Problem-Based Learning in Medicine*. 1999 The Royal Society of Medicine Press Ltd.

Colocado o Problema para um grupo de alunos, numa primeira sessão de grupo tutorial, busca-se construir uma teoria que explique o que foi descrito no problema. “A construção da teoria torna-se um esforço colaborativo que pode levar a novos *insights* que não estavam presentes antes da análise do problema começar” (Schmidt, 2001). Os problemas são formulados de tal forma e selecionados para serem apresentados a cada diferente período do curso, no qual se espera que os estudantes consigam produzir alguma teoria, mas sempre com a proposta de que uma teoria mais completa seja buscada. Assim, os estudantes realizarão uma pesquisa na literatura para responder o que não está explicado ou compreendido. Para Schmidt, a ABP concebida desta maneira é uma

“forma de aprendizagem contextual, porque princípios, idéias e mecanismos não são estudados no abstrato, mas no contexto de uma situação concreta (...) Este modelo lembra o processo de produção de um cientista. Cientistas também são confrontados com problemas que requerem uma explicação, e usam o seu conhecimento existente... para explicar os dados. Se a teoria falha, eles ativamente revisam sua conceituação original, ou constroem uma nova teoria que dá conta melhor dos dados... Expandindo-se essa metáfora, ... poderia se dizer que os estudantes testam sua teoria contra a literatura existente e, enquanto fazem isso, revisam suas concepções originais” (Schmidt, 2001).

Na literatura estudada há algumas variações quanto aos passos utilizados para a realização da ABP, mas de forma geral há grande concordância na seqüência os eventos, acrescentando-se outras atividades, quando da utilização da ABP já no estudo clínico, ou seja, no momento em que o problema deixa de ser só escrito e passa a ser utilizado no contexto da discussão clínica (Quadro IV, passos 5 a 8).

A ABP continua sendo adotada em diversas instituições e no Brasil duas escolas médicas apresentam no presente momento a opção por um currículo em ABP: A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e a Faculdade de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Londrina (UEL).

“Na FAMEMA desenvolvemos um programa de ensino/aprendizagem centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade” (Komatsu, 1998).

“A introdução da aprendizagem baseada em problemas buscou romper com a dicotomia entre os ciclos básico e clínico e permitir que o estudante assumisse uma postura mais ativa na construção do seu conhecimento. Como resultados iniciais, é inquestionável a ampliação da autonomia e responsabilidade dos estudantes no processo de construção do conhecimento porém, em relação à

integração dos ciclos básicos e clínico, o processo pareceu estar apenas começando” (Lima, 2000).

A Universidade Estadual de Londrina iniciou seu trabalho de reformulação do ensino médico em 1992 e em 1998 foi implantado no 1º ano um novo currículo centrado no aluno, todo elaborado sob a ABP e orientado à comunidade. A mudança não se referiu ao método de ensino-aprendizado, mas a uma mudança de filosofia educacional que incluiu a integração de disciplinas de forma vertical e horizontal e a avaliação do estudante, que deixou de ser somente somativa, tornando-se também formativa (Gordon, 2001).

A Escola de Saúde Pública do Ceará, no início dos anos 1990, iniciou todo um trabalho com a ABP na perspectiva de trabalhar com uma abordagem educacional que trouxesse novas possibilidades. Tinha como objetivo a formação de profissionais curiosos e impregnados pela idéia de se compreender a necessidade do aprendizado contínuo em contraposição às estratégias tradicionais de ensino na formação de profissionais da área da saúde (Mamede, 2001).

Uma análise das diferentes experiências de ensino médico, que trabalham com a ABP, parece mostrar que há, em comum, nessas experiências, a identificação e solução de problemas, mediante atividades cuidadosamente orquestradas; é uma proposta significativa de planejamento curricular, ainda que as experiências de aprendizagem dos alunos possam ser muito diferentes (Feletti, 1993).

Nas últimas décadas, alguns autores passaram a se preocupar em entender as características de um currículo elaborado com base na ABP, suas bases psicológicas e os principais resultados e as ainda insolúveis questões para avaliar o impacto da ABP como uma nova proposta para a educação médica (Bligh, 2000; Colliver, 2000; Albanese, 2000). Porém a literatura sobre a APB tem se caracterizado mais, por uma “evangelização”, no sentido

de enfatizar a descrição de diferentes experiências, do que analisar criticamente os paradigmas de solução de problemas e comparar modelos curriculares (Feletti, 1993).

Sá (2001), da Escola de Saúde Pública do Ceará, realizando uma revisão crítica da literatura sobre a utilização da ABP no ensino das profissões na área da Saúde, classifica alguns problemas referentes à implantação da ABP. Discute o custo para implantar a ABP, que não é pequeno, pois além de formar continuamente os professores, significa modificar estruturas acadêmicas e fornecer acesso a bases de informação, o que significa prover a instituição de salas específicas, bibliotecas, computadores, laboratórios de habilidades e outras.

Outra problemática refere-se ao grau de conhecimentos obtidos:

“sobre os desfechos de programas curriculares baseados em problemas quanto à base geral de conhecimentos atingida ao final da formação. Argumenta-se, com base em resultados de testes de habilitação profissional na avaliação da performance do recém-graduado em concursos ou na residência médica, que o conjunto finalístico de conhecimentos de um aluno proveniente de um curso ABP é sistematicamente menor quando comparado a um currículo tradicional.” ( Sá, 2001:209).

Este conhecimento menor refere-se, principalmente, ao domínio de conhecimentos das áreas básicas.

Um terceiro ponto crítico refere-se ao papel do professor na ABP. A ABP põe o professor em um outro papel, não sendo mais ele a principal fonte do saber do estudante e tal fato pode ser considerado uma ameaça ao professor. O autor termina enfatizando que a ABP é uma alternativa às instituições que estão procurando inovar no sentido de favorecer aos estudantes a “qualidade do processo da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais, muito mais do que a quantidade de conhecimentos adquiridos” (Sá, 2001).

Algumas escolas ou alguns educadores orientam mais seus currículos para problemas, no sentido de que tópicos e situações problemáticas definam o conteúdo da matéria. Para estes, a prática profissional não é tipicamente o processo de resolver problemas bem definidos, e assim se habilitam a incorporar outros modelos, teorias relevantes ou princípios educacionais em seus cursos (Felleti, 1993). Nestes casos não seria a utilização da ABP uma proposição ou opção de currículo mas sim a presença do ensino por problemas inserido no curso médico.

Neste contexto, pode ser pensada a utilização de problemas para introduzir questões de Pediatria e de Saúde Pública na educação médica, integrar os saberes da Saúde Coletiva com demais saberes do ensino médico ou ainda facilitar a integração interna de diferentes disciplinas, tornando o conhecimento da Pediatria e da Saúde Coletiva mais relevante e se compreender o uso destes na prática médica.

Um problema, se bem estruturado, pode partir de uma situação individual, enquanto uma situação de um paciente com determinando sofrimento e proporcionar a discussão deste referido sofrimento no contexto de vida do paciente, sua casa, família, trabalho, serviço de saúde utilizado, relação médico-paciente e, assim, permitir qualificar a dimensão coletiva deste sofrimento numa sociedade concreta.

Numa outra situação, poder-se-iam apresentar problemas mais voltados a se pensar a saúde, a ética nas relações, a comunicação, a educação em saúde e outros tantos temas, no sentido de oportunizar ao estudante fazer sua própria descoberta dos problemas de saúde e de doença, incorporando-se à dimensão do coletivo e da organização da assistência à saúde frente as políticas públicas. Um problema que destaque, por exemplo, a alta hospitalar de um paciente em diálise peritoneal, que retornará a um município pobre, sem um sistema local de saúde organizado e a uma família sem condições mínimas de

cuidar do doente, traz desafios ao estudante no sentido de permitir o contato com um universo pouco estudado no curso médico.

### **Trabalhando com a problematização**

*“O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História mas seu sujeito igualmente”. ...*

*Paulo Freire (1996)*

A “problematização” tem nos estudos de Paulo Freire (1975) uma formulação na qual enfatiza a percepção de que os problemas, os temas a serem estudados partem de um cenário real, em que educação e investigação temática são momentos de um mesmo processo, o conteúdo há de estar sempre se renovando e ampliando. E o desafio estará sempre presente para professores e estudantes, numa inserção crítica na realidade, não uma realidade estática, mas uma realidade em transformação, em processo.

*“A percepção ingênua ou mágica da realidade da qual resultava a postura fatalista cede seu lugar a uma percepção que é capaz de perceber-se. E porque é capaz de perceber-se enquanto percebe a realidade que lhe parecia em si inexorável, é capaz de objetivá-la” (Freire, 1996).*

Freire (1975) afirma que quanto mais o professor possibilitar aos estudantes se perceber como ser

*“no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder o desafio. Desafiados, compreendem o desafio da própria ação de captá-lo”.*

Assim fica clara na problematização a importância do olhar, da investigação do cenário real, e do papel do educador no diálogo com o

estudante para que este possa organizar, sistematizar uma realidade que lhe foi primeiramente apresentada de forma não estruturada. “A máxima ação – reflexão – ação transformadora é o eixo básico de orientação de todo o processo (Berbel, 1998).

Para Freire (1996) ensinar, aprender e pesquisar lidam com “dois momentos do ciclo gnosiológico: o em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente.”

Na década de 1960, Freire inicia seus trabalhos voltando-se a uma pedagogia que enuncia um compromisso histórico com a libertação das classes oprimidas. No trabalho de alfabetização de adultos, envolve os adultos em discussões comuns, partindo de problemas locais e detendo-se em esclarecer conceitos e palavras, objetivando a discussão e apreensão da tomada de consciência dos problemas concretos que afligem a vida das populações, buscando-se superar o individualismo e o conformismo.

A “pedagogia do oprimido”, publicada em 1968, vai muito além de uma proposta de método de alfabetização de adultos, voltando-se a realizar uma “conscientização” em busca de uma apropriação e maior participação da classe social operária na vida civil e também imprimindo nesta educação um caráter revolucionário.

Muitos foram os desdobramentos dos trabalhos de Freire, influenciando não apenas a educação no Brasil, como em muitos países do mundo. Foi pioneiro no difícil trabalho de sistematização teórica de um projeto de educação popular não só na América Latina, como em muitas outras partes do mundo. É dele a expressão é preciso “reinventar a educação”.

A metodologia da problematização é uma das manifestações do construtivismo pedagógico. Esta metodologia é voltada para a transformação social, para a conscientização de direitos e deveres do cidadão, dentro da proposta de educação libertadora, como prática social. Seus fundamentos se

inspiram nas teorias pedagógicas histórico-críticas. Segue passos de Dewey, mas avança rumo a prática social, agindo sobre os sujeitos da prática. Enquanto alternativa a uma educação *bancária*, possibilita “o desenvolvimento da consciência crítica (...), e responde à essência de ser da consciência, que é a sua intencionalidade”(Berbel,1999:44).

Schall (1999) cita o trabalho da educadora Hortência de Hollanda, na década de 1950, como uma proposição pioneira no campo da educação em Saúde, que pode ser comparado aos trabalhos de Paulo Freire. Segundo estudo da autora, Hortência, em 1950, buscou um novo conceito em educação em Saúde que incluía a possibilidade de troca, de construção conjunta do conhecimento entre profissionais e população (Schall, 1999).

Diversos trabalhos, na área da Educação em Saúde, vem desde os anos 1970 utilizando-se da problematização. Melo et al (1998) realizaram trabalho recente sobre o desenvolvimento de práticas de promoção à Saúde e Educação, em Quixadá, no Ceará, com a utilização da metodologia da pesquisa participante, articulando a construção do conhecimento ao agir para a resolução de problemas de interesse coletivo. O trabalho envolveu equipe técnica, instituições públicas e representantes de associações comunitárias, ancorando-se na pedagogia problematizadora, na qual durante todo o processo de investigação, a apropriação e socialização do conhecimento por todos os envolvidos foi uma prioridade. A partir de investigação da realidade, com o uso do planejamento situacional, subsidiou-se uma agenda de planejamento de políticas locais de saúde para o município. A problematização “contribuiu para a construção e a reconstrução crítica dos conceitos de promoção à saúde (...) assim como para a efetivação da construção, apropriação e socialização dos conhecimentos produzidos” (Mello et al, 1998).

Internacionalmente, na área da Saúde, no ensino superior, as metodologias problematizadoras, surgiram na década de oitenta, da necessidade de currículos orientados para problemas que melhor definissem

como os estudantes aprendem e que habilidades cognitivas e afetivas estão sendo adquiridas. Uma proposta começou a ser implementada na Universidade do Havaí, na área de Enfermagem, a partir de uma série de discussões visando a reforma curricular e assim foi definida: O ensino baseado na investigação<sup>9</sup> ou como utilizaremos, na problematização:

“é uma orientação para a aprendizagem flexível e aberta, utilizando várias habilidades e recursos de professores e alunos. Docentes são colegas que guiam e facilitam a experiência de aprendizagem auto-dirigida para atingir objetivos da prática de enfermagem. Isto inclui uma abordagem interdisciplinar de aprendizagem e solução de problemas, pensamento crítico e responsabilidade do aluno pela sua própria aprendizagem” (Feletti, 1993).

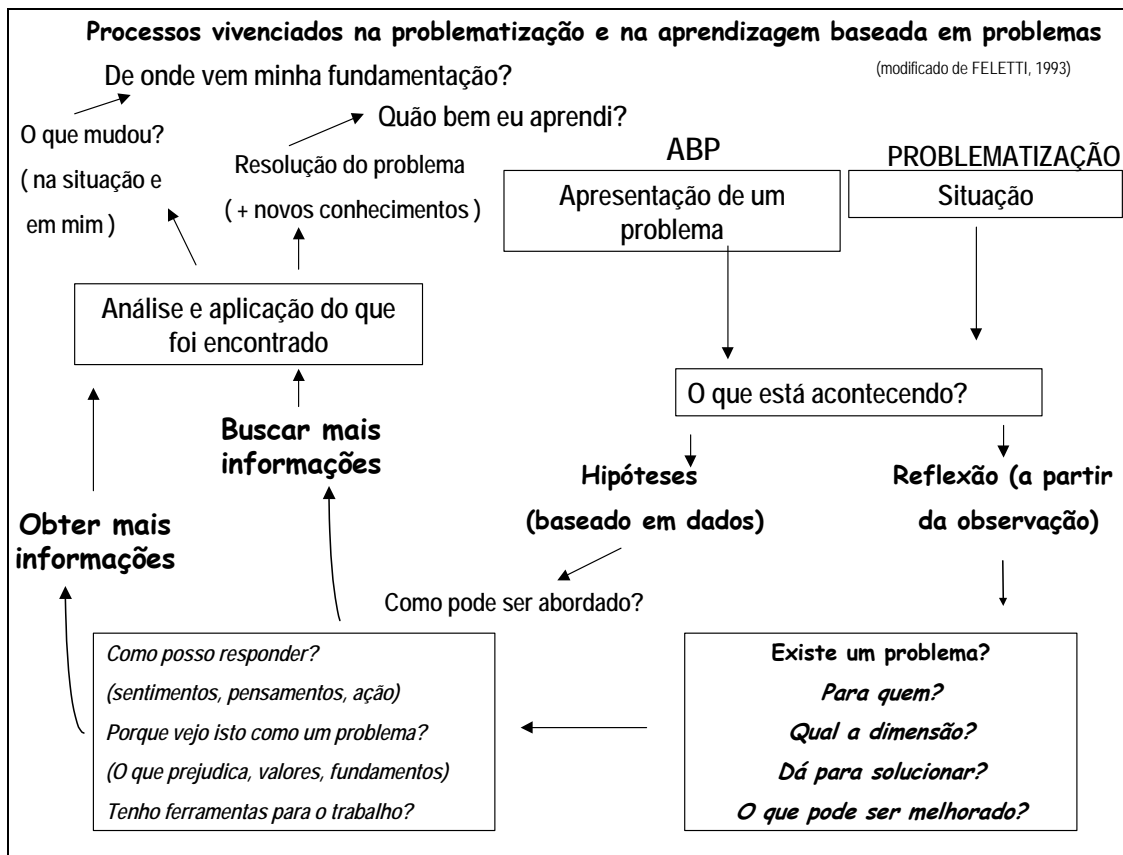
No Brasil, diversas escolas de Enfermagem vêm trabalhando com a Problematização. Na Universidade Estadual de Londrina, nos anos de 1990, iniciou-se um projeto especial de ensino, na área da Saúde, que se baseou nessa metodologia. Há cerca de duas décadas, a problematização vem sendo usada na formação de auxiliares de Enfermagem em Minas Gerais e no Rio de Janeiro (Berbel, 1998).

É importante salientar que a metodologia da problematização permite a possibilidade de propor a reflexão do estudante a partir da observação de uma realidade, e a busca de problematizá-la, enfrentá-la e então propor caminhos para resolução da problemática concreta e nisto ocorrer uma mudança na situação e no próprio aluno, sujeito do processo. (Quadro V).

---

<sup>9</sup> Um texto referência para este presente trabalho (Feletti, 1993) utiliza o termo “Inquiry based learning” às proposições que se assemelham ao que denominamos em português “problematização” ou educação problematizadora no sentido proposto por Paulo Freire (1975).

Quadro V – Processos vivenciados na ABP e na problematização, modificado de Feletti, 1993.



Berbel (1996) aponta que a metodologia da problematização pode propiciar o desenvolvimento do pensamento crítico nos estudantes de ensino superior, na medida em que

“mobiliza o potencial social, político e ético dos profissionais em formação. Proporciona a estes amplas condições de relação teórica-prática. Estimula o trabalho junto a outras pessoas da comunidade, no local onde os fatos ocorrem. Provoca algum tipo de alteração em todos os sujeitos, mesmo durante o processo, além das possibilidades de aplicação das hipóteses de solução. Alunos e professores juntos saem dos muros da Universidade e aprendem com a realidade concreta. Aumentam as chances de estimular nos alunos uma postura de cidadãos mais

conscientes, críticos e comprometidos com o seu meio” ( Berbel, 1996: 14).

Uma referência para utilização desta metodologia no Brasil, no ensino universitário está presente nos trabalhos de Maguerez, Bordenave e Pereira, na década de 1980. Estes autores propõem um esquema de problematização da realidade por meio das seguintes etapas:

observação da realidade (problema) → pontos chaves → teorização → hipóteses de solução → aplicação à realidade. Modelo denominado como método do arco, de Charles Maguerez (Bordenave e Pereira, 2000).

O processo de ensino começa com a exposição dos alunos a um problema real, a uma observação da realidade. O segundo momento refere-se à “identificação das variáveis ou pontos-chaves do problema, aqueles que, se modificados, poderiam resultar na solução do problema porque são os mais centrais...”. Na seqüência, os alunos buscarão uma explanação teórica sobre o problema através de entrevistas com especialistas, pesquisas, buscando-se a contribuição da ciência para esclarecimento do assunto em estudo. Haverá então, aplicação das hipóteses identificadas para solução do problema, ocorrendo uma interação entre estudante e objeto de estudo, no sentido de um diálogo transformador para ambos (Bordenave e Pereira, 2000).

Na problematização, os estudantes são apresentados a uma dada realidade para nela identificar problemas que os colocará em uma situação de observação, apreensão de questões, formulação de hipóteses, crítica ao processo vivenciado e sua relação ao meio no qual o mesmo está acontecendo. Esta metodologia encoraja os estudantes a refletirem sobre a situação como eles as vêem, incluindo aspectos humanísticos, afetivos e autocríticos. O problema ou os problemas são formulados pelos estudantes após a observação de uma situação real, buscando responder e refletir sobre o que está acontecendo (Berbel, 1998; Feletti, 1993).

Para Berbel (1998) a Metodologia da Problematização

“constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem”.

O professor, na educação problematizadora, buscará com os estudantes revisitar, construir e inventar, no âmbito da especificidade contextual do quadro trabalhado, interpretar a realidade voltando-se à criação de espaços contra-hegemônicos e contestatórios que possibilitem uma crítica, muitas vezes radical, à realidade estudada. Constatando e conhecendo os problemas, “nos tornamos capazes de intervir na realidade, tarefa, incomparavelmente, mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de nos adaptar a ela” (Freire, 1996). Esta é a força da problematização em Paulo Freire. Esta possibilidade de romper com uma leitura de realidade de dominação. Como aponta Berbel (1998) “está presente, nesse processo, o exercício da práxis e a possibilidade de formação da consciência da práxis”.

Por esta razão a problematização pode ser para a Saúde Coletiva e para a Pediatria Social, considerando a especificidade do objeto de estudo, uma proposta de ensino-aprendizagem capaz de proporcionar esta construção crítica de uma dada realidade.

“Porque não discutir com os alunos a realidade concreta a que se deva associar a disciplina cujo conteúdo se ensina, a realidade agressiva em que a violência é a constante e a convivência das pessoas é muito maior com a morte do que com a vida?...Por que não estabelecer uma necessária conexão entre os saberes curriculares fundamentais e a experiência social dos estudantes?”

Por que não discutir as implicações políticas, ideológicas nas relações e na organização dos espaços de uma cidade? Por que não discutir a ética das relações que aí se estabelecem?” (Freire,1996).

### **Percebendo diferenças entre a ABP e a problematização**

As duas propostas são, em seus núcleos constituintes, formulações muito distintas. A problematização tem como objetivo fundamental

“a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão”(Berbel,1998).

É, portanto, uma proposta metodológica que visa desvendar a realidade para transformá-la. Há em Freire uma intencionalidade de articulação da politização ao ato de educar. A problematização tem como inspiração a Concepção Histórico-Crítica da educação (Freire, 1979). A ABP tem como inspiração a Escola Nova e propõe-se a preparar os alunos para resolver problemas relativos a temas específicos do ensino da profissão (Berbel,1998).

Enquanto metodologia de ensino, a problematização pode ser utilizada para o ensino de determinados temas de uma disciplina, não necessita de grandes mudanças materiais para sua implementação e nem sempre é apropriada para todos os conteúdos. A ABP “é uma metodologia que passa a direcionar toda uma organização curricular”, observa Berbel (1998), havendo necessidade de um movimento maior do corpo docente, administrativo e acadêmico de uma instituição para desenvolvê-la. A utilização da ABP por uma instituição demanda alterações estruturais e o trabalho integrado dos diversos departamentos e disciplinas que compõem os cursos do currículo.

Tanto a ABP como a problematização têm em comum uma pergunta focal (o que está acontecendo?) como padrão geral para se obter novas informações, análise e síntese do que foi aprendido. Mas o ponto de partida,

os pressupostos e a estrutura de trabalho desenvolvida, inclusive no campo afetivo, é bastante diferente. O próprio problema é mais abrangente na problematização, sendo formulado a partir da observação dos estudantes frente a uma realidade, enquanto na ABP o problema é apresentado aos alunos pelo professor-tutor. O padrão de atividades e a amplitude das mesmas é mais diversificado na problematização, já que não há restrições quanto aos aspectos incluídos na formulação dos problemas (Feletti,1993).

A problematização é mais aberta em termos de encorajar os alunos, em cada etapa de sua experiência de aprendizagem, a refletir sobre a situação globalmente, o que inclui aspectos afetivos e de auto-crítica. Em termos de processo e de conteúdo, a aprendizagem na problematização é muito mais ampla do que na ABP. A problematização está aberta ao estudo de uma situação concreta apresentada aos alunos, com seus conflitos e contradições. Trata-se do estudo da realidade concreta, dinâmica e complexa (Berbel, 1998).

Ambos ajudam os alunos a reverem seu processo de aprendizagem, mas a problematização abre-se para questionar o quanto a experiência mudou a compreensão, apreensão, atitudes e comportamento de cada membro do grupo (alunos e professores), e não apenas a compreensão dos alunos sobre os conceitos e mecanismos básicos da ciência, objeto da ABP, superando, portanto, o domínio cognitivo do conhecimento (Feletti, 1993).

Na ABP, os estudantes começam o estudo assumindo que o paciente (do problema elaborado no papel) tem um problema e que sua tarefa será encontrar a causa do mesmo procurando enfrentá-lo a partir do estudo por diferentes paradigmas. A intenção do caso escrito na ABP, assim como o papel do tutor, é promover uma *verdadeira* investigação por parte dos estudantes, evitando-se tratar o problema como um mero exercício de raciocínio imediato, desencorajando o mal uso de referências no qual o aluno

*mata charadas*. Promove a integração dos conteúdos acima da memorização de diagnósticos baseados em sinais e sintomas (Feletti, 1993).

Nas duas formulações, os estudantes levantam as hipóteses para explicar o problema em estudo, ocorrendo talvez em momentos diferentes do estudo, mas ambas passam por este momento de estudo (ver QuadroV) no início, sendo que a problematização trabalha também com um segundo momento de formulação de hipóteses para a solução e encaminhamento do problema, como uma possibilidade de propor uma intervenção na realidade.

O problema do cenário na ABP, por ser um problema de papel, é poder, às vezes, ficar descolado da realidade, enquanto a problematização é apresentada em um cenário real, ampliando a possibilidade de percepção da própria realidade (ambiente onde está colocado o problema). Komatsu et al (1998), ao apresentarem o currículo da FAMEMA, em Marília, apontam que

“inexiste aprendizagem sem a prática e a realidade. Os problemas de papel podem antecipar, desafiar e motivar para a prática e a realidade. A ABP integra-se e complementa-se com a aprendizagem baseada na prática e objetiva atingir plenamente uma aprendizagem baseada na realidade”.

O trabalho realizado com a metodologia da problematização pode ser entendido como uma metodologia de ensino possível de ser aplicada tanto em um planejamento curricular como no planejamento de um curso, de uma disciplina, ou até mesmo para o ensino de determinados temas de uma disciplina. Na ABP há de se pensar para além do método de ensino a ser usado, revendo-se conteúdos, possibilidades de integração dos conteúdos e/ou disciplinas e, ainda, abrir-se ao debate sobre o que é essencial para o aprendizado do estudante no currículo. Neste sentido, parece claro que, na sua essência, se encontrariam dificuldades à aplicação da ABP de forma isolada em uma disciplina ou em um conjunto de disciplinas no contexto de um currículo marcadamente tradicional.

A problematização requer do professor uma mudança de postura para o exercício de um trabalho reflexivo com o aluno, exigindo conhecimento sobre o tema estudado para acompanhar e colaborar no aprendizado crítico do estudante sobre a realidade em estudo. Como na ABP o problema e os seus objetivos de aprendizado já estão claros para o professor-tutor antecipadamente, seu trabalho refere-se mais a dar seqüência a estes objetivos na discussão dos problemas. Nota-se que, em ambas as proposições há uma mudança radical no papel do professor, que passa a não ser mais o centro do processo de ensino. Porém ai talvez exista uma diferença fundamental entre as duas proposições, relacionada a necessidade de domínio do conteúdo pelo docente na problematização, o que não é destacado ou valorizado na APB.

Na problematização, após o estudo do problema identificado ‘poderão surgir outros, como desdobramentos do primeiro, só percebidos pelos alunos com o estudo aprofundado deste. Os conhecimentos científicos são buscados no momento de teorização’(Berbel, 1998) e a estes são integrados percepções, conhecimentos, representações de quem sofre o problema, que também está envolvido no estudo, enquanto parte da realidade, sendo, assim, diferentes saberes conjugados para a construção do conhecimento. Na ABP,

“pela própria responsabilidade em garantir os conhecimentos mínimos exigidos pelo currículo, os objetivos cognitivos são todos previamente estabelecidos e os objetivos construídos pelos estudantes deverão coincidir com os dos especialistas do currículo. Caso contrário, os problemas devem ser substituídos para que se encontrem outros mais efetivos para provocar tais aprendizagens” (Berbel, 1998).

Na problematização o professor, muitas vezes, pode ser surpreendido pelos alunos porque, na caracterização do problema, o aluno poderá entrar em contato com situações ou informações que não foram previstas pelo professor mas que precisarão ser investigadas por serem relevantes à compreensão do problema.

Berbel observa que há uma diferença quanto ao uso dos resultados em cada uma das proposições. Na ABP, os novos conhecimentos são usados para aquisição de habilidades, exercício intelectual, construção intelectual. Na problematização, os resultados deverão voltar-se para a compreensão crítica da realidade estudada tendo em vista a sua transformação mediante proposições de intervenção na realidade estudada (1998).

Finalizando, cabe lembrar que as duas propostas podem levar a inovações no ensino superior, especificamente no ensino médico, havendo, contudo, a necessidade de percebê-las como proposições distintas.

### ***2.3 Identificando uma lacuna: a necessidade de avaliação de nossos cursos***

*“Navegar é preciso... avaliar também é preciso”  
José Ricardo Ayres*

Há mais de oito anos foi introduzida uma aula sobre a temática avaliação de serviços de saúde na disciplina de Administração em Saúde Pública, hoje incorporada ao Curso de Saúde Coletiva III. Antes, como aula teórica e hoje, como temática trabalhada com os grupos de alunos sobre um serviço por eles estudado. O tema avaliação foi introduzido a partir de uma reflexão sobre a avaliação de serviços de saúde e anterior a isto, ao que se refere o ato de avaliar. Partimos de uma discussão, pontuando a dificuldade de se trabalhar a avaliação na cultura brasileira, inclusive o quanto costumamos trabalhar com o conceito de avaliação com certo receio ou mesmo como crítica destrutiva ao trabalho realizado. Gatti (2000) assinala este significado negativo dos processos avaliativos na área da educação:

“A avaliação é vista na cultura do brasileiro em função de sua história vivida e sofrida, especialmente nos bancos escolares, como punição, reprovação, não aceitação. Tememos qualquer tipo de avaliação, não gostamos de ser avaliados” (Gatti, 2000).

No entanto, nos deparamos com processos avaliativos todo o tempo.

Se por um lado tememos ser avaliados, por outro seremos obrigados a lidar com a idéia de avaliação mesmo porque, no quadro político nacional, elevou-se a mesma a uma questão central nas políticas públicas educacionais universitárias (Gatti, 2000). Quer dizer aquela antiga avaliação realizada, em sala de aula, pelo professor, seja em relação ao rendimento escolar, seja em relação à qualidade do curso ou do trabalho do professor, passou, nos últimos anos no Brasil, para um outro eixo de preocupação voltado à preocupação com o desempenho da instituição.

Ninguém nega que a educação superior como um setor de uma política social deve ser avaliada, assim como todas as outras atividades públicas e governamentais. Questiona-se, no entanto, o eixo de proposição utilizado no modelo que vem sendo proposto como avaliador do ensino superior frente à possibilidade de se verificar a propriedade, adequação, custos e conseqüências desta avaliação. A dúvida refere-se a questionar se frente ao modelo em execução pelo MEC “a avaliação deixa de ser um referencial para se transformar em um valor em si” (Silva Júnior, 2001). Da forma como o MEC tem implantado e conduzido a avaliação das instituições de ensino superior pode se perceber uma série de críticas no sentido de não estar possibilitando o desenvolvimento de uma cultura de avaliação.

Avaliar significa formular um juízo de valor e a isto se refere assumir compromissos éticos e políticos. Silva Júnior (2001) discute que:

“a multiplicidade de situações para serem avaliadas não corresponde, necessariamente, uma disposição para bem avaliar e menos ainda existe a disposição para se deixar avaliar. Entre a possibilidade e a oportunidade da avaliação existe uma distância simbólica e prática que dificilmente conseguiremos ultrapassar” (Silva Júnior, 2001:VIII).

Uma avaliação, no ensino superior, deve ser bem elaborada, bem justificada e realizada.

“Juízos de realidade são pré-condição para a elaboração de juízos de valor. A ciência nos diz como as coisas são e que implicações elas acarretam. A ética nos diz como as coisas devem ser e que obrigações nós contraímos para com elas. Ética e ciência indicam os caminhos da existência digna. Nada é mais digno no trabalho educacional do que uma avaliação dignamente projetada e realizada” (Silva Júnior, 2001:VII).

No processo de avaliação, levantam-se questões quanto ao conteúdo, instrumentos, momentos e critérios da mesma.

Diversos autores têm discutido que pensar a avaliação de um curso de ensino superior é parte da formação de um professor, mas que a maioria dos docentes não tiveram preparo para a docência e muito menos para refletir sobre o processo de avaliação.

Berbel (2001) citando Luckesi (1986) nos coloca que

“a avaliação educacional (...) é dimensionada por um modelo teórico de mundo e de educação, traduzida em prática pedagógica. Tenha o professor consciência ou não de que modelo orienta sua ação educativa e sua prática avaliativa, esta têm conseqüências na relação com seus alunos, na relação destes e de ambos com o conhecimento e extensivamente às situações de vida que enfrentam no seu dia-a-dia” (Berbel, 2001:7)

Muitas vezes os professores não tem clareza do significado da avaliação e nem do quanto esta possa gerar avanço ou impedir o mesmo. Muitas vezes o professor não consegue relacionar o ato de avaliar como algo incorporado a sua prática de ensino e não como algo descolado da mesma.

Hoje, com a implementação das novas diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação (MEC), as escolas médicas deverão mudar seus currículos, propondo-se a organização de um projeto pedagógico próprio, em interação com as transformações sociais e as próprias demandas que delas emanam. Adequar-se às novas Diretrizes Curriculares do MEC significa necessariamente propor-se a uma avaliação diagnóstica do quadro atual.

Berbel (2001) critica esta proposição de avaliação externa explicando que a mesma é uma

“avaliação externa de resultados que acabará por premiar cursos e instituições e isolar e excluir (...) outras que apresentam dificuldades. Enquanto a avaliação externa é imposta as instituições de ensino superior, será que a avaliação que se dá no micro-espço da sala de aula não deveria ser desafiadora a aperfeiçoar-se, mobilizando docentes para a mudança qualitativa de suas ações pedagógicas, na maioria dos cursos?” (Berbel, 2001:9).

### **A avaliação dos casos em estudo**

Nos dois casos estudados no presente estudo utilizou-se, como principal recurso para apreensão dos cursos, a avaliação do estudante sobre o curso como um todo, do aprendizado e do desempenho dos docentes como um critério avaliativo dos próprios cursos. No Curso de Saúde Coletiva, o professor também se auto avaliou quanto ao seu desempenho.

A avaliação dos dois cursos foi proposta como um dos elementos norteadores do processo de ensino e de aprendizagem e dentro do próprio projeto pedagógico como um todo.

A avaliação de cursos e do trabalho de docentes por estudantes é um tema complexo e polêmico, porém em vários países este tem sido um procedimento comum e o mesmo vem ganhando espaço na universidade brasileira.

“Na discussão do tema, várias são as questões levantadas:

O aluno tem condições de avaliar o desempenho do professor?

Quais são os fatores que interferem no julgamento do aluno?

O aluno avalia melhor o desempenho do professor simpático e popular?

Quais são os métodos e instrumentos adequados para avaliar o desempenho docente?”(Lampert, 1995).

O autor afirma que, a opinião dos alunos como fonte principal para a avaliação do desempenho do professor precisa ser considerada, por ser um bom indicador de avaliação docente, mesmo que não seja perfeita e que levante polêmica. Acrescenta que

“o ensino é planejado e dirigido para o aluno. Ele, sujeito do processo, que na convivência direta, observa, analisa, critica e compara o desempenho do professor, não se constitui o único, mas, certamente, o mais valioso recurso que a universidade tem para emitir um juízo de valores sobre o docente. Sem dúvida, ao aluno cabe um papel de fundamental importância na avaliação do professor universitário” (Lampert, 1995).

Concordando com esta proposição Castro (1992), no entanto, apresenta algumas dificuldades e limitações, colocando que os alunos, nas suas avaliações “favorecem o professor simpático mas que pouco ensina. Prejudicam o professor duro, secarrão, mas que acaba fazendo os alunos aprenderem.”

Nadeau (citado por Lampert, 1995) afirma que, os alunos têm condições de avaliar o desempenho de professores e o curso no que se refere ao conhecimento da matéria, à organização pedagógica, à motivação dos discentes, ao interesse pela matéria e disciplina, às expectativas dos alunos, às características demográficas do curso, ao entusiasmo do professor, ao tempo dedicado à docência, à relação professor-aluno, ao trabalho e às exigências do curso, à avaliação da aprendizagem e do material pedagógico. Torna-se “difícil ao aluno avaliar o domínio da matéria do professor, a validade dos objetivos, as leituras exigidas e a atualização do material pedagógico” (Nadeau, 1988, citado por Lampert, 1995).

A avaliação do estudante deve ser devolvida ao professor e ao conjunto de professores de um curso, devendo ser utilizada para melhoria do ensino e como uma possibilidade de reflexão sobre a prática de ensino. No caso da avaliação de um curso, os professores envolvidos na construção do mesmo,

mediante a avaliação dos estudantes, poderão rever o curso oferecido buscando alternativas para melhorá-lo.

Existem vários modelos de avaliação de estudantes sobre o aprendizado em cursos e mesmo sobre o desempenho dos professores universitários ao desempenharem o papel docente (Tekian, 1997; Peluso e D'Elia, 2000). Dentre estes destaca-se o *SEEQ* (*Student Evaluation of Educational Quality*) utilizado, internacionalmente, por inúmeras universidades em diferentes áreas do conhecimento, desde a década de 1980. Desenvolvido no Departamento de Educação da Universidade de Sidney, na Austrália em 1982 (Marsh, 1982), foi aplicado inicialmente na Universidade da Califórnia (UCLA), nos Estados Unidos e validado internacionalmente, passando então a ser considerado um bom instrumento de avaliação de aprendizagem do estudante e da qualidade do ensino e do trabalho do professor na interação com o estudante.

Este questionário é composto por itens agrupados em diferentes aspectos: aprendizagem, entusiasmo do professor, organização do curso, interação com o grupo de alunos, conteúdo e aspectos gerais do curso comparando-o a outras disciplinas e cursos oferecidos pela instituição.

No caso do presente estudo trabalhou-se com o *SEEQ* modificado para adaptação à realidade dos cursos que o utilizaram, tanto por problemas de mudança de língua, como para possibilitar a entrada de alguns itens específicos dos dois cursos em questão.

### **A proposta de avaliação da aprendizagem dos estudantes no caso do curso de Saúde Coletiva**

Desde o século XVII, as escolas do mundo ocidental adotam um modelo de ensino denominado simultâneo, que tem na sua formulação o princípio da homogeneização/normalização.

“Segundo esse princípio, todos os aspectos da vida escolar e respectivos elementos são uniformizados e ordenados, garantindo-

se a simultaneidade(...). A lógica desse modelo de ensino não é questionada nem refutada, o que contribui para que permanecesse incólume através dos tempos. Para que ocorresse este feito histórico foi preciso que a escola homogeneizasse o método, os conteúdos, o currículo, o livro didático, a burocracia escolar, os critérios de avaliação, a relação pedagógica... o medo de pensar. Acima de tudo, foi preciso normalizar o homem, tornando-o disciplinado e calculável: para isto a avaliação tem sido imprescindível” (Camargo, 1997).

Quer dizer, na maioria dos casos a avaliação escolar assume um papel punitivo, um caráter voltado a adestrar e medir o domínio do conhecimento.

Quanto à forma de avaliação da aprendizagem do estudante, podemos classificá-la como somativa e formativa.

Uma avaliação somativa normalmente é uma avaliação pontual, ocorre, habitualmente, no final de uma unidade de ensino, de um curso e objetiva sempre determinar o grau de domínio dos estudantes à respeito de alguns objetivos previamente estabelecidos. Uma avaliação formativa tem a finalidade de proporcionar informações acerca do desenvolvimento de um processo de ensino e aprendizagem, com o fim de que o professor possa ajustá-lo às características das pessoas a que se dirige. “A avaliação formativa (...) permite tanto a alunos como a professores ajustarem estratégias” (Rabelo, 1998) e inclusive rever novos ou outros caminhos para o sucesso da aprendizagem.

Luckesi (2001) tem discutido que, na maioria dos casos, a avaliação do ensino e da aprendizagem tem sido executada como se existisse independente do projeto pedagógico e do processo de ensino dos cursos, destinando-se exclusivamente a uma atribuição de notas e conceitos aos alunos. Não tem, assim, “cumprido a sua verdadeira função de mecanismo a serviço da construção do melhor resultado possível, uma vez que tem sido usada de forma classificatória e não diagnóstica”.

Na proposta do curso de Saúde Coletiva objetivou-se a avaliação formativa na qual os estudantes deveriam ser avaliados quanto à capacidade de pensar, de transitar idéias, de participar das diferentes propostas de ações e atividades, de interpretar a informação fornecida e a realidade dos serviços de saúde visitados, de construir alternativas para os distintos problemas identificados, de dominar processos, de desenvolver o espírito mútuo, de saber discorrer sobre os temas trabalhados no curso.

A avaliação constou de um elenco de metodologias: avaliação diária individual do trabalho em pequenos grupos; avaliação do trabalho em grupo: processo e resultado (texto escrito); avaliação oral individual ao final de cada módulo, com a participação dos alunos em novos grupos formados por um professor orientador e um aluno representante de cada grupo de trabalho do módulo anterior; avaliação escrita, na qual se solicitou análise e interpretação de dados ou uma situação concreta, com questões dissertativas e questões com teste de múltipla escolha.

### ***3 Metodologia***

No presente trabalho utilizou-se o estudo de caso como metodologia de pesquisa (André, 1995).

No estudo de caso sempre há uma escolha de um determinado foco, um determinado espaço, um grupo e este será sempre um ato artificial, “uma vez que implica a fragmentação do todo onde está integrado” (Bogdan e Biklen, 1994).

O investigador, embora considere a relação desta parte a ser estudada com o todo, e dada a necessidade de controlar a investigação, delimita a matéria em estudo. Apesar de o investigador buscar um caso que constitua por si só uma unidade, esta separação do todo sempre conduz a alguma forma de distorção, como consequência e limitação do próprio método. “A parte escolhida é considerada pelos próprios participantes como distinta e, pelo observador, como tendo uma identidade própria” (Bogdan e Biklen, 1994).

Os casos escolhidos para estudo são dois cursos (uma disciplina e uma matéria com cinco disciplinas) ministrados ao 3º ano da graduação médica da FMB. Os casos foram reconhecidos como interessantes pela suas singularidades, por terem ambos assumido na sua formulação pressupostos da reforma curricular da FMB ocorrida em 1996. Tratam-se de experiências de inovações pedagógicas que utilizaram a aprendizagem por descoberta, sendo que no Curso de Semiologia Pediátrica, a ênfase maior foi a utilização da APB e os novos cenários de ensino e no Curso de Saúde Coletiva III, trabalhou-se com a APB e a problematização de situações vivenciadas em diferentes serviços e níveis de atenção à saúde. São dois casos distintos e cada qual foi formulado e desenvolvido com particularidades que aqui serão

descritas. Cada caso será descrito separadamente, mas guardam relação entre si uma vez que aderiram a um processo de inovação curricular, construindo suas propostas com uma mesma assessoria técnica externa.

No caso da Semiologia Pediátrica, a pesquisadora contribuiu na formulação e desenvolvimento do curso, propôs um instrumento para avaliação do curso, mas não participou efetivamente de todas as etapas e nem o ministrou. No curso de Saúde Coletiva III, a pesquisadora participou de toda proposta de mudança e a acompanhou como um processo de pesquisa, com um planejamento de intervenção e coleta sistemática dos dados. Diante do exposto, salienta-se que o caso da Saúde Coletiva III pode ser muito mais detalhado no seu estudo e sendo assim, foi mais explorado na sua descrição e análise.

Ressalta-se ainda que enquanto projeto de inovação o caso da Saúde Coletiva III foi de maior envergadura se comparado ao caso da Semiologia Pediátrica.

Nos dois casos em estudo, a pesquisadora acompanhou o planejamento da intervenção, com análise fundamentada na literatura pertinente, relatando os resultados e propondo instrumentos de avaliação semelhantes.

Cada curso foi reconhecido como uma unidade separada para sistematização e descrição dos resultados.

Trata-se de dois casos que assim descritos buscam concretizar-se como uma contribuição para o ensino médico da FMB, dentro do quadro de uma Escola Médica, que desde seu início, vem demonstrando esforço de vários grupos docentes no “desenvolvimento de projetos curriculares inovadores, com um ensino de qualidade e com uma prática docente crítica e significativa, ao lado das demais atividades da Universidade”<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Foresti, M. Exame de qualificação da presente tese, 13 de fevereiro de 2002 (comunicação pessoal).

**Caso 1:** Curso de Saúde Coletiva III, ministrado ao terceiro ano da graduação médica em 1999.

O curso de Saúde Coletiva III foi ministrado em 1999, para o 3º ano de graduação médica, como um curso anual, com carga horária de quatro horas semanais no primeiro semestre e oito horas semanais no segundo semestre.

Matricularam-se no curso 81 estudantes.

O plano de ensino deste curso segue a norma comum da Universidade, apresenta uma ementa e diferencia-se por ser denominado como uma matéria que contém cinco disciplinas: Epidemiologia, Administração, Nutrição, Ética e Ciências Sociais. Foi ministrado como um único curso, em três módulos temáticos: Módulo I: Problemas em Saúde Pública;

Módulo II: Nutrição em Saúde Pública;

Módulo III: Administração em Saúde.

**Caso 2:** Curso de Semiologia Pediátrica ministrado ao terceiro ano da graduação médica em 2000.

O curso de Semiologia Pediátrica foi ministrado em 2000, para o 3º ano de graduação médica, como uma disciplina semestral, com carga horária de 12 horas semanais, no segundo semestre, sendo a turma de estudantes de 103 alunos, divididos em duas turmas, turma A, que frequentou o curso nos primeiros dois meses e meio e turma B, que frequentou o curso nos meses subsequentes.

O plano de ensino desta disciplina segue a norma comum da Universidade, apresenta uma ementa e objetivos gerais e específicos da disciplina.

### **Procedimentos:**

Os casos 1 e 2 foram analisados a partir de um conjunto de dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos foram colhidos a partir de

instrumento validado com o objetivo de medir a qualidade educacional e os dados qualitativos objetivaram obter dos sujeitos, dos dois casos, as singularidades dos processos vivenciados nos cursos.

3.1 Para descrever os cursos utilizou-se de: diário de classe, programas dos cursos, roteiro de aula de professores e para alunos, observações e anotações de reuniões de preparação de aula, textos e produções construídos no curso.

3.2 Avaliação dos estudantes: os estudantes avaliaram os cursos em termos da qualidade educacional e da eficiência do professor. Uma versão modificada da proposta de Marsh, 1982, foi utilizada como instrumento (Students' Evaluation of Educational Quality – SEEQ). Este foi utilizado por já ter sido validado e por se tratar de um instrumento bastante utilizado na avaliação estudantil de ensino universitário. Ele foi modificado tanto por questões de expressões utilizadas diferentemente na língua portuguesa em relação ao inglês, mas também para poder incluir questões específicas destes cursos não tratados no instrumento original como, por exemplo, a avaliação de estágios realizados em Centros de Saúde no Curso de Saúde Coletiva, não constante no questionário do Curso de Semiologia Pediátrica. Ao final de cada módulo, no Curso de Saúde Coletiva e ao final do Curso de Pediatria, todos os estudantes eram solicitados a responder um questionário fechado contendo 5 conceitos avaliativos (de péssimo a muito bom) sobre: a) aprendizado; b) entusiasmo do professor; c) organização do curso; d) interação do grupo; e) conteúdo; f) aspectos gerais do curso. (Anexo I)

O anonimato do estudante foi preservado e os mesmos apenas deveriam escrever o nome do professor que os orientou durante cada módulo ou durante o curso no caso da Pediatria. Antes de responder às questões, as instruções constantes no questionário original foram dadas aos estudantes:

“Esta forma de avaliação tem como principal objetivo captar a percepção do estudante sobre o curso ministrado e sobre o trabalho

dos professores orientadores. Por favor, responda com seriedade, pois a análise da mesma será utilizada para continuidade, avaliação e reformulação do curso. Suas respostas serão mantidas anônimas e o professor só receberá um resumo destas informações do grupo de estudantes que orientou, após ter dado as notas deste módulo do curso” (Marsh, 1982).

Aos professores foi informado que, para este trabalho, só seriam analisados os dados agrupados do total de professores que participaram de cada módulo, na Saúde Coletiva e de todos os professores que trabalharam com a aprendizagem baseada em problemas na Pediatria. Também foi esclarecido aos professores que os dados individualizados de cada professor seria enviado sigilosamente apenas a cada respectivo professor e que os mesmos ficariam arquivados em local de acesso apenas à pesquisadora.

A distribuição de respostas dos estudantes entre as cinco categorias utilizadas nos seis aspectos avaliados: aprendizado, entusiasmo do professor, organização do curso, interação com o grupo, conteúdo e aspectos gerais do curso são apresentadas na forma de tabelas ( tabelas 1 a 18, Saúde Coletiva III e tabelas 21 a 26, Semiologia Pediátrica). No caso da Saúde Coletiva III as percentagens de respostas dos estudantes em cada um dos itens avaliados em cada um dos aspectos nos três módulos são apresentadas na forma de diagramas de barras nas figuras 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28 e 29. Estas percentagens foram ponderadas atribuindo-se um peso como segue: péssimo = 1; ruim = 2; moderado = 3; bom = 4; e muito bom = 5. Após tal ponderação as pontuações obtidas são apresentadas na forma de diagramas nas figuras 5, 11, 17, 22, 25 e 30.

No caso da Semiologia Pediátrica as percentagens das somas de respostas em cada aspecto avaliado foram apresentadas na forma de diagrama de barras ( figura 32).

Para comparação de cada categoria ( de péssimo a muito bom), entre os módulos e no geral no caso da Saúde Coletiva e entre a Saúde Coletiva e a Semiologia Pediátrica, foi utilizado o teste estatístico para comparações múltiplas para proporções ( Zar,1999)<sup>11</sup>( figuras 31, 32e 33).

### 3.3 Avaliação escrita

3.3.1 Ao final do curso de Saúde Coletiva foi solicitado aos alunos que fornecessem informações sobre os pontos positivos do curso e sugestões para melhoria do curso.

3.3.2 Também foi solicitado a eles que escrevessem uma carta para um futuro estudante que realizaria o mesmo curso no ano seguinte, comentando os pontos relevantes do mesmo (Anexo II). O propósito da utilização de questões abertas e deste dado qualitativo obtido por meio das cartas dos alunos foi o de acrescentar ao SEEQ outras percepções avaliativas dos alunos em relação aos cursos.

3.3.3 Ao final do curso de Pediatria foi solicitado aos alunos que respondessem questões sobre os aspectos mais significativos aprendidos no curso de Semiologia Pediátrica; aspectos positivos e sugestões para melhoria do curso ministrado; opinião sobre as aulas práticas nos diferentes cenários de ensino e sobre as aulas específicas de Anamnese Pediátrica (Anexo III).

### 3.4 Avaliação do professor

Ao final do curso de Saúde Coletiva uma auto-avaliação foi distribuída aos 16 professores que, no mínimo, haviam participado de um módulo completo do curso. Tratou-se de um questionário aberto e anônimo. Antes de os professores o responderem, as seguintes instruções foram dadas: “Esta forma de avaliação tem como intenção a melhoria da qualidade do curso de Saúde Coletiva. Sua resposta é muito importante e todas as suas

---

<sup>11</sup> Zar, J.H. **Biostatistical Analysis**. 4ed, New Jersey, 1999,662p.

considerações serão bem aceitas. Solicito sua autorização para o uso deste instrumento em pesquisa científica que realize sobre educação médica. Informo-lhe que o seu nome e as suas respostas serão mantidas anônimas e que os dados aqui fornecidos serão trabalhados de forma agrupada e que um resumo dos mesmos será enviado aos professores orientadores” (Anexo III)

Na distribuição desta auto-avaliação do professor, ficou esclarecido que a mesma tinha como propósito conhecer a avaliação do professor sobre o curso e sua participação no mesmo.

Todos os dados quantitativos foram tabulados, analisados e apresentados na forma de tabelas e gráficos e os dados qualitativos foram agrupados por semelhança para análise.

O projeto de pesquisa e todos os questionários usados foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

## ***4 Descrição e análise das experiências***

### ***4.1 Caso 1: O Curso de Saúde Coletiva III***

#### ***4.1.1 Educação Médica e Saúde Pública***

Um dos campos em que os modelos de reforma da educação médica apresentados (Medicina Integral e Medicina Preventiva e Medicina Comunitária) tiveram uma influência significativa dentro da escola médica foi o da Saúde Pública ou da Medicina Preventiva. Arouca, 1975, observa que a

“Medicina Preventiva, como disciplina do ensino médico, fez seu aparecimento na Inglaterra e logo foi transplantada para os Estados Unidos e Canadá, onde se configurou como um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude formada nas Faculdades de Medicina” (Arouca, 1975).

Como vimos anteriormente, a Medicina Preventiva, enquanto expressão do movimento da Medicina Integral nas escolas médicas, exerceu forte influência nas esferas reguladoras da educação superior na medida em que incluiu a Medicina Preventiva como disciplina obrigatória do currículo médico. De outro lado, a Medicina Comunitária, enquanto ensino mais próximo das “necessidades de saúde da população”, estimulou a criação de centros de saúde experimentais para o desenvolvimento não só do ensino, mas também de experimentação de modelos de atenção à saúde (Cyrino, 1993).

Em que pese os mais de trinta anos de difusão da Medicina Comunitária, que exerceu forte influência na proposta da Atenção Primária à Saúde aprovada em Alma-Ata em 1978, é interessante perceber que no Brasil houve mudanças muito mais significativas na reorganização do sistema de saúde do que na maioria das escolas médicas brasileiras.

Magaldi (1982), discutindo o compromisso social da Escola Médica, relata que, na década de oitenta, no Brasil, havia incipientes experiências de ensino médico em serviços públicos de saúde extra hospital-escola e que as

mesmas nem sempre eram assumidas pela Escola Médica como um todo. A autora coloca que

“em uma posição de *torre de marfim*, a Escola Médica fica pairando acima do sistema de saúde, pouco ou nada colaborando no planejamento de saúde, regionalizado, ou mesmo na correção de suas distorções. Esse encastelamento, por outro lado, não seria uma forma de evitar que alunos e professores percebam, com mais realismo, as contradições sociais?” (Magaldi, 1982:5).

Pouco modificou-se nesses anos, como foi constatado por Campos (1999), em estudo sobre o treinamento médico nos hospitais-escolas universitários e nos serviços do SUS no Brasil. Em 14 escolas médicas públicas selecionadas para o estudo (das oitentas escolas existentes à época) observou uma pesada concentração (86%) do treinamento em hospitais e, em contra partida, apenas 14% das escolas realizavam treinamento em serviços de atenção primária. Observou ainda, que esses hospitais-escolas tinham sua organização voltada ao modelo da especialização médica, com uma grande fragmentação do ato médico e do cuidado à saúde.

Pode-se dizer que na maioria das escolas médicas, no Brasil, o ensino aplicado realiza-se, predominantemente, nos hospitais, em geral, bastante especializados, sejam eles universitários ou não. Mesmo naqueles casos em que ocorrem projetos docentes assistenciais, incluindo projetos de extensão com Centros de Saúde Escola ou parcerias com serviços estaduais e municipais de saúde, com estágios em Centros de Saúde, na grande maioria dos casos, tratam-se de proposições geralmente isoladas e ligadas aos Departamentos de Medicina Preventiva e, em menor número de casos, com alguma participação de outros departamentos, como os de Pediatria.

A partir da década de 1990, novos modelos de ensino médico vêm sendo construídos em diversas escolas da América Latina buscando-se uma reformulação do mesmo. Um exemplo é a implantação do Projeto-UNI- *Uma*

*Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade*, desenvolvido desde 1992, em 23 universidades da América Latina, com apoio da Fundação Kellogg. Tendo como principal estratégia a parceria entre universidade, serviço de saúde e comunidade, objetiva desencadear mudanças no modelo de ensino e de atenção à saúde, bem como, na forma de participação social em saúde (Kisil, 1994). Este projeto retoma antigas propostas da Saúde Pública, na medida em que propõe um ensino médico voltado para o desenvolvimento de atividades que tomam como objeto necessidades sociais de saúde, a busca de novos cenários para o ensino/aprendizado em saúde, como as unidades básicas de saúde e a própria idéia de um ensino médico que articule os diferentes níveis de atenção à saúde, à integração dos serviços de saúde.

A Saúde Pública, dada a sua prática, é talvez uma área que pode contribuir para colocar o estudante de medicina em contato com problemas e realidades que propiciem uma visão do quadro geral da medicina e dos problemas a serem enfrentados no trabalho médico.

Contudo, segundo alguns autores, enquanto disciplina do curso médico, é tratada de forma marginal. Frequentemente, os estudantes de medicina pouco valorizam a Saúde Pública como disciplina, se comparada à clínica ou à cirurgia (Baum, 1995). Apesar de todo o desenvolvimento da rede de serviços de atenção primária pelo SUS, a grande maioria das escolas médicas continua enfatizando o nível terciário de tratamento e, mesmo, as atividades realizadas pelos serviços de atenção primária, em sua maioria, voltam-se para uma intervenção bastante individual. Mckinlay (1998) coloca que, se o paradigma da escola médica persistir no modelo biomédico, talvez até incorporando alguma noção de risco epidemiológico e da ciências do comportamento, na realidade, pouco se poderá mudar. “A dificuldade talvez esteja na contradição da própria instituição docente entre seus propósitos de

mudança do ensino e sua persistência para conservar-se inalterada” (Zanolli, 2001).

Existe um *fechamento* na Medicina à saúde pública, alunos e professores subestimam a necessidade de incorporação de seus saberes para o exercício de uma boa clínica ou da boa medicina. “A meta das faculdades deveria ser formar médicos com alta capacidade de resolver problemas de saúde” (Campos, 1999). Isto inclui uma revisão no ensino clínico e no ensino de Saúde Pública.

Talvez um caminho para a valorização da Saúde Pública no Curso de Graduação Médica possa ocorrer a partir de uma maior integração de disciplinas. Mas a questão não se refere apenas a integração e nem ao modo do trabalho interdisciplinar, mas a possibilidade de um ensino que privilegie uma visão conjunta do trabalho com o indivíduo/coletivo. Isto requer um modelo diferente de trabalho que possibilite a construção de um projeto com a participação de todos envolvidos. Este modelo proposto poderia partir da idéia de um trabalho interdisciplinar apresentado por Almeida Filho (1997).

Perceber a possibilidade de um trabalho interdisciplinar, tendo como ponto de partida e de chegada a problematização da realidade, construindo coletivamente o saber, pode propiciar a busca do novo, do risco, da descoberta, do diálogo, da troca, do conhecer, deixando que cada um assuma a sua própria prática dentro dos próprios limites (Elias e Feldmann, 1993).

A complexidade da educação médica, face à expansão e rapidez do conhecimento na Medicina, pode ser um fator que conscientize os docentes sobre sua limitação e a necessidade do trabalho interdisciplinar. Leathard (1994) assinala que, apesar da inicial resistência à mudança, os benefícios do trabalho integrado levarão a uma melhora da qualidade do cuidado, da comunicação e do trabalho em saúde.

No Brasil, observam-se mudanças mais significativas no modelo de assistência do que no ensino médico.

“Os anos sessenta e em particular os anos setenta, no Brasil, inauguraram os primeiros passos de uma ampla reformulação médico-sanitária, com a proposição de um sistema nacional de saúde, cujas ambições voltavam-se para integrar a assistência médica com a saúde pública e integrar o setor privado com setor público de produção de serviços” (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1996: 42, 43).

No final da década de setenta, intensificam-se os movimentos pela democratização da sociedade, com profundos reflexos nos caminhos do setor saúde, na década posterior, como a incorporação do direito à saúde à Constituição (1988), o surgimento do SUS (1990), os decretos e as normas operacionais para sua implantação e aumento da extensão da cobertura nas diversas ações de saúde.

Trad e Bastos (2000), citando Mossé, apontam que um desafio que se coloca hoje à Saúde Pública, “no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados”, valorizando-se a participação da comunidade e dos cidadãos na própria organização e controle de ações de saúde. As autoras discutem que, no entanto, o modelo assistencial predominante hoje no Brasil não corresponde a estas referidas proposições. Atualmente, “volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade” .

Na década de noventa, o Ministério da Saúde propôs a reorganização da prática assistencial em saúde , enfatizando a vigilância epidemiológica e do atendimento integral à saúde da família. Em 1991, teve início o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e em 1994, o Programa de Saúde da Família

(PSF). Costa (1999) sugere que, tanto a implementação do PACS como o PSF, além de reduzirem a participação das internações hospitalares no total das despesas realizadas pelo SUS, produziram “alterações sensíveis nas condições de vida dos beneficiários, sobretudo nos municípios menos populosos” .

No PSF, pode-se visualizar a ação interativa entre dois grandes grupos e seus sujeitos: as equipes de profissionais de saúde que o compõem e as famílias de uma dada comunidade. “Supõe-se que o PSF represente uma mudança de paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosssetorial para intersetorial, da exclusão para a universalidade” (Trad e Bastos, 2000). Trabalhando com o conceito de territorialização e com a identificação dos problemas da população residente em área previamente definida, o PSF pode apresentar-se como um caminho na transformação do modelo assistencial vigente. No entanto, “é imprescindível não simplificar um objeto tão complexo como a família no momento de definir e avaliar práticas de saúde”, como observam Trad e Bastos (2000), enfatizando a necessidade de se perguntar de que família falamos, percebendo essa família e seus membros enquanto sujeitos dinâmicos e não meramente reativos.

Nas últimas décadas, têm-se experimentado possibilidades de ações no âmbito da organização da atenção primária, objetivando atender aos princípios da integralidade da ação, do impacto e da não-rejeição da demanda (Schraiber,1999; Paim,1993).

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) discutem que há uma tendência e uma confusão sobre o trabalho na atenção primária à saúde. Ressaltam que há uma diferença entre complexidade tecnológica do trabalho em saúde e complexidade científica das doenças, valorizando o trabalho na atenção primária “como uma forma bastante específica de organizar a prática e como

tal dotada de particular complexidade” (1996: 34). Os autores apontam que muitas vezes a atenção primária tem sido caracterizada como um serviço simples, com poucos equipamentos, voltado ao atendimento da população mais carente, fadado a ser considerado uma *medicina simplificada*.

Frente ao que caracterizam como uma abordagem tecnológica específica da atenção primária discutem que

“muitas das situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma complexidade assistencial” (Schraiber e Mendes - Gonçalves, 1996: 35).

As doenças crônicas podem exemplificar a questão. São reconhecidas a complexidade do controle de um paciente idoso com hipertensão leve e a dificuldade de trabalhar as questões nutricionais de um paciente com diabetes ou com tendência a obesidade. Ambos os exemplos são considerados casos a serem tratados em modalidade ambulatoriais de assistência, que “reclamam uma abordagem tecnológica específica: a atenção primária” (Schraiber e Mendes - Gonçalves, 1996).

“As situações assistenciais da atenção primária, tal qual as acima apresentadas, quase sempre podem ser conceituadas como casos epidemiologicamente complexos. Esta é a complexidade que se transfere para o trabalho profissional, mesmo que, enquanto situação clínica, seja uma patologia simples” (1996: 35).

Quer dizer, na atenção primária desenvolve-se uma série de ações que vão além da intervenção curativa individual e que envolve trabalho complexo para se obter “alta capacidade resolutiva e ao mesmo tempo alta sensibilidade diagnóstica, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamento adequados no interior do sistema assistencial” (1996: 36).

No entanto, se por um lado tem se apresentado a atenção primária como uma medicina de baixa qualidade na medida em que hegemonicamente valoriza-se a tecnologia da especialidade e do uso de equipamentos, por outro desde a década de setenta, os organismos internacionais e também as proposições de políticas públicas de saúde no Brasil voltam-se à valorização do trabalho na atenção básica de saúde.

Os autores consideram que, levando-se em conta as potencialidades da atenção primária, a mesma pode “representar inovações nas ações técnicas e no tratamento das interações entre os sujeitos na prestação de serviços” (1996: 36). Citam como campos e possibilidades de ação: a revalorização por uma assistência progressivamente totalizadora do cuidado à saúde em resposta aos atos especializados, a humanização das práticas médico-sanitárias identificando-se a dimensão subjetiva das práticas em saúde como possibilidade de inovação tecnológica.

Alguns municípios vêm investindo na formulação de modelos assistenciais inovadores, procurando oferecer serviços de saúde de melhor qualidade à população e, ao mesmo tempo, produzir um impacto na realidade epidemiológica do município.

Dentre alguns cenários para uma possível mudança de práticas em saúde, têm-se apontado as redes municipais de Unidades Básicas de Saúde. A idéia de levar estudantes de medicina para Centros de Saúde da rede pública em si não basta, na medida em que ali se encontram, na maior parte, serviços que refletem a prática vigente: um trabalho centrado no médico, na demanda espontânea, medicalizador e essencialmente curativo. Dentro do princípio de integralidade da assistência, considera-se o Centro de Saúde ou UBS como porta de entrada do sistema com atividades assistenciais e de promoção e prevenção à saúde, referenciando-se a outros níveis de assistência. No entanto, nos últimos anos, a realidade não tem sido esta e a integralidade de

ações não é prioridade na grande maioria dos Centros de Saúde. Há necessidade de se buscarem espaços que permitam o desenvolvimento de habilidades e atitudes que instrumentalizem os alunos para entender e enfrentar a realidade concreta e que ressaltem o compromisso social da Universidade como parte da formação médica. Cenários que valorizem o nível de atenção primária como possibilidade de atuação profissional médica e de outros profissionais.

É neste contexto que se pode visualizar o ensino de Saúde Pública, no curso de Saúde Coletiva III como uma possibilidade de contribuição à melhoria e à mudança da educação médica.

#### ***4.1.2 O ensino no Departamento de Saúde Pública da FMB***

Em 1968, foi criado o Departamento de Medicina Preventiva, Social e Saúde Pública, hoje Departamento de Saúde Pública da FMB. No documento “filosofia de ensino”, citado em capítulo anterior, sobre os aspectos históricos da FMB, escrito em 1968, enfatiza-se que para a formação adequada do estudante deveria se valorizar o ensino da Saúde Pública e da Medicina Comunitária na Graduação, incluindo-se na prática clínica ações de Saúde Pública (Campana et al, 1968).

Já no seu início, constituiu-se das disciplinas de Epidemiologia, Nutrição, Ciências Sociais Aplicadas à Saúde e Administração e Planejamento. Destaca-se, desse período de implantação, enquanto prioridade departamental pesquisas epidemiológicas operacionais, em Nutrição, Demografia, Sociologia e Educação Médica, a preocupação com a integração do ensino com outros Departamentos e a prestação de serviços e ensino extramuros (Souza, 1988). No ano de 1970, inúmeras iniciativas foram implementadas: “ o curso de Agressão de Defesa, em integração com as disciplinas de Patologia, Microbiologia, Epidemiologia, Ciências Sociais,

Imunologia e Parasitologia, envolvendo 33 professores, em atividades didáticas para alunos dos cursos de Medicina Humana, Veterinária e Biologia” (Souza, 1988); a experiência de Internato de Doenças Infecciosas e Medicina Preventiva (em 1970 e 1971) e a participação de docentes no Curso de Pediatria Social do Departamento de Pediatria. Ainda na década de 70, ocorreram inúmeras iniciativas das disciplinas no Departamento de Saúde Pública, no sentido de buscar problematizar com os estudantes questões fundamentais da realidade de saúde do país e mesmo tentativas do uso de metodologias inovadoras no ensino, como a realização de um inquérito populacional. Em termos assistenciais, em 1970, o DSP implantou e dirigiu a “Unidade Sanitária do Lageado”, junto à Fazenda Lageado (campo de estágio das áreas de Agronomia e Veterinária) que funcionou até 1973 como local de ensino de atenção primária para alunos e residentes e como um primeiro serviço de extensão universitária com práticas de Saúde Pública do DSP. Em 1973, instala-se o Centro de Saúde Escola, por meio de convênio entre a Universidade e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tendo como objetivo o ensino médico extramuro e a produção de modelos assistenciais que pudessem ser transpostos à rede estadual de Centros de Saúde (Cyrino, 1993).

Destaca-se que ao longo da história da FMB os docentes do Departamento de Saúde Pública sempre estiveram voltados à preocupação com o ensino de Saúde Pública na graduação médica e com o ensino médico em geral, provavelmente, pela formação da maioria dos docentes, quase todos egressos de cursos de saúde pública. Oliveira (1979) nota que o Departamento, na década de setenta, privilegiou a prática em saúde pública seja no ensino, na pesquisa e extensão. Enfatiza a importância do modelo de ensino desenvolvido com disciplinas ministradas no 3º ano de graduação médica e o internato em Saúde Pública realizado no 6º ano médico. Valoriza a prática clínica realizada pelo interno na atenção primária e a possibilidade de

uma atuação que buscava conhecer aspectos da saúde, doença e do cotidiano da população do interior do Estado de São Paulo, inclusive para confrontá-la com as realidades metropolitanas. Mostra que a ênfase na formação de profissionais na Residência Médica e de pesquisa voltava-se à prática da Saúde Pública.

É importante salientar que, desde a sua concepção, sempre foi prioridade a inserção do Departamento nas atividades de prestação de serviços de atenção básica na cidade e região de Botucatu e que os docentes colaboravam na elaboração e desenvolvimento de muitos serviços de atenção básica da região.

Por muitos anos formaram-se em Botucatu estudantes e residentes que foram valorizados na prática profissional no seu trabalho da prática em saúde pública e que se destacaram em colaborar na formulação e desenvolvimento das políticas de saúde do Estado de São Paulo, atuando junto a Secretaria de Estado da Saúde e no nível municipal.

Com as eleições municipais de 1982, incorporaram-se à vida política local docentes da Universidade. Dentre estes, alguns professores do DSP tiveram papel essencial na organização dos serviços de saúde do município, até então inexistentes, implantando-se, a partir de 1983, uma rede básica de serviços de saúde, sendo a Coordenadora Municipal de Saúde naquela ocasião, uma docente do DSP. Abriu-se, assim, com grande motivação, um novo campo de estágio para os alunos da graduação médica em Unidades Básicas de Saúde (UBS) recém-inauguradas (Cyrino, 1995).

Quando do processo de reformulação curricular da FMB, já referido, houve grande participação de docentes do DSP. Em 1992, vários deles integraram a equipe de formuladores do Projeto UNI – Botucatu, propondo-se a uma atuação positiva do ensino médico na consolidação do Sistema Único

de Saúde (SUS) com uma efetiva participação da Universidade, Serviço de Saúde e Comunidade.

Em 1997, quando já implantado o novo currículo no curso de Medicina, algumas disciplinas do DSP, que tradicionalmente eram oferecidas no terceiro ano da graduação médica, foram reorganizadas e redistribuídas ao longo dos três primeiros anos do curso. O internato em Saúde Pública oferecido ao sexto ano foi ampliado, dobrando sua carga horária.

#### ***4.1.3 O curso de Saúde Coletiva III ministrado em 1999***

Em 1998, um grupo de docentes do DSP iniciou a elaboração de um novo curso a ser ministrado ao terceiro ano médico. Este curso de Saúde Coletiva III foi o resultado da junção de cinco disciplinas que nesta configuração seriam oferecidas pela primeira vez em 1999. Foram elas: Epidemiologia, Nutrição em Saúde Pública, Ciências Sociais, Ética e Administração em Saúde Pública.

Os professores envolvidos na elaboração deste novo curso, com apoio técnico, reorientaram o curso, tanto quanto ao aspecto metodológico quanto ao conteúdo e à forma de avaliação, pois cada disciplina estava acostumada a trabalhar o seu conteúdo, a sua forma de dar o curso e a sua avaliação. Um livro texto sobre Educação Médica foi utilizado como referência metodológica (Venturelli, 1997).

O ponto de partida foi a idéia de não oferecer o curso de forma disciplinar, no qual cada disciplina ministra seu conteúdo, mas sim construir um curso só, com a participação de todas as disciplinas, rompendo com a idéia de um ensino disciplinar que “segrega uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas e reprimir os que as quiserem transpor” (Santos, 1987).

Buscou-se, assim, propiciar experiências interdisciplinares, nas quais os alunos poderiam perceber como um conhecimento depende do saber de distintas áreas e trabalhar um cotidiano que enfatize o senso de autonomia de nossos estudantes assim como a exposição a situações concretas da realidade de saúde de nosso país e de nossa região (Freire, 1996; Venturelli, 1997).

Uma questão central do curso de Saúde Coletiva III foi a integração disciplinar que foi realizada de diferentes formas em diferentes momentos: Com a apresentação de problemas transversais e com temas gerados pela problematização da realidade e propostos pelos estudantes.

No planejamento do curso foi proposta a utilização de diferentes metodologias e estratégias de ensino-aprendizagem como a problematização, a aprendizagem baseada em problemas (ABP), o trabalho de discussão dos temas em pequenos grupos e algumas aulas expositivas.

Um ponto que pode ser valorizado foi a construção coletiva do curso. Trabalhou-se em parceria no sentido de, “... longe de ser a unanimidade, aproximar-se mais da capacidade de trabalhar com o diferente para objetivos profissionais comuns” (Cunha, 1996).

Outro desafio referia-se à possibilidade de ministrar um curso inovador em meio a um currículo médico que vinha inovando mas que manteve-se com um peso maior na forma tradicional de se ensinar Medicina.

### **A construção de um novo curso**

Algumas questões foram fundamentais na elaboração do Curso: a primeira referia-se à percepção, por parte dos docentes envolvidos, sobre a necessidade de rever a forma fragmentada com que vinham sendo oferecidas as disciplinas até 1998. A segunda reportava-se à própria metodologia de ensino utilizada que, também, foi percebida como ultrapassada. Uma terceira, referia-se à avaliação feita pelos alunos sobre as disciplinas ministradas, nos anos anteriores.

Como ilustração desta terceira problemática, apresentam-se a seguir algumas cartas que foram solicitadas aos alunos que haviam feito a disciplina de Administração em Saúde Pública em 1998, como avaliação usada no referido curso. Ory (1996) destaca que comentários escritos por alunos sobre disciplinas ou cursos podem ser considerados extremamente úteis pelos professores, para que estes possam revisar seus cursos, tanto em relação ao conteúdo, como na questão metodológica.

CARTA Nº1

*Botucatu, 8 de dezembro de 1998.*

*Caro colega,*

*Este ano você terá uma matéria chamada "Saúde Pública". É um curso bastante extenso e inclusive tem mais carga horária que Psiquiatria ou Radiologia. Você provavelmente achará isso um absurdo, e realmente é! Pra ser sincero, a única hora em que você se sentirá fazendo Medicina será no trabalho em campo, o qual é muito importante pois só lá você verá como funciona o sistema de saúde. O resto do tempo você receberá um conteúdo bastante filosófico o qual fará você se perguntar: "Eu prestei medicina ou o quê? Bom, mas como do 3º ao 6º ano, nós teremos outras viagens do tipo o jeito é se conformar. Abraços*

*3º anista*

CARTA Nº2

*Botucatu, 8 de dezembro de 1998.*

*Caro aluno do 3º ano,*

*Hoje é o último dia de aula de Administração e eu vou contar a você um pouco do que foi nosso curso, e como eu fiz para aproveitá-lo e tirar dele boas lições. Como a maioria das pessoas achava que ia ser aquele curso chato e pentelho que eu teria que ir só para não bombar de faltas, afinal "Administração", para que serve isso? Depois tinha um trabalho de campo, imagina que saco? Porém com o passar dos dias percebi que era um curso surpreendente e divertido. Você vai aprender um pouco de política, principalmente na área de saúde e vai se revoltar bastante com algumas leis e com as suas distorções. Se souber aproveitar vai gostar de conhecer a estrutura do serviço de saúde que for fazer o tal "trabalho de campo", e com as aulas práticas em sala de aula. Tudo isso é importante para sua formação de médico. Você vai entender que medicina não é só o doente, é a prevenção, o bom funcionamento de um serviço de saúde, a política de saúde e avaliação dos custos/benefícios.*

*Bom curso, aproveite !!*

CARTA Nº3

*Botucatu, 8 de dezembro de 1998*

*Caro colega,*

*Parabéns, você acabou de chegar ao terceiro ano. O ciclo básico chegou ao fim e agora um pouco de prática médica vai estar ao seu alcance, chegou a hora das aulas de semiotécnica, Patologia especial e, claro, Saúde Pública.*

*Devo alertar-lhe alguns pontos sobre este último curso. Apesar de ser tradicional nessa faculdade não levar muito a sério as aulas dessa disciplina devo dizer que elas tem uma importância imensa na nossa formação. É através das aulas de Saúde Pública e dos trabalhos em campo que podemos entender e vivenciar a realidade do SUS, das UBSs e da própria população. Tudo isso pode lhe parecer supérfluo mas esta será a realidade dos primeiros (ou décadas) da nossa profissão. Além disso é a porta de entrada do Sistema de Saúde Brasileiro e é de suma importância conhecer o seu funcionamento qualquer que seja a profissão que escolhermos.*

*Bom, acho que já falei demais, aproveite bastante o seu 3º ano, aproveite bastante o curso.*

Mediante estas e outras cartas, foi possível perceber uma grande dificuldade dos alunos com relação à compreensão do conteúdo e mesmo da necessidade de um curso de Saúde Pública no currículo médico. As questões e críticas levantadas pelos estudantes puderam contribuir para elaboração da nova proposta de curso. A avaliação, presente nas cartas escritas pelos estudantes, apontou à percepção de fatos que precisariam ser revistos com atenção: os cursos persistiam tradicionais, não centrados nos alunos, desintegrados e pouco baseados em uma avaliação formativa. O fato de ter avaliado esta disciplina de administração anteriormente à formulação do presente curso, possibilitou obter mais subsídios à construção da nova proposta.

**Alguns pressupostos para a elaboração da nova proposta**

Buscou-se elaborar um curso que facilitasse a compreensão do trabalho e das especificidades da Saúde Pública para o futuro médico, enfatizando-se questões como a importância do trabalho reflexivo, do ato de planejar, do trabalho em equipe no qual a comunidade, também, poderia ter um papel

preponderante, da ética nas relações de trabalho do futuro médico com os outros profissionais de saúde, com a população atendida e com as instituições envolvidas no atendimento.

O entusiasmo dos docentes foi um ponto bastante positivo na elaboração deste novo curso e muitos fatores interferiram na possibilidade de mudança do curso. No presente caso, talvez o clima institucional pode colaborar, certamente sem a participação da instituição como um todo, mas com possibilidades de desencadear processos de reflexão sobre a prática do professor. Também havia um clima externo bastante favorável às mudanças.

Uma das maiores motivações estava relacionada a insatisfação com a metodologia das disciplinas, na maior parte das vezes, centradas em aulas expositivas. Havia abertura para discussão e perguntas dos alunos, mas muitas vezes com a percepção incômoda de que as críticas a determinadas situações eram apresentadas de uma maneira um pouco *pronta* ou delimitada, sem uma maior espaço para que os alunos conseguissem analisar e construir uma visão crítica, a partir da sua vivência, sobre o tema estudado.

A possibilidade do uso de temáticas, que se constituíram nos três módulos este curso, foi um marco: “Problemas de Saúde, Nutrição em Saúde Pública e Planejamento”. Foram estudados problemas de Saúde Pública, buscando-se perceber cada disciplina no interior da compreensão dos problemas. Participaram do curso professores que orientaram, cada um, diretamente, os grupos de alunos. Propôs-se uma avaliação diária (auto-avaliação e avaliação do professor orientador) dos alunos e sistematicamente uma avaliação do desenvolvimento do curso. Por meio de diferentes metodologias, buscou-se problematizar a realidade, propondo-se que os grupos de alunos fossem estudando, interpretando e apresentando soluções às questões/vivências apresentadas.

Trabalhou-se um conceito ampliado de saúde e não apenas a saúde como a ausência de doença. O conceito de saúde utilizado, foi proposto por Almeida Filho (1999),

“tomado como um conceito aberto, no sentido de que os signos, significados e práticas mostram grande variação, pois não é possível um padrão unificado de normalidade para a saúde. A saúde não se reduz a um único modelo explanatório na medida em que diversas formas de viver, sejam histórica, cultural ou individualmente determinadas, apresentam-se como possibilidades distintas de normalidade.” .

Por isso a idéia de se utilizar inicialmente com nove problemas de saúde diferentes, com questões distintas relativas ao processo saúde-doença e também com diferentes *entradas* do papel da Clínica e da Saúde Coletiva na explicação e no encaminhamento do problema.

Interessante notar que na primeira discussão sobre a construção do curso, pensou-se em iniciar o primeiro módulo do curso com o tema saúde sem relacioná-lo a doença ou ao cuidado. Depois na evolução da discussão, entendeu-se que seria importante trabalhar a saúde, a enfermidade e a assistência, nas diferentes dimensões de diferentes problemas de saúde, conjuntamente.

A proposta para estudo dos problemas, foi apresentada pelo assessor (anexo 5) e analisada pelos docentes. Discutiu-se que embora abordasse as diferentes dimensões da doença, na interação complexa dos múltiplos fatores, nos níveis psicológico, biológico, sociológico, da ética, trabalhando-se com dados clínicos, epidemiológicos, históricos, sociológicos, econômicos, tecnológicos, psicológicos, éticos e das relações, a proposta colocava questões coletivas de forma fragmentada, isolada ou reducionista e não integrada como se pretendia. Buscou-se, assim, trabalhar apoiando-se em Venturelli (1997), mas também lançar mão de conceitos que já vinham sendo utilizados nas

Ciências Sociais, privilegiando-se as relações sociais na produção e determinação do processo saúde, doença e cuidado. Neste sentido, também procurou-se trabalhar não apenas com a dimensão biológica mas com as distintas dimensões dos problemas propostos, as interações entre elas e a própria idéia de rede e de interdependência das distintas questões que envolvem cada problema.

Na organização do curso a preocupação com seu processo avaliativo esteve presente continuamente. Assim, foram utilizados distintos instrumentos, voltados tanto para avaliação do processo de ensino/aprendizado como para avaliação dos professores e da própria organização do curso e seus aspectos gerais.

#### ***4.1.3.1 A avaliação dos estudantes em relação à qualidade educacional e à eficiência do professor (SEEQ modificado)***

Para se obter uma visão mais clara de cada item avaliado, uma breve descrição de como o curso foi estruturado é apresentada juntamente com a descrição dos procedimentos adotados em cada um dos módulos do Curso de Saúde Coletiva III.

### **O primeiro módulo do Curso: Problemas de Saúde pública**

Ao final deste primeiro módulo, foi entregue aos 81 alunos que o freqüentaram, um questionário de avaliação do mesmo; 73 (30%) estudantes responderam o questionário.

### **Aprendizado**

**Tabela I** – Avaliação do estudante sobre o aprendizado, Módulo I, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Aprendizado</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Você aprendeu um conteúdo que considera de valor profissional	-		2	3	6	8	38	52	27	37	-		73	100
Seu interesse pelo tema estudado cresceu em consequência do curso	-		2	3	16	22	37	50	18	25	-		73	100
Você achou o conteúdo do curso estimulante	1	1	5	7	20	27	30	42	17	23	-		73	100
Você aprendeu e compreendeu o conteúdo ministrado no curso	-		1	1	5	7	49	67	17	24	1	1	73	100

A temática central deste primeiro módulo enfocou problemas de Saúde Pública. Inicialmente, nove problemas foram apresentados aos estudantes, como utilizado na aprendizagem baseada em problemas. O objetivo desta primeira atividade voltou-se para “contaminar”, entusiasmar, mobilizar os estudantes para questões de Saúde Pública. A estratégia utilizada foi partir de problemas de papel, vários modificados de casos reais, como o já citado “Machucado de Ariel”, de problemas de pacientes (questões individuais) que pudessem levar à discussão de questões da Saúde Coletiva e enfrentamentos do campo da Saúde Pública. Importante notar que cada professor trabalhou com seu grupo um tema, de tal forma que ao mesmo tempo os diferentes grupos trabalharam diferentes problemas da Saúde Pública, e que nesta proposição ficasse clara a complexidade e extensão do campo de ação da mesma. Fechados os problemas, uma aula teórico-prática, com roteiro de discussão e leitura de um texto de apoio, deram sustentação à discussão do tema *Problemas de Saúde da População Brasileira*.

Na seqüência, cada grupo de alunos visitou uma área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, na qual deveriam procurar problematizar a realidade e identificar, na situação concreta, problemas de saúde da população moradora de cada região específica. Por meio da utilização de ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (Huertas, 1996), em

cada grupo, cada aluno, mediante a técnica de tempestade de idéias, identificou um problema de saúde. O grupo selecionou um problema identificado como o de maior relevância e procurou descrevê-lo construindo a árvore explicativa e as questões centrais (nós críticos) para explicar o problema. Estudo teórico, pesquisa, entrevista com especialistas, novas visitas às Unidades Básicas de Saúde e abrangência foram realizadas para aprofundamento do estudo.

No trabalho grupal foram construídos, ainda com base no Planejamento Estratégico, objetivos para resolução e ou encaminhamento do problema identificado e traçadas medidas de intervenção destinadas à transformação da realidade. Com a formação de novos grupos, composto por um aluno de cada grupo de trabalho no módulo I (grupos rotativos), cada aluno apresentou seu estudo oralmente, fazendo a síntese do estudo. O estudo foi apresentado por escrito e uma cópia foi enviada à Unidade de Saúde, onde havia sido realizado o estudo.

Os estudantes foram avaliados por este trabalho escrito e pela apresentação oral individual. Os professores discutiram com os alunos sobre a complexidade dos problemas de Saúde Pública, e sobre a heterogeneidade dos problemas percebidos nas diferentes regiões geográficas de cada Unidade Básica de Saúde.

Uma exposição teórica sobre necessidades de saúde da população brasileira fechou o módulo. Os estudantes avaliaram os aspectos do aprendizado do módulo de acordo com quatro itens. Os resultados indicam que a maior parte dos itens avaliados receberam avaliação entre “bom” e “muito bom”. Sobre o item “você achou o conteúdo do curso estimulante” (um dos maiores objetivos deste primeiro módulo), 23% responderam “muito bom” e 42% bom, totalizando entre uma e outra resposta 65%. Sobre o item “você aprendeu um conteúdo que considera de valor profissional” 37%

responderam como “muito bom” e 52% como “bom”, totalizando 89% (Tabela I).

### Entusiasmo do Professor Orientador

**Tabela II** – Avaliação do estudante sobre o entusiasmo do professor orientador, Módulo I, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Entusiasmo do Professor</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O professor demonstrou entusiasmo ao participar do curso	1	1	2	3	5	7	12	17	52	71	1	1	73	100
O professor demonstrou Domínio sobre o conteúdo/método utilizado	-		1	1	5	7	22	30	44	61	1	1	73	100
O professor conduziu os trabalhos do grupo de forma dinâmica e energética	2	3	6	8	15	21	17	23	33	45	-		73	100
O professor demonstrou atento e acessível aos alunos individualmente	-		1	1	7	10	23	32	42	57	-		73	100
O estilo do professor lhe ajudou a prender a atenção durante as aulas	4	6	11	15	13	18	16	22	28	38	1	1	73	100

Na avaliação dos estudantes sobre o entusiasmo do professor orientador há uma maior concentração de respostas entre o “bom” e o “muito bom” e no item “o professor demonstrou entusiasmo ao participar do curso” 88% das respostas concentram-se entre o “bom” e o “muito bom”. No item “o estilo do professor lhe ajudou a prender a atenção durante as aulas” 22% das respostas concentram-se entre “péssimo” e “ruim” e 18% como “moderado” (Tabela II).

Para análise do entusiasmo dos professores neste módulo, algumas questões devem ser respondidas: Quem eram e como foram capacitados os professores neste primeiro módulo?

O grupo de professores deste primeiro módulo constituiu-se de sete docentes do Departamento de Saúde Pública da FMB que tinham mais de dez anos de trabalho docente. Todos possuíam experiência no ensino de

graduação e já haviam ministrado cursos para o terceiro ano médico, porém, cada um na sua disciplina de origem. Os outros dois professores eram alunos do programa de pós-graduação do próprio Departamento de Saúde Pública, sem experiência prévia em ensino de graduação médica.

Oito meses antes do início do curso, os professores começaram a se reunir para organizá-lo. O trabalho inicial voltou-se à identificação de núcleos temáticos a partir dos conteúdos de cada disciplina envolvida.

Quando se definiu o grupo de conteúdos reconhecidos como fundamentais de cada disciplina, iniciou-se o trabalho de definição de núcleos temáticos. Apesar de todos os professores se envolverem na formulação, organização e construção do curso, alguns não puderam participar de muitas reuniões da etapa inicial. Após o início do curso, as reuniões semanais foram mantidas para acompanhamento e avaliação continuada do trabalho desenvolvido. Novamente alguns professores não se fizeram presentes, mas a maioria participou do processo e inclusive da formulação continuada de cada novo passo dado para rever problemas cotidianos e as próximas aulas. Durante as reuniões, alguns professores referiram dificuldade em trabalhar com a proposta de Aprendizagem Baseada em Problemas e outros enfrentaram dificuldades para promover uma participação ativa dos estudantes nas discussões, referindo que alguns estudantes permaneciam calados a maior parte do tempo. Foi ainda discutido que havia uma certa superficialidade na apresentação dos estudantes sobre alguns temas e a dificuldade em lidar com a competição entre os alunos e entre o curso em questão e as demais atividades do currículo, que eram desenvolvidas simultaneamente.

### **Organização do Curso**

**Tabela III** – Avaliação do estudante sobre a organização do curso, Módulo I, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Organização do curso</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os objetivos do módulo foram concordantes com o encaminhamento real do curso, de forma que o aluno pode compreender o encaminhamento/andamento do curso.	1	1	3	4	12	17	43	59	14	19	-		73	100
A explanação dos professores foi clara e objetiva	-		4	5	18	25	35	48	16	22	-		73	100
As palestras facilitaram a compreensão dos conteúdos e anotações	-		1	15	28	38	24	33	10	14	-		73	100
Os trabalhos nos Centros de Saúde e/ou na visita ao paciente foram concordantes com a proposta do curso	1	1	1	1	7	10	34	47	30	41	-		73	100
Os materiais utilizados foram bem preparados e bem usados	-		2	2	19	26	39	54	12	16	1	1	73	100

Como já referido, o curso teve sua organização realizada de forma coletiva e continuada a cada novo passo, nova aula, nova reunião com os alunos. Os estudantes consideraram a organização do curso como “boa” ou “muito boa” para todos os itens avaliados. Nota-se, no entanto, que no item “as palestras facilitaram a compreensão dos conteúdos e anotações”, 15% dos estudantes consideraram como ruim e 38% como moderado (Tabela III).

### Interação do Grupo

**Tabela IV** – Avaliação do estudante sobre a interação do grupo, Módulo I, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Interação do Grupo</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os estudantes foram estimulados a participar nas discussões em grupo	-		4	5	11	15	29	40	29	40	73	100
Os estudantes foram entusiasmados para expor suas idéias e conhecimentos	2	3	4	5	14	19	31	43	22	30	73	100
Os estudantes foram encorajados a fazer e responder perguntas	2	3	1	1	19	26	26	36	25	34	73	100
Os estudantes foram encorajados a questionar o professor	3	4	4	5	29	40	17	23	20	28	73	100

Um dos maiores desafios na construção do curso referia-se à possibilidade do trabalho em pequenos grupos de estudantes e a opção por qualificar a relação professor-aluno, procurando-se aumentar o contato entre

os mesmos. A opção do trabalho de nove professores com grupos de nove alunos foi reforçada pelo assessor, mesmo com a falta de disponibilidade de dos professores. Por meio de quatro itens, os estudantes avaliaram a interação do grupo, e todos os itens receberam uma percentagem alta de avaliações entre bom e muito bom, no entanto, no item “os estudantes foram encorajados a questionar o professor” 40% responderam como “moderado”. (Tabela IV)

## Conteúdo

**Tabela V** – Avaliação dos estudantes sobre o conteúdo, Módulo I, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Conteúdo</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O professor apresentou uma discussão com conteúdo, conhecimento sobre os temas	-		4	6	12	16	31	42	26	36	73	100
O professor apresentou diferentes pontos de vista sobre os temas discutidos	-		2	3	17	23	35	48	19	26	73	100

Os estudantes avaliaram o conteúdo do curso por dois itens. É possível observar que, nesta avaliação, os professores tinham conhecimento do conteúdo em profundidade e introduziram outros pontos de vista sobre os temas discutidos (Tabela V).

## Aspectos Gerais do Curso

**Tabela VI** – Avaliação do estudante sobre os aspectos gerais do curso, Módulo I, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Aspectos Gerais</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>S. Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Compare este curso com os demais realizados na Faculdade de Medicina de Botucatu	1	1	4	6	14	19	41	56	12	17	1	1	73	100
Compare o desempenho dos professores deste curso com os demais professores das outras disciplinas realizadas na Faculdade de Medicina de Botucatu	1	1	2	3	10	14	42	57	18	25	-		73	100
Compare sua postura neste curso com a mesma nos demais cursos	3	4	3	4	19	26	35	48	13	18	-		73	100
Compare seu interesse neste curso com o mesmo nos demais cursos	3	4	8	11	19	26	28	38	13	18	2	3	73	100

A avaliação sobre os aspectos gerais foi bastante favorável, mostrando que os alunos avaliaram bem o módulo e os professores. Mesmo na comparação com o interesse por outras disciplinas, se comparada ao deste curso, a avaliação foi favorável (Tabela VI).

### **O segundo módulo do curso: Nutrição em Saúde Pública**

Ao final do segundo módulo, todos os 81 estudantes foram solicitados a responder ao questionário de avaliação do curso e 69 (85%) alunos o fizeram.

### **Aprendizado**

**Tabela VII – Avaliação do estudante sobre o aprendizado, Módulo II, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.**

<i>Aprendizado</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Você aprendeu um conteúdo que considera de valor profissional	-		1	1	12	17	39	57	17	25	-		69	100
Seu interesse pelo tema estudado cresceu em consequência do curso	-		5	7	18	26	36	53	10	14	-		69	100
Você achou o conteúdo do curso estimulante	-		5	7	24	35	30	44	10	14	-		69	100
Você aprendeu e compreendeu o conteúdo ministrado no curso	-		2	3	18	26	37	54	10	14	2	3	69	100

O aprendizado do estudante foi centrado na Nutrição em Saúde Pública. Uma palestra sobre a Avaliação do estado nutricional deu início ao módulo. Cada grupo de estudante estudou um paciente diabético, inscrito no Centro de Saúde Escola de Botucatu da FMB, com ênfase nos aspectos nutricionais da doença, abordando uma visão integradora de todos os aspectos envolvidos no processo saúde-doença do paciente. Cada aluno estudou sua própria dieta, por meio do recordatório de um dia alimentar e pesagem dos alimentos em laboratório, seguido da conversão dos alimentos em termos de valores nutricionais (com o uso de programa específico). A Antropometria foi abordada do ponto de vista teórico-prático por meio de três estudos: o do paciente diabético, o da adequação da nutrição de cada estudante para seu

peso e altura, e o da problemática da desnutrição e obesidade na população brasileira.

Ao final deste módulo, um estudante de cada grupo apresentou em novos grupos um sumário sobre os principais tópicos do estudo do paciente diabético do CSE (Grupos rotatórios). Uma mesa redonda sobre o tema “o atendimento ao paciente diabético” encerrou o curso. A avaliação do aprendizado deste módulo contou com uma prova escrita dissertativa que também buscou avaliar o módulo anterior.

Os estudantes avaliaram o aprendizado e as maiores percentagens de respostas agrupam-se entre “bom” e “muito bom” (Tabela VII).

### Entusiasmo do Professor

**Tabela VIII** – Avaliação do estudante sobre o entusiasmo do professor orientador, Módulo II, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Entusiasmo do Professor</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O professor demonstrou entusiasmo ao participar do curso	-		51	7	20	29	26	38	18	26	69	100
O professor demonstrou domínio sobre o conteúdo/método utilizado.	-		7	10	17	25	29	42	16	23	69	100
O professor conduziu os trabalhos do grupo de forma dinâmica e energética	2	3	14	20	17	25	25	36	11	16	69	100
O professor demonstrou-se atento e acessível aos alunos individualmente	1	1	5	7	9	13	29	43	25	36	69	100
O estilo do professor lhe ajudou a prender a atenção durante as aulas	3	4	13	19	21	30	21	30	11	17	69	100

Antes de analisar a avaliação dos alunos, é preciso esclarecer que para acompanhar este módulo, dos nove professores que iniciaram o curso, quatro foram substituídos, sendo um destes parcialmente. Da mesma forma que, no módulo anterior, os professores foram capacitados continuamente para orientar os grupos e estudar os temas que se fizessem necessários, porém no caso dos novos professores, estes passaram a participar da formação no decorrer do curso e não desde o início.

Durante a realização deste módulo foi oferecido na instituição, um curso para docentes, médicos e demais profissionais envolvidos no ensino da

graduação, sobre o aprendizado baseado em problemas e sobre o aprendizado na comunidade<sup>12</sup>. Três dos novos professores envolvidos neste módulo participaram do curso e, assim, se sentiram mais seguros em relação a metodologia de ensino.

Um professor da área de Nutrição em Saúde Pública coordenou todo o processo de capacitação dos professores e uma bióloga acompanhou o estudo prático das dietas individuais dos estudantes. Os estudantes avaliaram o entusiasmo do professor por meio de quatro itens e as respostas concentraram-se entre moderado, bom e muito bom, com tendência a bom, porém, no item “o professor conduziu os trabalhos do grupo de forma dinâmica”, 20% dos estudantes responderam como ruim (Tabela VIII).

### Organização do Curso

**Tabela IX** – Avaliação do estudante sobre a organização do curso, Módulo II, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Organização do Curso</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os objetivos do módulo foram concordantes com o encaminhamento real do curso, de forma que o aluno pode compreender o encaminhamento /andamento do curso.	-		3	4	16	23	38	55	10	15	2	3	69	100
A explanação dos professores foi clara e objetiva	-		4	6	20	29	39	56	6	9	-		69	100
As palestras facilitaram a compreensão dos conteúdos e anotações	1	1	8	12	17	25	36	52	7	10	-		69	100
Os trabalhos nos Centros de Saúde e/ou na visita ao paciente foram concordantes com a proposta do curso	-		2	3	10	14	37	54	19	28	1	1	69	100
Os materiais utilizados foram bem preparados e bem usados	-		4	6	22	32	39	57	3	4	1	1	69	100

Quanto a organização do curso, os resultados são apresentados de acordo com cinco itens abordados. Para todos os itens a maior tendência situa-se ao redor de bom (Tabela IX).

<sup>12</sup>Este curso foi oferecido pela Fundação Kellogg e ministrado por um professor da Universidade de Maastrich, da Holanda e uma professora da Universidade de Albuquerque, Novo México, Estados Unidos.

Neste módulo as atividades foram bastante diversificadas, compreendendo desde a análise do valor nutricional da refeição do alunodesenvolvida no laboratório de nutrição até a visita ao domicílio do paciente diabético estudado. Exigiu-se, assim, dos professores uma organização muito precisa com surpresas e imprecisões que demandaram soluções diversas a cada novo desafio.

### Interação do grupo

**Tabela X** – Avaliação do estudante sobre a interação do grupo, Módulo II, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Interação do Grupo</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os estudantes foram estimulados a participar nas discussões em grupo	-		4	6	17	25	34	49	14	20	69	100
Os estudantes foram entusiasmados para expor suas idéias e conhecimentos	-		3	4	17	25	38	55	11	16	69	100
Os estudantes foram encorajados a fazer e responder perguntas	-		3	4	22	32	35	51	9	13	69	100
Os estudantes foram encorajados a questionar o professor	3	4	7	10	25	37	31	45	3	4	69	100

Neste módulo, o trabalho grupal foi bastante valorizado, e mais da metade do tempo os alunos, trabalhando em grupo, realizaram as atividades centradas no estudo do diabetes e do paciente diabético. A avaliação dos alunos sobre a interação do grupo foi bastante favorável (Tabela X).

### Conteúdo

**Tabela XI** – Avaliação do estudante sobre o conteúdo, Módulo II, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

Conteúdo	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O professor apresentou uma discussão com conteúdo, conhecimento sobre os temas	-		8	12	21	30	32	46	6	9	2	3	69	100
O professor apresentou diferentes pontos de vista sobre os temas discutidos	-		9	13	23	33	25	37	9	13	3	4	69	100

Os estudantes avaliaram o conteúdo deste módulo de acordo com dois itens. É possível observar que o conteúdo foi bem avaliado pelos estudantes (Tabela XI).

Levando-se em conta a especificidade do tema e o não domínio do mesmo pela maioria dos professores envolvidos neste módulo, pode-se considerar esta avaliação como favorável.

### Aspectos Gerais do Módulo

**Tabela XII** – Avaliação do estudante sobre os aspectos gerais do curso, Módulo II, curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Aspectos Gerais</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Compare este curso com os demais realizados na Faculdade de Medicina de Botucatu	-		5	7	26	38	35	51	3	4	69	100
Compare o desempenho dos professores deste curso com os demais professores das outras disciplinas realizadas na Faculdade de Medicina de Botucatu	-		1	1	26	38	35	51	7	10	69	100
Compare sua postura neste curso com a mesma nos demais cursos	-		5	7	24	35	35	51	5	7	69	100
Compare seu interesse neste curso com o mesmo nos demais cursos	4	6	5	7	26	38	30	43	4	6	69	100

O segundo módulo desenvolveu-se de forma bastante dinâmica e com atividades diversificadas. Na avaliação dos aspectos gerais do módulo II, os estudantes o consideraram entre moderado e bom por volta de 90% das respostas em todos os quatro itens avaliados (Tabela XII).

### O terceiro módulo do curso: Planejamento em Saúde

Ao final do terceiro módulo, todos os 81 estudantes foram solicitados a responder o questionário e 75 (93%) o fizeram. As respostas a seguir referem-se aos 75 alunos que responderam ao questionário.

### Aprendizado

**Tabela XIII** – Avaliação do estudante sobre o aprendizado, Módulo III, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Aprendizado</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Você aprendeu um conteúdo que considera de valor profissional	-		4	5	21	28	41	55	9	12	75	100
Seu interesse pelo tema estudado cresceu em consequência do curso	3	4	11	15	23	31	31	41	7	9	75	100
Você achou o conteúdo do curso estimulante	4	5	11	15	33	44	21	28	6	8	75	100
Você aprendeu e compreendeu o conteúdo ministrado no curso	-		3	4	21	28	47	63	4	5	75	100

Antecedendo este módulo ocorreram, dentro da programação do curso, quatro seminários sobre modelos de estudos epidemiológicos, buscando propiciar aos estudantes o conhecimento de métodos da investigação epidemiológica. Este conteúdo deveria integrar-se ao terceiro módulo, como um conteúdo a ser utilizado no Planejamento em Saúde, através da Epidemiologia em serviço, mas não se conseguiu a integração almejada, de forma que os seminários situaram-se como temas um pouco descontextualizados do corpo dos grupos temáticos abordados no curso como um todo.

O terceiro módulo abordou a temática Planejamento em Saúde Pública. Um filme documentário sobre o desastre atômico de Chernobyl ( As crianças de Chernobyl ) deu início ao módulo. Realizou-se estudo dirigido em grupo sobre os temas: O papel do Estado, Ideologia, Políticas de Saúde, Organização de Serviços e Organização do SUS no Brasil.

Aulas teóricas introduziram diferentes aspectos do Planejamento em Saúde Pública, e práticas participativas de planejamento estratégico com temáticas distintas foram desenvolvidas. Embora outros modelos tenham sido estudados, privilegiou-se o estudo do Planejamento Estratégico enquanto modelo de planejamento.

Ao final do módulo um estudante de cada grupo, formando novos nove grupos, apresentou para os professores um resumo do que foi estudado (grupos rotatórios).

Com base na discussão sobre cada uma das diferentes nove organizações de saúde visitadas, o professor estimulou o debate, abordando a organização da assistência à saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde e as instituições e organizações privadas. Esta atividade foi usada como avaliação individual dos estudantes e os mesmos realizaram um trabalho escrito, em grupo, sobre os serviços estudados.

Os estudantes avaliaram o aprendizado deste módulo por meio de quatro itens. Os resultados estão ao redor do “bom”, porém, na questão relativa a “você achou o conteúdo do curso estimulante” 44% respondeu como moderado e 15% como ruim (Tabela XIII).

### Entusiasmo do professor orientador

**Tabela XIV** – Avaliação do estudante sobre o entusiasmo do professor orientador, Módulo III, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

<i>Entusiasmo do Professor</i>	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O professor demonstrou entusiasmo ao participar do curso	1	1	1	1	19	25	34	45	20	27			75	100
O professor demonstrou domínio sobre o conteúdo/método utilizado.	-		5	7	18	24	29	38	23	31			75	100
O professor conduziu os trabalhos do grupo de forma dinâmica e energética	1	1	13	18	21	28	24	32	15	20	1	1	75	100
O professor demonstrou-se atento e acessível aos alunos individualmente	1	1	3	4	12	16	33	44	25	34	1	1	75	100
O estilo do professor lhe ajudou a prender a atenção durante as aulas	2	3	15	20	27	36	15	20	15	20	1	1	75	100

Os estudantes avaliaram o entusiasmo do professor de acordo com cinco itens. Apesar da maior parte das respostas concentrarem-se no “bom”, pode-se notar que no item “o professor conduziu os trabalhos do grupo de

forma dinâmica e energética” e no item “o estilo do professor lhe ajudou a prender a atenção durante as aulas”, um quarto dos estudantes o consideraram como ruim e no último item a maior concentração de respostas está no item moderado (Tabela XIV).

### Organização do Curso

**Tabela XV** – Avaliação do estudante sobre a organização do curso, Módulo III, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

Organização do Curso	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os objetivos do módulo foram concordantes com o encaminhamento real do curso, de forma que o aluno pode compreender o encaminhamento/andamento do curso.			9	12	23	31	38	51	4	5	1	1	75	100
A explanação dos professores foi clara e objetiva	2	3	6	8	35	46	27	36	3	4	2	3	75	100
As palestras facilitaram a compreensão dos conteúdos e anotações	4	5	13	17	27	36	29	40	1	1	1	1	75	100
Os trabalhos nos Centros de Saúde e/ou na visita ao paciente foram concordantes com a proposta do curso	1	1	4	5	16	21	39	53	14	19	1	1	75	100
Os materiais utilizados foram bem preparados e bem usados			6	8	28	37	34	45	6	8	1	1	75	100

Neste módulo as atividades foram realizadas em sala de aula, em visitas aos serviços de saúde e na maior parte das vezes trabalhou-se com os mesmos pequenos grupos de alunos.

Por problemas da própria disponibilidade dos professores, trabalhou-se de forma irregular em alguns momentos, havendo diversas substituições pontuais de professores.

Os alunos estudaram serviços muito diversificados, sendo alguns mais distantes, como o Programa de Saúde da Família de dois municípios pequenos próximos à Botucatu. Outros grupos estudaram Hospitais da região, como o Hospital Especializado em Saúde Mental e do Hospital Geral Filantrópico do Município de Botucatu. Também foram pesquisadas Cooperativas Médicas

(UNIMED de Botucatu) e o próprio serviço de Pronto Socorro e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Realizou-se, ainda, uma avaliação de serviços de saúde da Rede Básica de Saúde de Botucatu.

Todas essas visitas, com sucessivas análises e avaliações, demandaram dos professores e da própria organização do curso enorme esforço, tanto em relação à dificuldade do encontro de material bibliográfico, como em relação à própria discussão dos problemas identificados pelos estudantes nas diversas visitas.

### Interação do Grupo

**Tabela XVI** – Avaliação do estudante sobre a interação do grupo, Módulo III, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

Interação do Grupo	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os estudantes foram estimulados a participar nas discussões em grupo			4	5	28	38	29	39	13	17	1	1	75	100
Os estudantes foram entusiasmados para expor suas idéias e conhecimentos			3	4	31	42	30	40	10	13	1	1	75	100
Os estudantes foram encorajados a fazer e responder perguntas	1	1	6	8	26	35	30	40	11	15	1	1	75	100
Os estudantes foram encorajados a questionar o professor	3	4	9	12	24	32	29	39	9	12	1	1	75	100

Neste módulo a maior parte das atividades desenvolveram-se em trabalho de grupo. Os estudantes pontuaram os aspectos da interação do grupo de acordo com quatro itens (Tabela XVI). É possível observar uma tendência de pontuação entre moderado a bom para todos os itens.

### Conteúdo

**Tabela XVII** – Avaliação do estudante sobre o conteúdo, Módulo III, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

Conteúdo	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O professor apresentou uma discussão com conteúdo, conhecimento sobre os temas	-		5	7	26	35	25	33	18	24	1	1	75	100
O professor apresentou diferentes pontos de vista sobre os temas discutidos	-		10	13	32	43	17	23	13	17	3	4	75	100

Os estudantes avaliaram o conteúdo deste módulo de acordo com dois itens (Tabela XVII). A maior parte das respostas concentram-se entre moderado e bom. Tendo em vista a dificuldade de trabalhar no curso médico o conteúdo de planejamento e organização de serviços de saúde, e a dificuldade de tornar este conteúdo com algum valor, esta avaliação pode ser considerada favorável.

### Aspectos Gerais

**Tabela XVIII**– Avaliação do estudante sobre os aspectos gerais do curso, Módulo III, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

Aspectos Gerais	<i>Péssimo</i>		<i>Ruim</i>		<i>Moderado</i>		<i>Bom</i>		<i>Muito Bom</i>		<i>Sem Informação</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Compare este curso com os demais realizados na Faculdade de Medicina de Botucatu	3	4	11	14	23	31	32	43	5	7	1	1	75	100
Compare o desempenho dos professores deste curso com os demais professores das outras disciplinas realizadas na Faculdade de Medicina de Botucatu			5	7	24	32	35	47	8	10	3	4	75	100
Compare sua postura neste curso com a mesma nos demais cursos	2	3	12	16	30	40	25	33	4	5	2	3	75	100

Em relação aos aspectos gerais deste último módulo do curso trabalhou-se, essencialmente com um conteúdo de Planejamento em Saúde Pública e especificamente com o conhecimento da organização de diferentes instituições, públicas ou privadas, nas quais muitos estudantes irão trabalhar no futuro profissional. Talvez para o estudante de medicina do terceiro ano da graduação, certas questões possam parecer um pouco abstratas ou ainda não percebidas como necessidades a serem enfrentadas. No entanto, considerou-se importante estudar aqueles temas, para mostrar aos estudante alguns aspectos do trabalho médico e mesmo da organização do serviço de saúde da região de Botucatu.

Os estudantes avaliaram o terceiro módulo em seus aspectos gerais (TABELA XVIII), concentrando-se as respostas entre o moderado e o bom. O

desempenho dos professores, em relação aos professores de outras disciplinas, foi considerado como bom em 47% das respostas. Sobre o interesse dos estudantes neste curso, comparado com outras disciplinas, um quarto deles o consideraram como ruim ou péssimo.

### **Estudo comparativo entre os três módulos do curso**

Apresentam-se a seguir as figuras relativas aos 24 itens avaliados em cada um dos três módulos do curso.

Os dados estão apresentados segundo a mesma ordenação das tabelas I a XVIII a partir dos cinco aspectos estudados.

As figuras 1, 2, 3, 4 e 5 referem-se ao estudo sobre Aprendizado nos três módulos do curso. É possível identificar uma tendência geral a uma avaliação em torno do bom para todos os itens, no entanto, percebe-se que o módulo I foi melhor avaliado que o módulo II e o módulo III.

Observa-se que de todos os itens avaliados sobre Aprendizado o item melhor avaliado refere-se à percepção do aluno sobre ter “Aprendido algo que o estudante considera de valor profissional”.

Figura 1- Avaliação do estudante sobre o aprendizado como um conteúdo de valor profissional; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

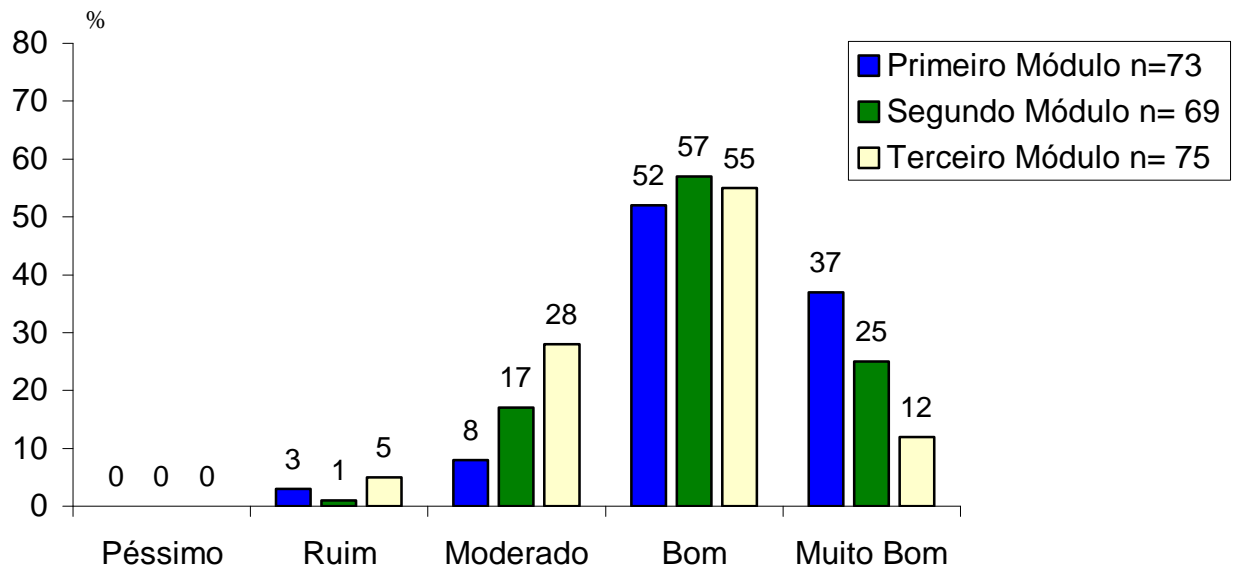


Figura 2- Avaliação do estudante sobre seu interesse sobre o tema estudado; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

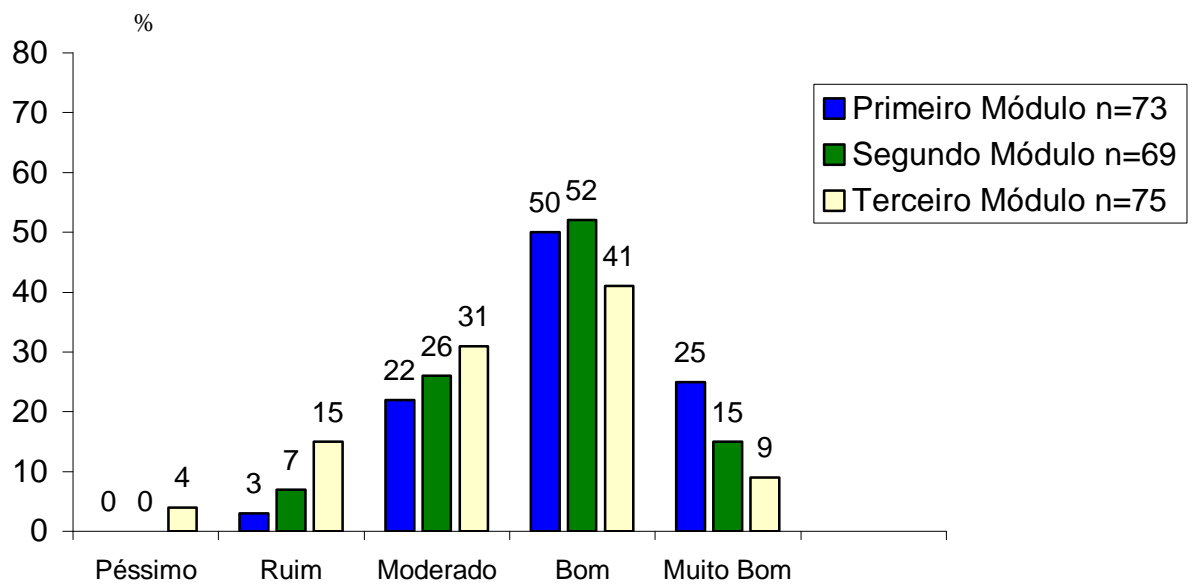


Figura 3- Avaliação do estudante sobre o conteúdo do curso ser estimulante, Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

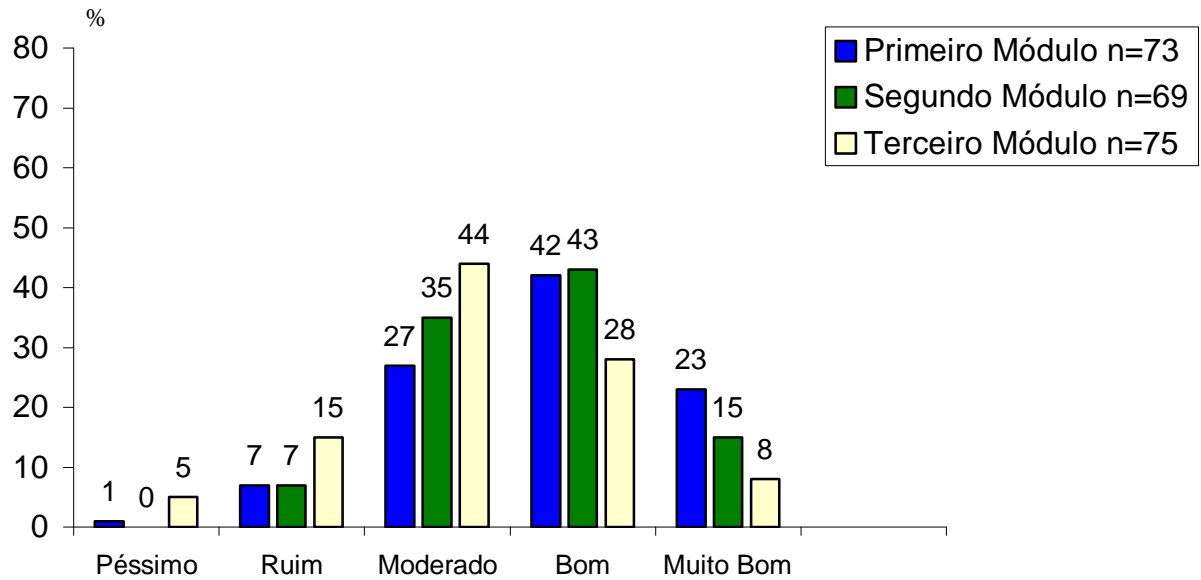


Figura 4 – Avaliação do estudante sobre o quanto aprendeu e compreendeu sobre o conteúdo do curso; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

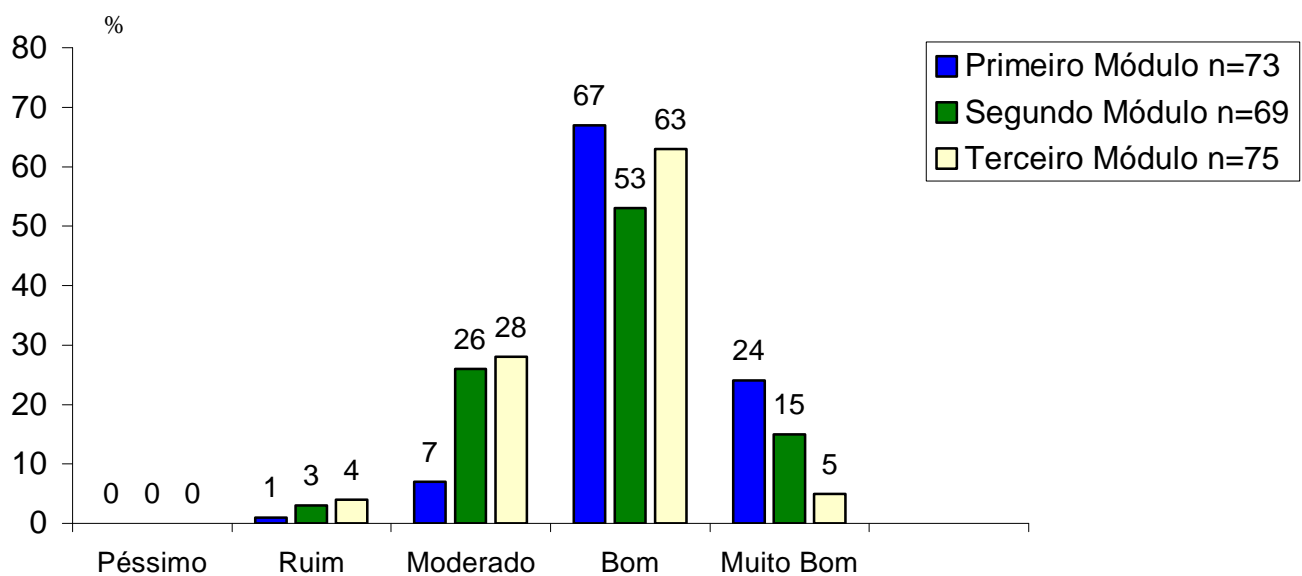
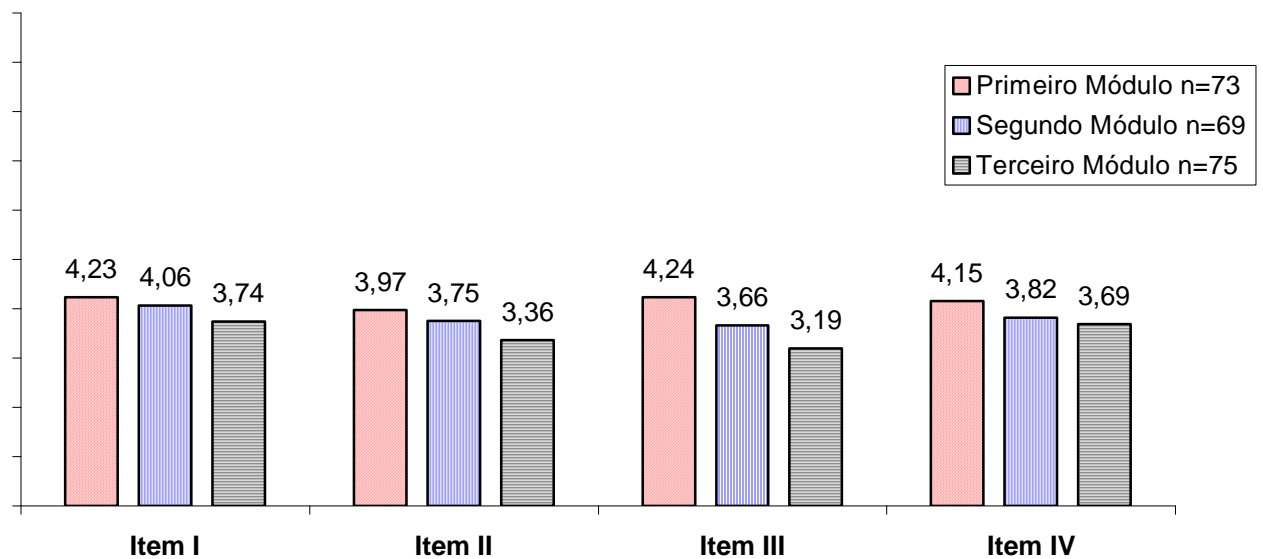


Figura 5 – Escores obtidos nos quatros itens avaliados sobre Aprendizado; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.



**Item I** – Você aprendeu um conteúdo que considera de valor profissional (fig.1).

**Item II** – Seu interesse pelo tema estudado cresceu em consequência deste curso (fig.2).

**Item III** – Você achou o conteúdo do curso estimulante (fig.3).

**Item IV** – Você aprendeu e compreendeu o conteúdo ministrado no curso (fig.4).

As figuras 6, 7, 8, 9, 10 and 11 referem-se ao estudo sobre entusiasmo do professor nos três módulos do curso. É possível identificar uma tendência geral de uma avaliação entre moderado e bom, mas o primeiro módulo em todos os itens concentra sua avaliação em bom. Observa-se que no item “O professor se mostrou atento e acessível aos alunos individualmente” a maior parte das pontuações concentram-se entre o bom e o muito bom (Figuras 9 e 11).

Figura 6- Avaliação do estudante sobre o entusiasmo do professor ao participar do curso; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

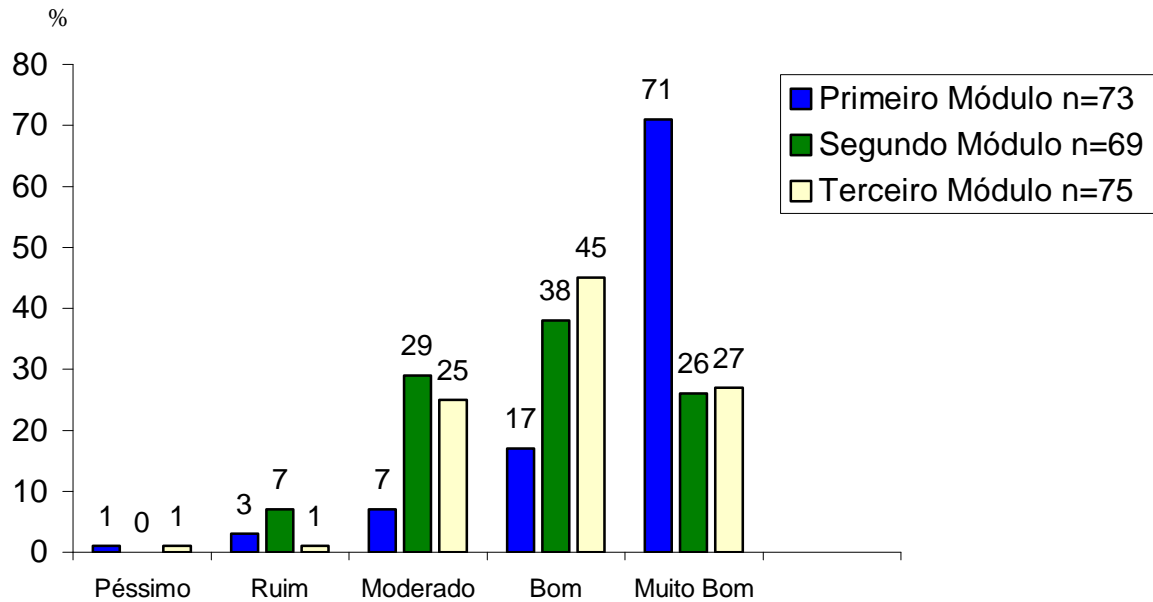


Figura 7 – Avaliação do estudante sobre o domínio do professor sobre o conteúdo/método utilizado; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

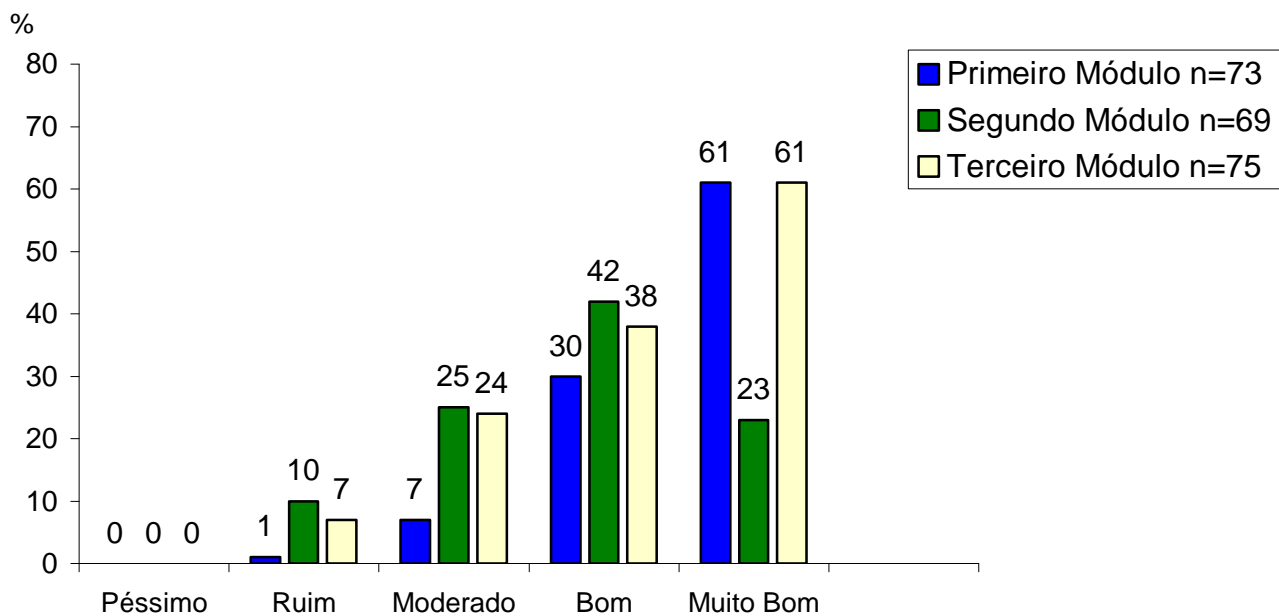


Figura 8 – Avaliação do estudante sobre a condução do professor sobre os trabalhos de forma dinâmica e energética; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

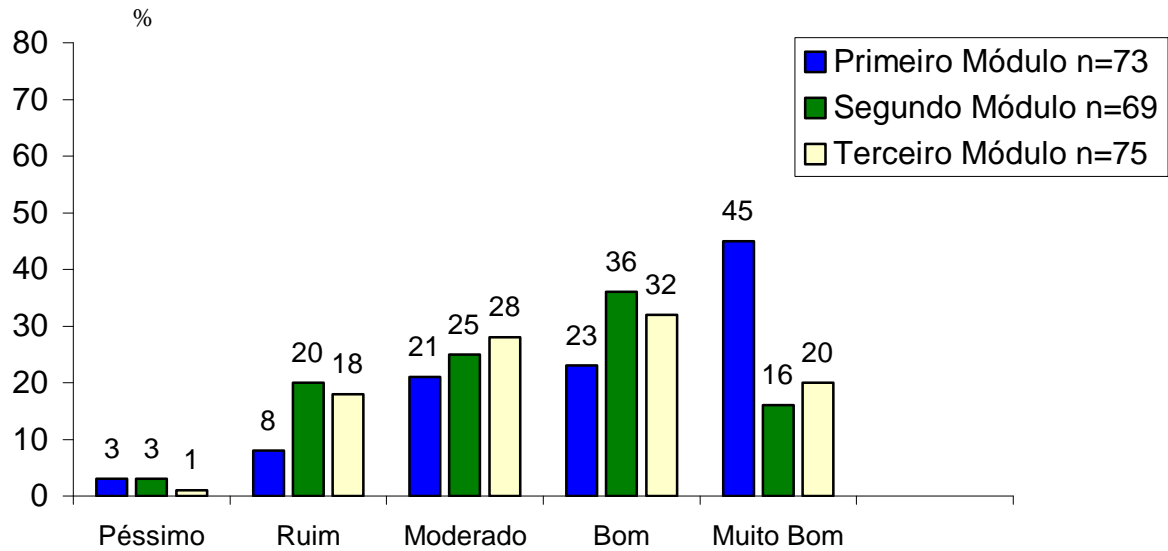


Figura 9- Avaliação do estudante sobre a atenção e acessibilidade do professor aos alunos individualmente; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

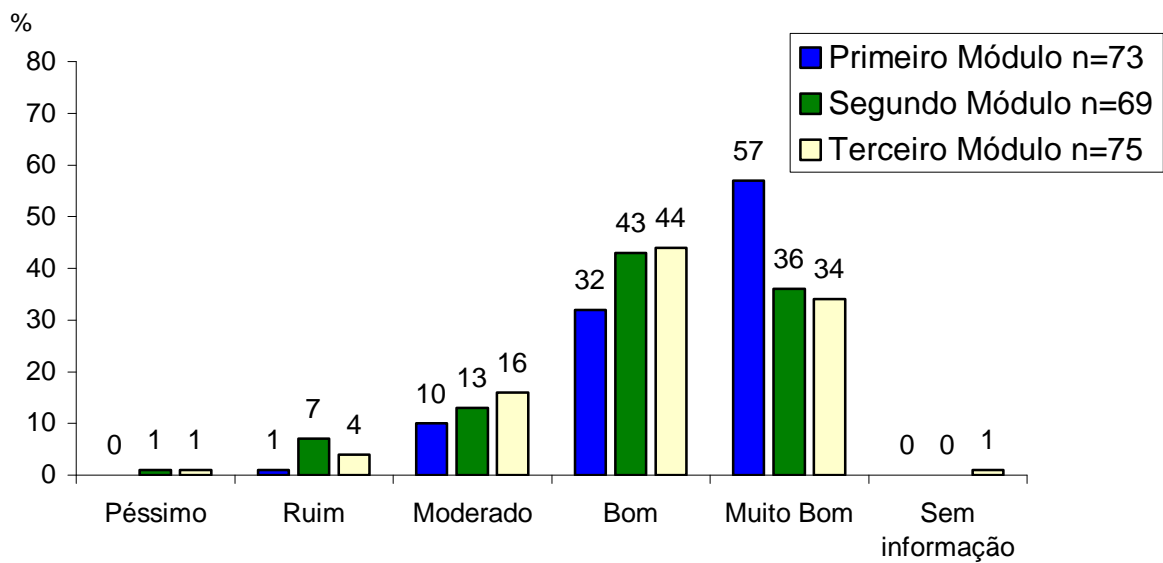


Figura 10- Avaliação do estudante sobre o estilo do professor para prender atenção durante as aulas; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

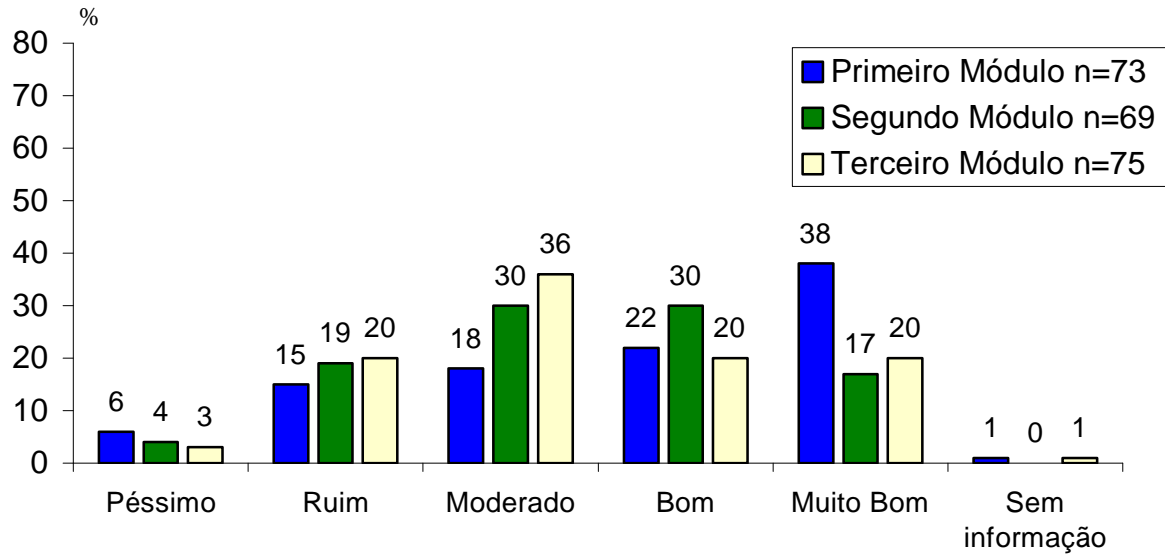
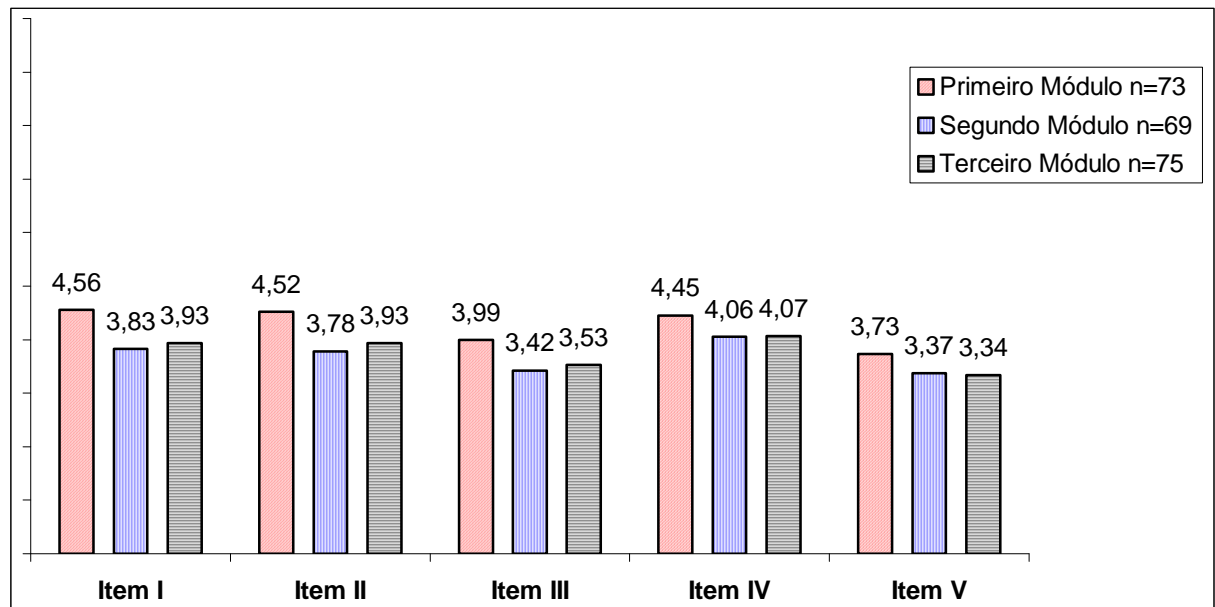


Figura 11-Escores obtidos nos cinco itens sobre entusiasmo do professor; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.



**Item I** – O professor demonstrou entusiasmo durante o curso

**Item II** – O professor demonstrou domínio sobre o conteúdo/método utilizado

**Item III** – O professor conduziu os trabalhos do grupo de forma dinâmica e energética

**Item IV** – O professor se mostrou atento e acessível aos alunos individualmente

**Item V** – O estilo do professor lhe ajudou a prender a atenção durante as aulas

As figuras 12, 13, 14, 15, 16 e 17 referem-se ao estudo sobre organização do curso nos três módulos do curso. É possível identificar uma tendência geral de avaliação de regular para bom. O trabalho nos Centros de Saúde na avaliação dos alunos foi valorizado em todos os módulos (figura 15). No último módulo, excluído o item relativo ao trabalho em Centro de Saúde, nos demais itens há uma tendência no sentido de uma avaliação em torno do moderado. Novamente, como em outros aspectos, o primeiro módulo foi o que recebeu a melhor avaliação.

Figura 12- Avaliação do estudante sobre os objetivos de cada módulo estar em concordância com o encaminhamento real do curso, de forma que pudessem compreender o encaminhamento/andamento do curso; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

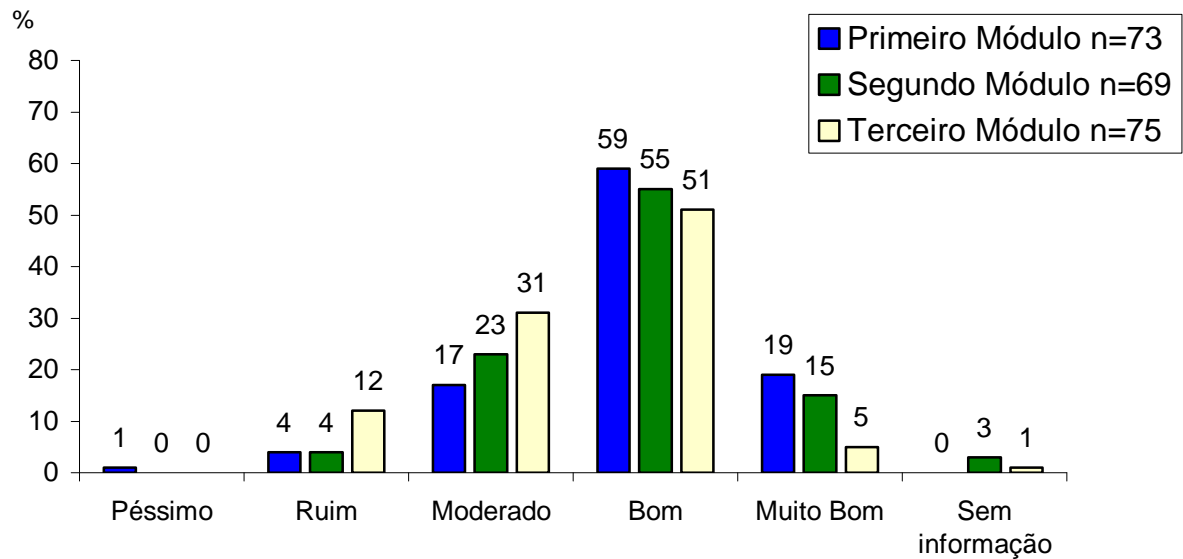


Figura 13- Avaliação do estudante sobre a explicação dos professores ser clara e objetiva; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

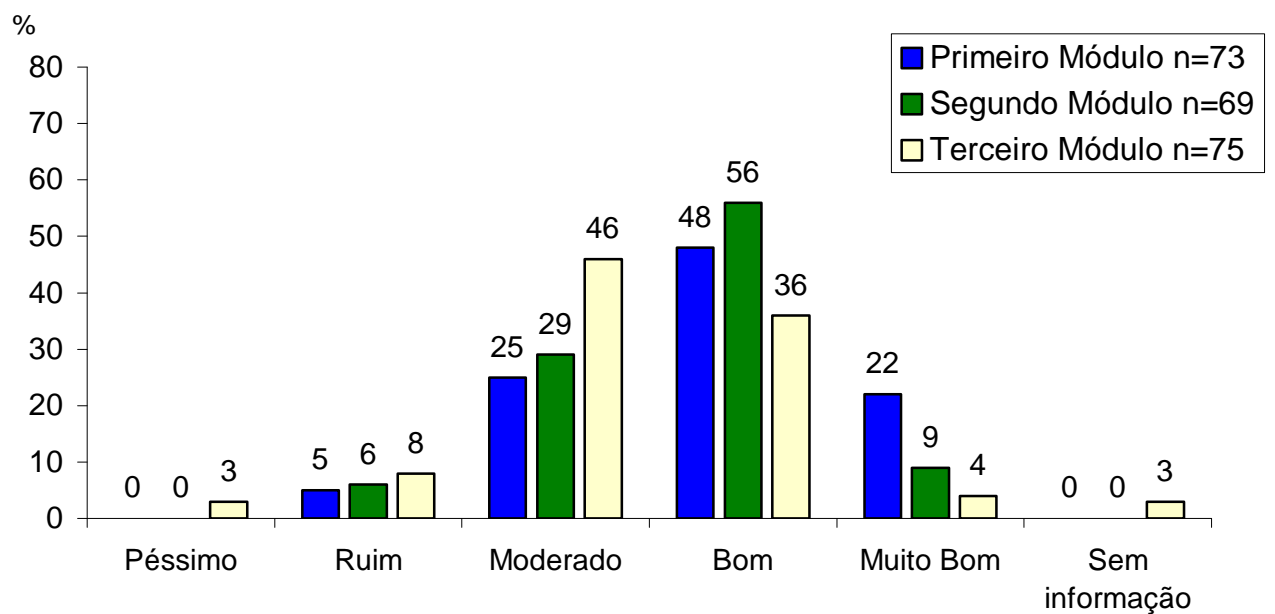


Figura 14- Avaliação do estudante sobre as palestras facilitarem a compreensão dos conteúdos e as anotações; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

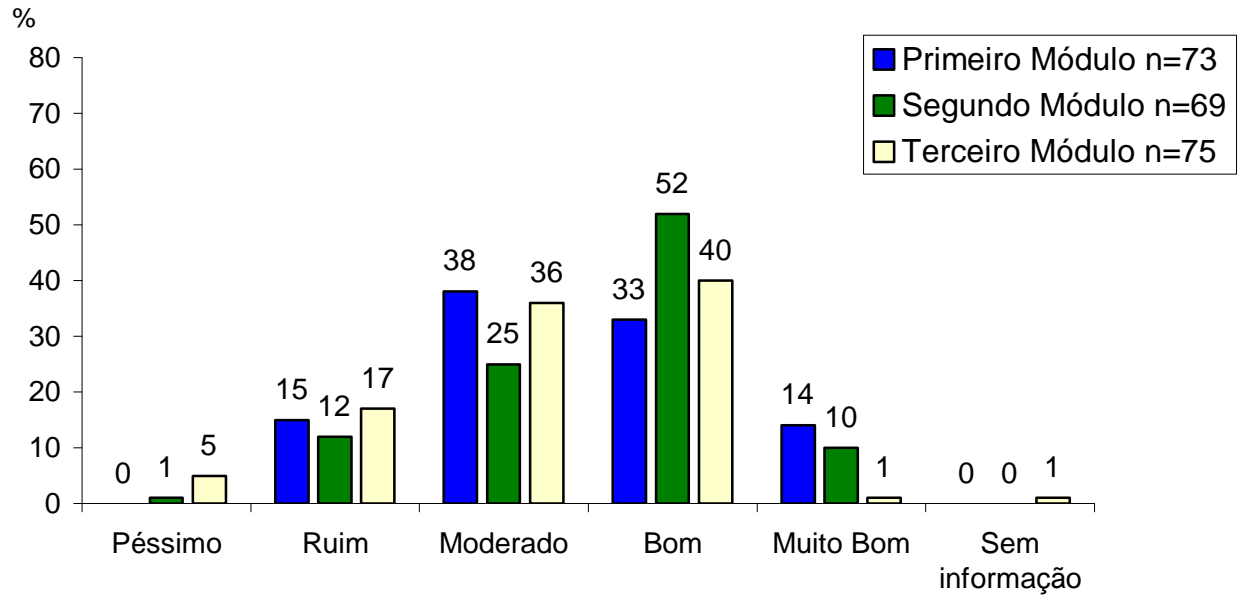


Figura 15- Avaliação do estudante sobre os trabalhos nos Centros de Saúde e/ou na visita ao paciente estarem concordantes com a proposta do curso; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

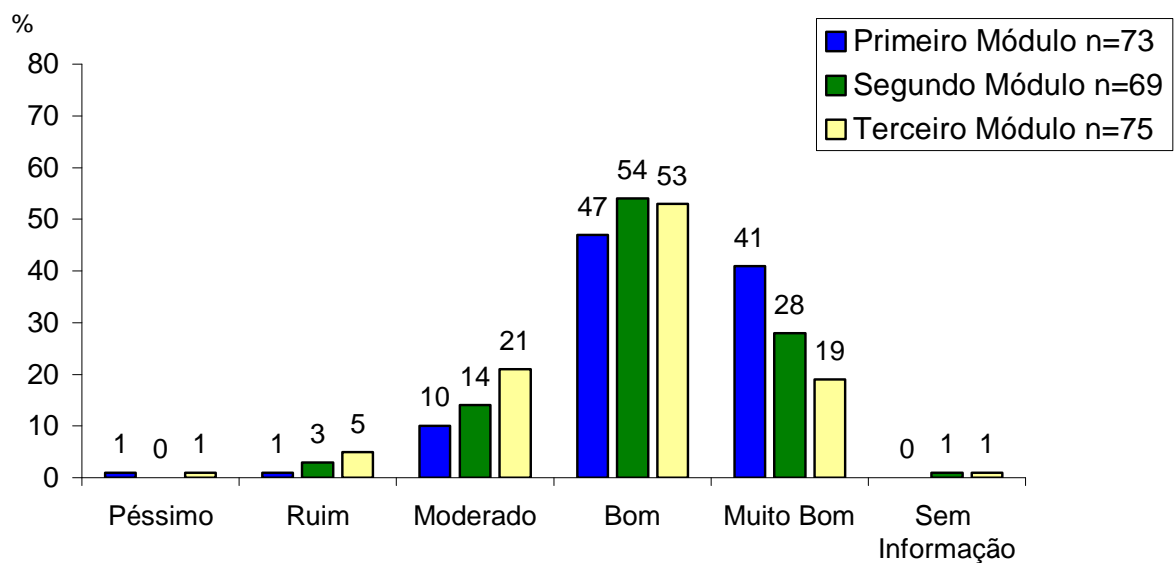


Figura 16- Avaliação do estudante sobre os materiais utilizados terem sido preparados e bem usados; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

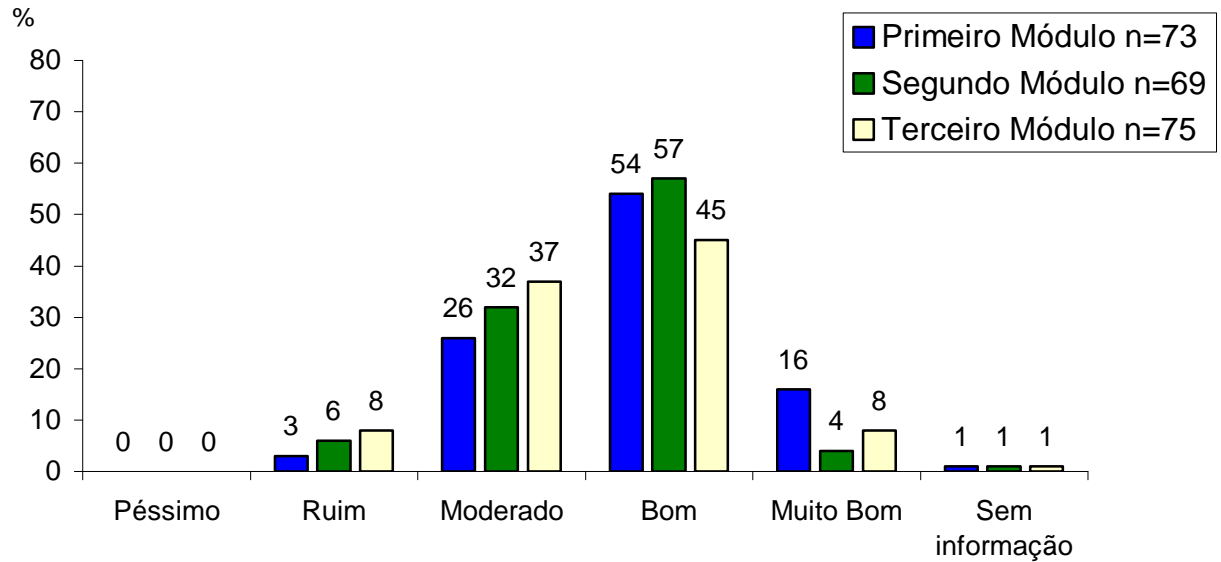
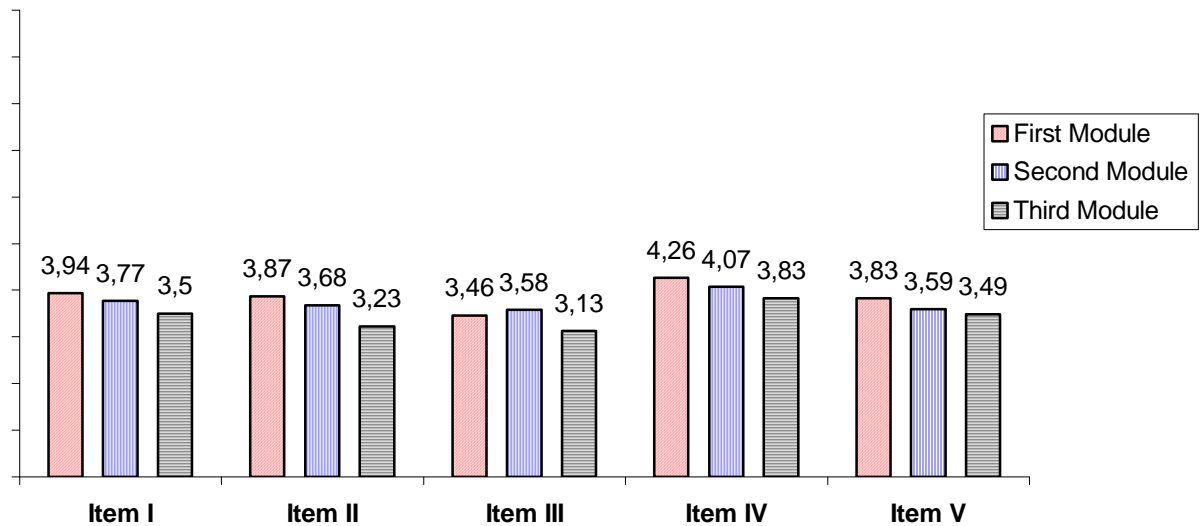


Figura 17- Escores obtidos nos cinco itens sobre Organização do curso; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.



**Item I** – Os objetivos do modulo foram concordantes com o encaminhamento real do curso, de forma que o aluno pode compreender o encaminhamento/andamento do curso

**Item II** – A explanação do professor foi clara e objetiva

**Item III** – As palestras facilitaram a compreensão dos conteúdos e anotações

**Item IV** – Os trabalhos nos Centros de Saúde e/ou na visita ao paciente foram concordantes com a proposta do curso

**Item V** – Os materiais utilizados foram bem preparados e usados.

As figuras 18, 19, 20, 21 e 22 referem-se ao estudo sobre interação do grupo nos três módulos do curso. É possível identificar uma tendência no primeiro módulo à avaliação em torno do bom. Para o segundo e terceiro módulo a avaliação está entre moderado e bom. O terceiro módulo tem uma tendência a maior proximidade com o moderado. Se comparados os quatro itens avaliados pode-se perceber que o item mais próximo ao moderado refere-se à possibilidade de encorajar o estudante a questionar o professor (figuras 21 e 22).

Figura 18 – Avaliação do estudante sobre ter sido estimulado a participar nas discussões em grupo; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

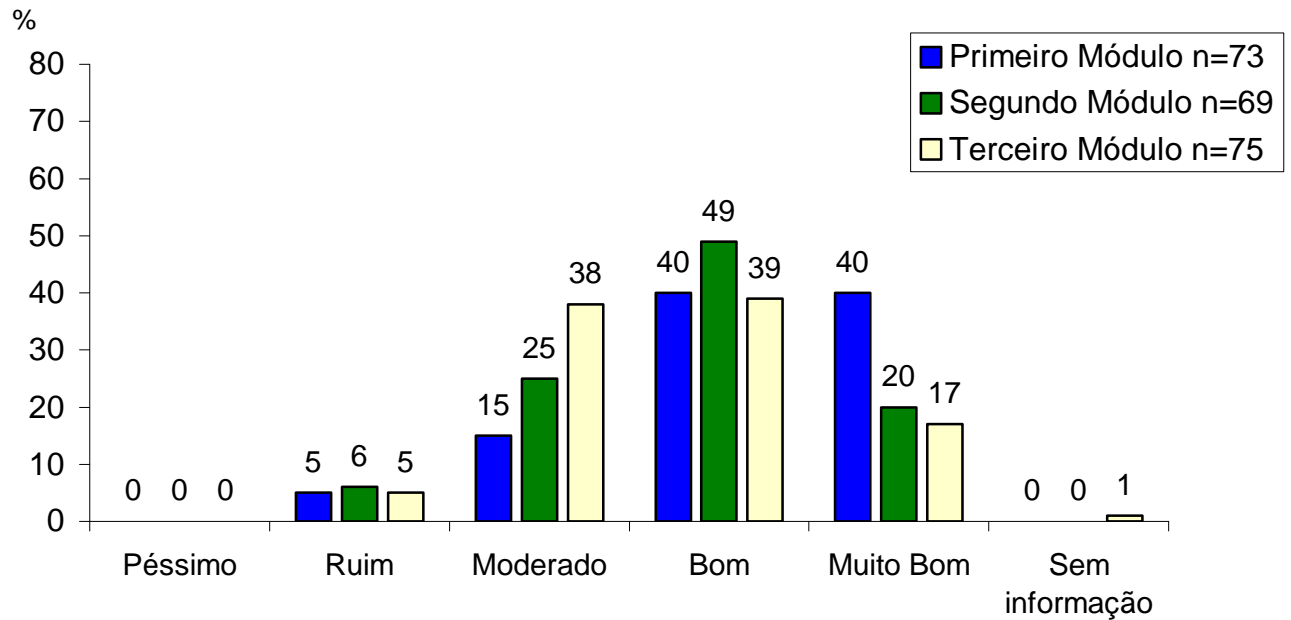


Figura 19 – Avaliação do estudante sobre ter sido entusiasmado para expor suas idéias e conhecimentos; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

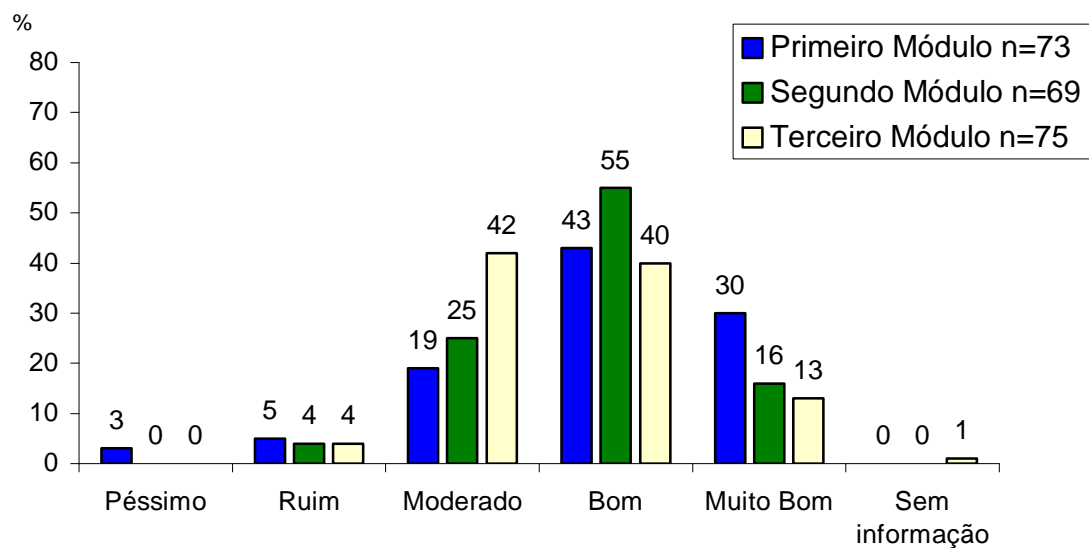


Figura 20- Avaliação do estudante sobre ter sido encorajado a fazer e responder perguntas; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

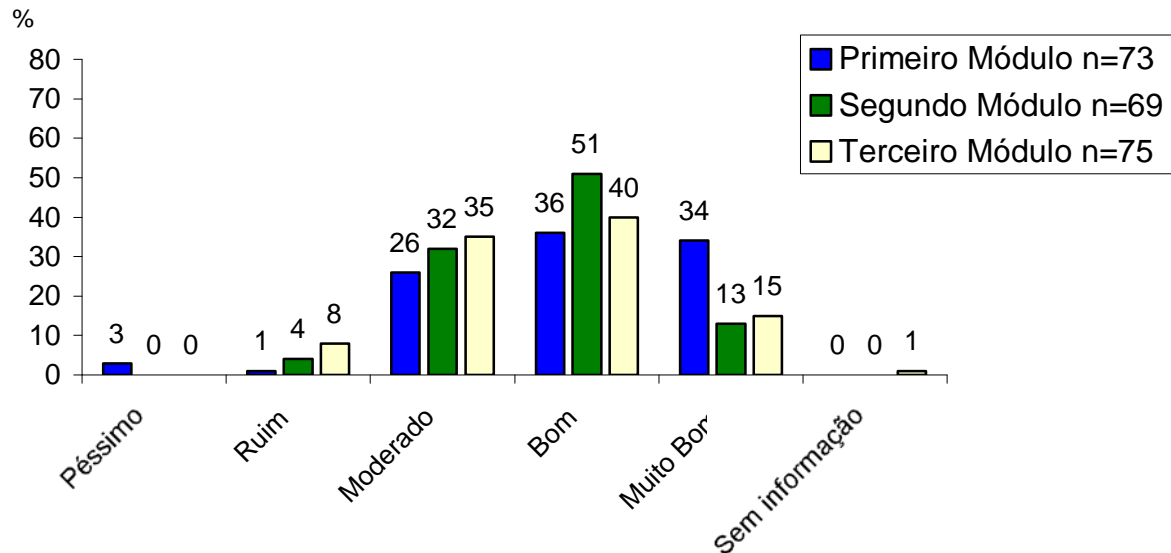


Figura 21- Avaliação do estudante sobre ter sido encorajado a questionar o professor; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

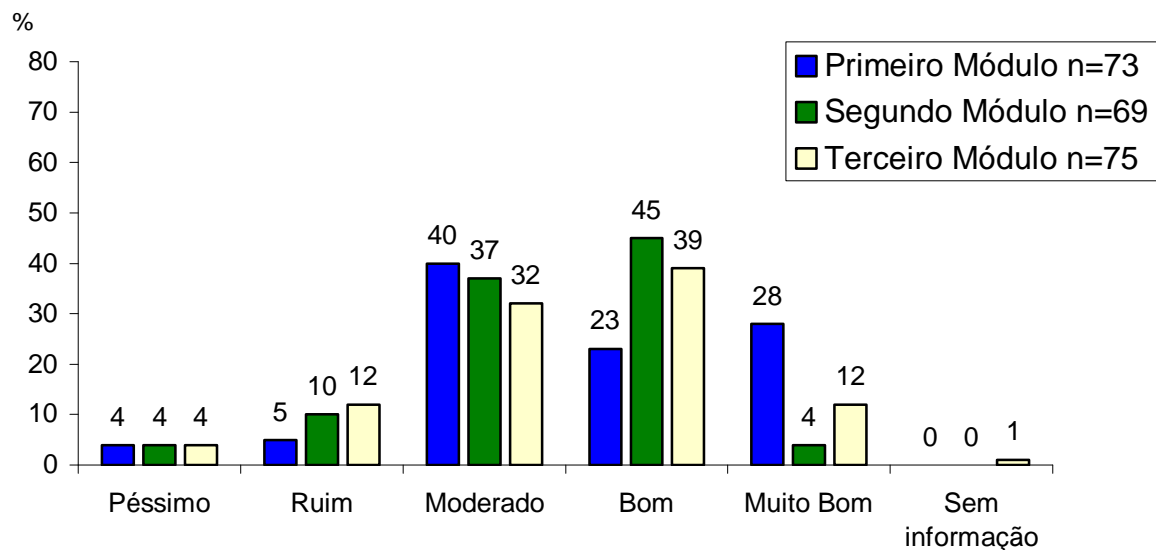
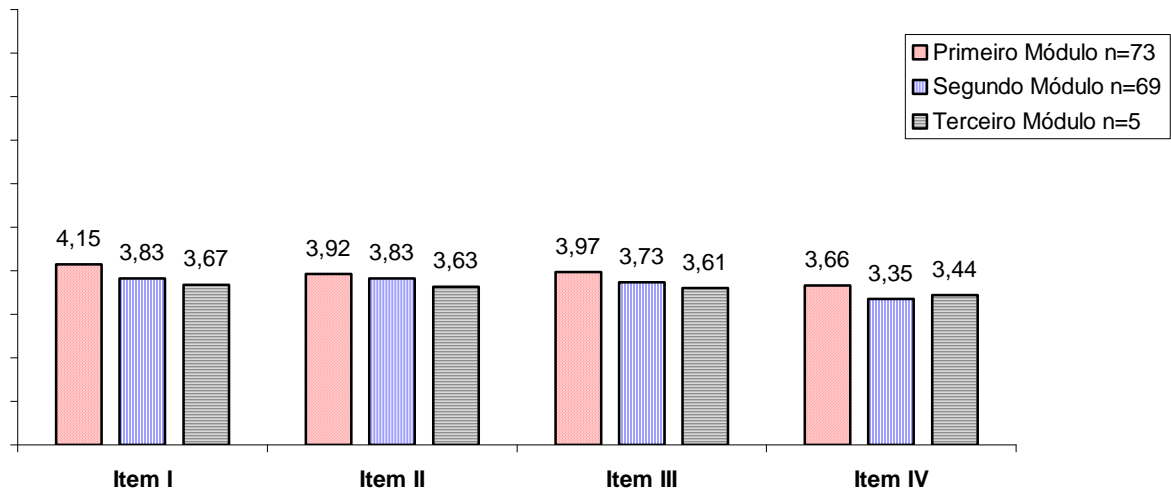


Figura 22 – Escores obtidos nos quatro itens sobre interação do grupo; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.



**Item I** – Os estudantes foram estimulados a participar nas discussões em grupo.

**Item II** – Os estudantes foram entusiasmados para expor suas idéias e conhecimentos.

**Item III** – Os estudantes foram encorajados a fazer e responder perguntas.

**Item IV** – Os estudantes foram encorajados a questionar o professor.

As figuras 23, 24 e 25 referem-se ao estudo sobre conteúdo nos três módulos do curso. O primeiro módulo foi o melhor avaliado em relação aos dois itens estudados. Para os três módulos a avaliação dos estudantes concentrou-se entre moderado e bom.

Figura 23 –Avaliação do estudante sobre o professor ter apresentado uma discussão com conteúdo, conhecimentos sobre o tema; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

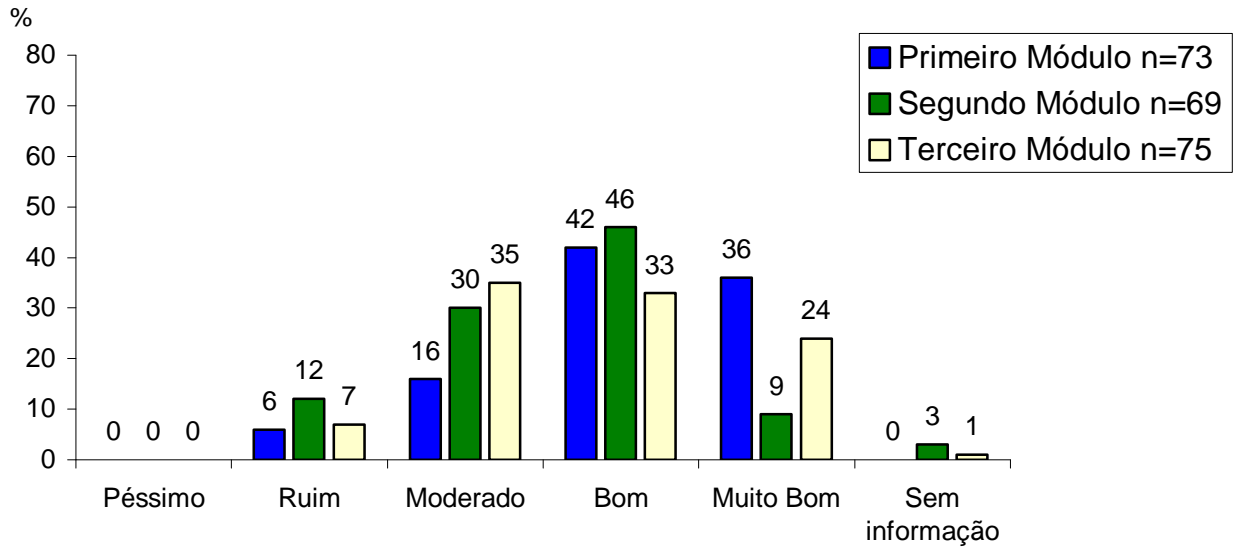


Figura 24- Avaliação do estudante sobre o professor ter apresentado diferentes pontos de vista sobre os temas discutidos; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

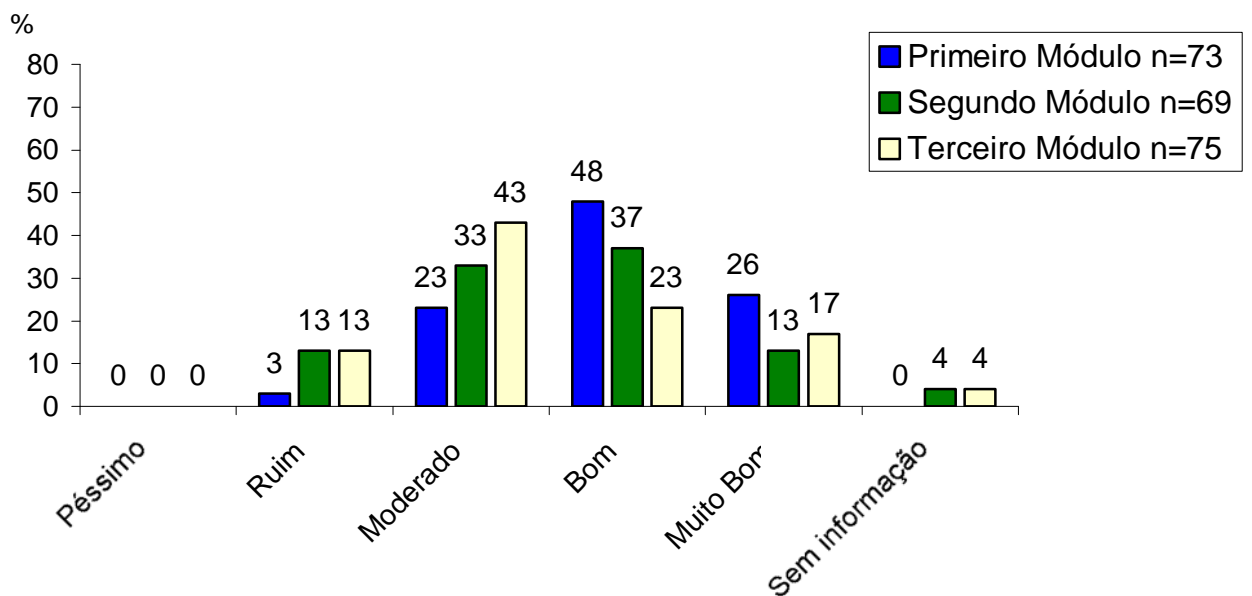
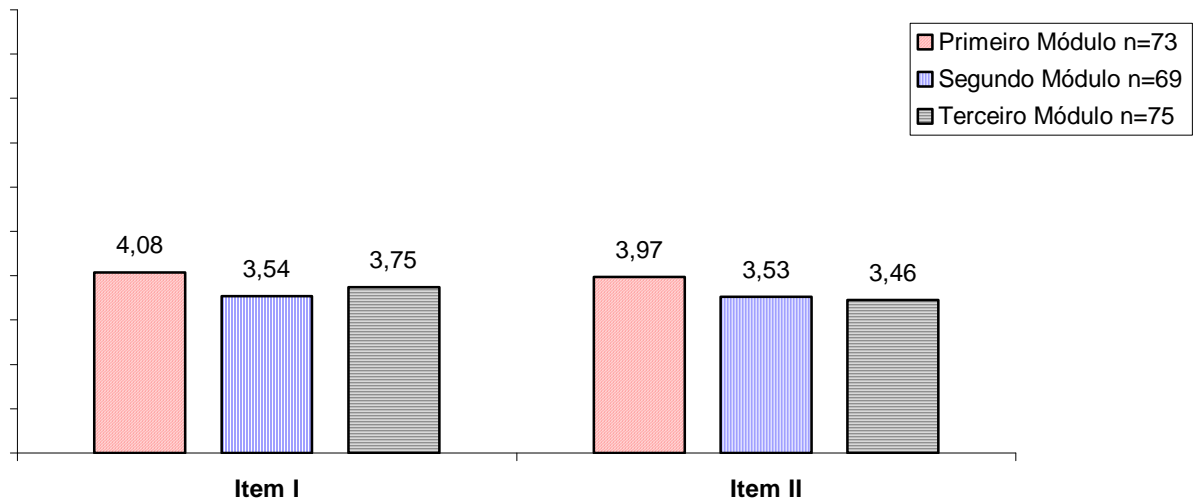


Figura 25 – Escores obtidos sobre o conteúdo; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.



Item I – O professor apresentou uma discussão com conteúdo, conhecimentos sobre os temas

Item II - O professor apresentou diferentes pontos de vista sobre os temas discutidos.

As figuras 26, 27, 28, 29 e 30 referem-se ao estudo sobre os aspectos gerais dos três módulos do curso. É possível observar-se uma tendência geral nos três módulos estudados de uma avaliação entre moderado e bom, sendo o Primeiro Módulo, o melhor avaliado. Com relação ao item “Compare seu interesse neste curso com o mesmo nos demais cursos”, é possível notar que, enquanto no primeiro módulo as avaliações entre moderado e bom somam 56% das respostas, no segundo módulo o valor decresce para 49% e no terceiro este valor passa para 35%.

Se comparadas à série de figuras com as figuras dos escores (figuras 5, 11, 17, 22 e 30), é possível perceber sempre o primeiro módulo com uma avaliação mais favorável que os outros demais e os itens com médias mais baixas são os que se referem aos aspectos gerais do curso.

Figura 26- Avaliação do estudante sobre a comparação deste curso com os demais realizados na Faculdade de Medicina de Botucatu; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

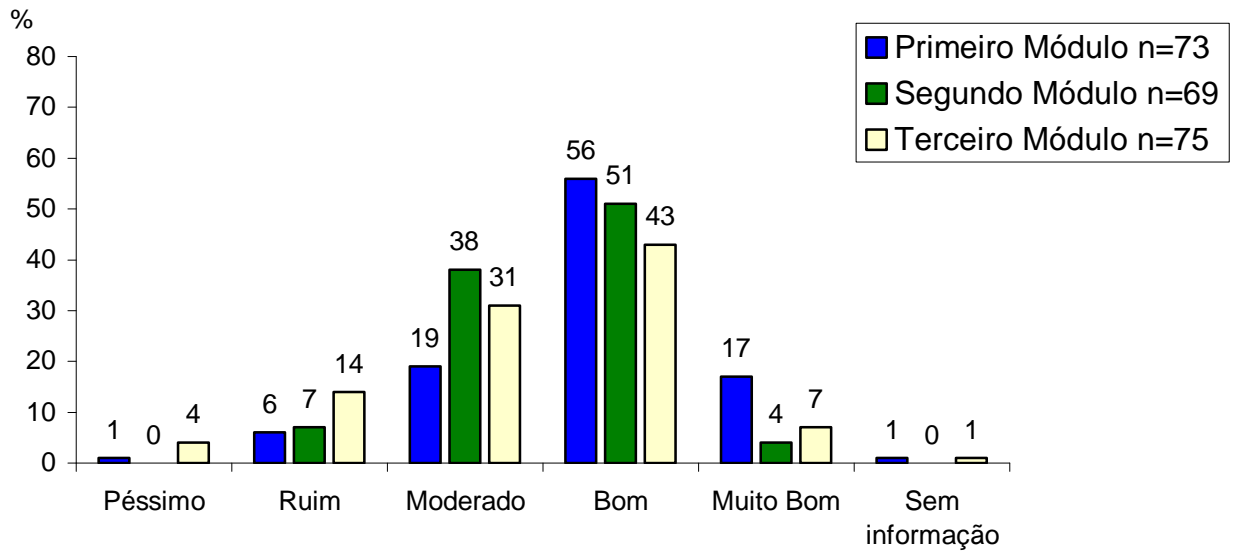


Figura 27- Avaliação do estudante sobre a comparação do desempenho dos professores deste curso com os demais professores de outras disciplinas realizadas nas Faculdade de Medicina de Botucatu; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

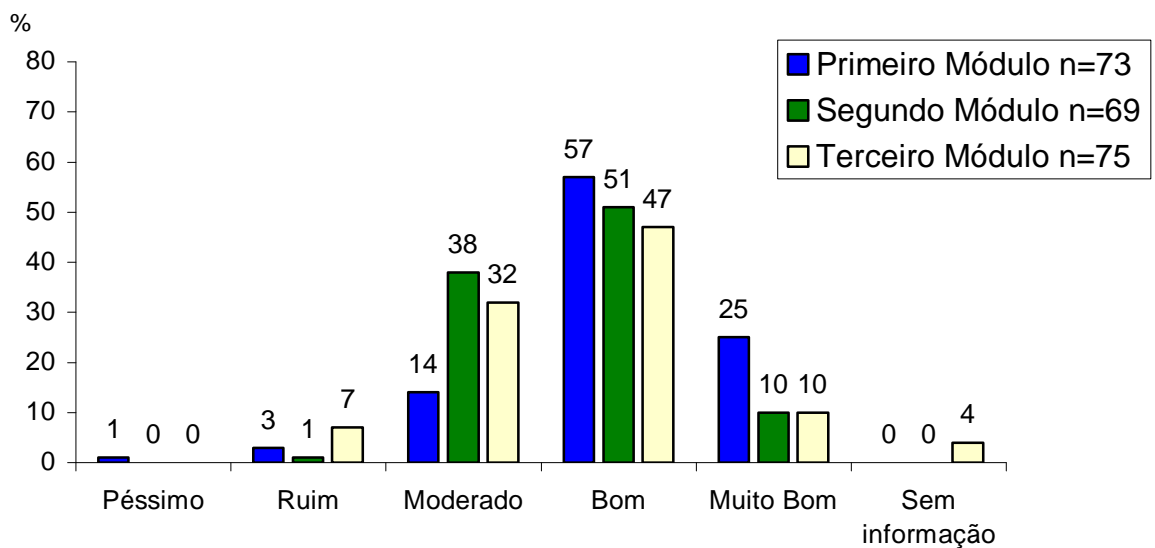


Figura 28- - Avaliação do estudante sobre a comparação de sua postura neste curso e nos demais cursos; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

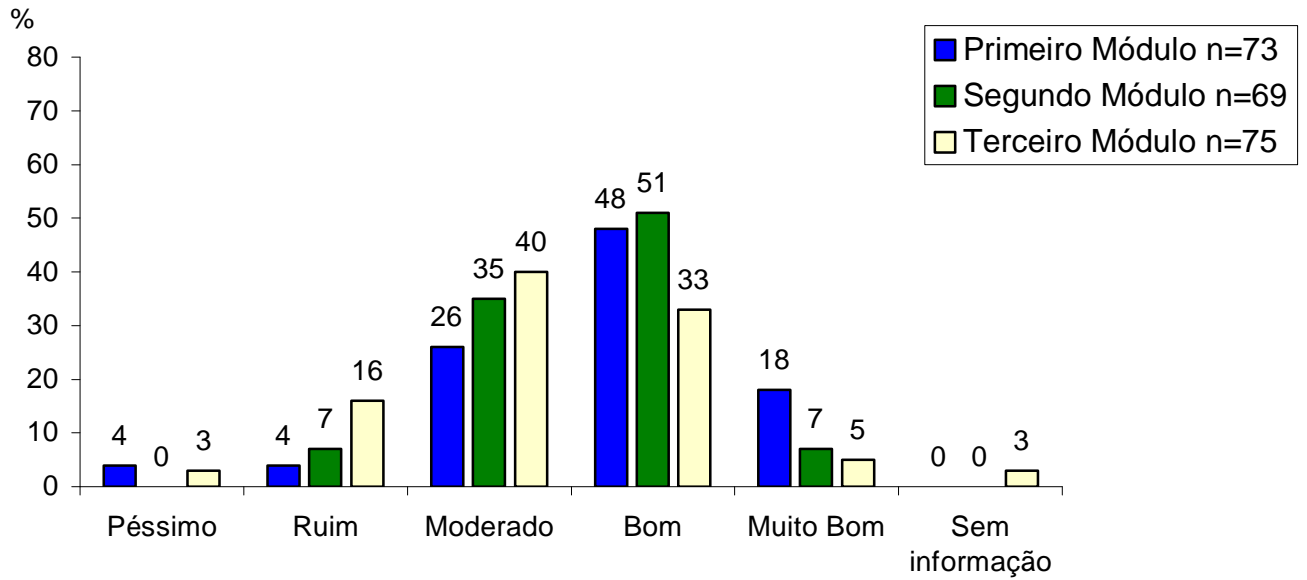


Figura 29- Avaliação do estudante sobre a comparação de seu interesse neste curso com o mesmo nos demais cursos; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

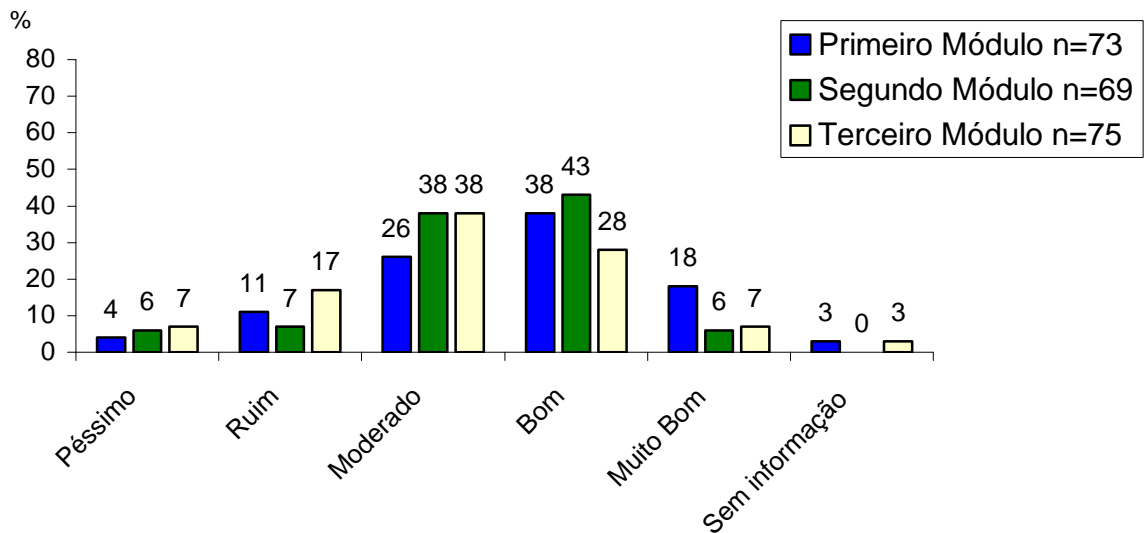
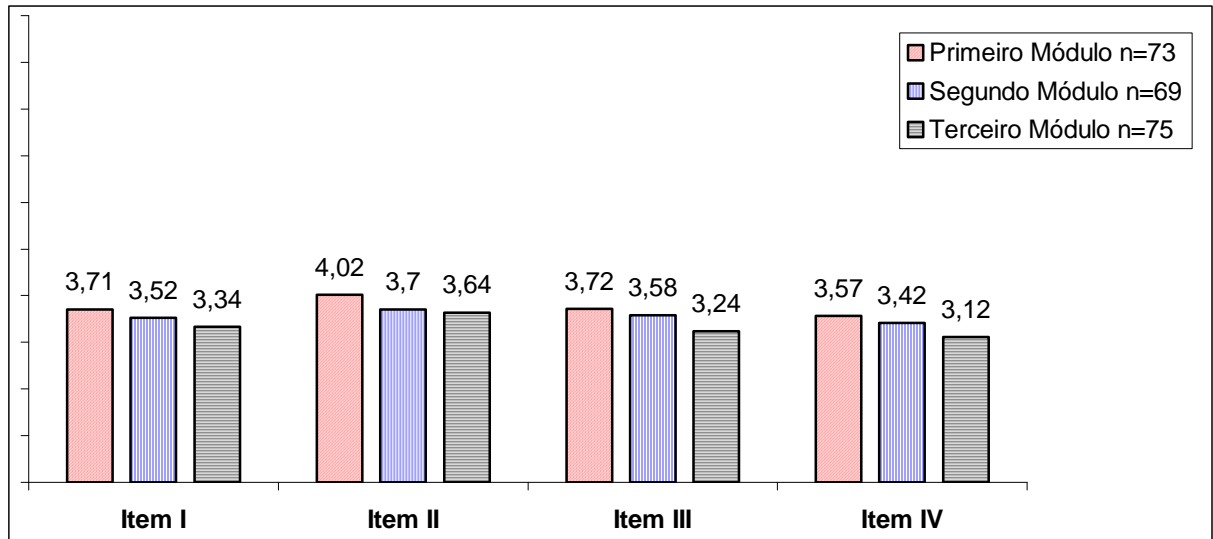


Figura 30- Escores obtidos nos quatro itens sobre aspectos gerais; Primeiro, Segundo e Terceiro Módulos, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.



**Item I** – Compare este curso com os demais realizados na Faculdade de Medicina de Botucatu

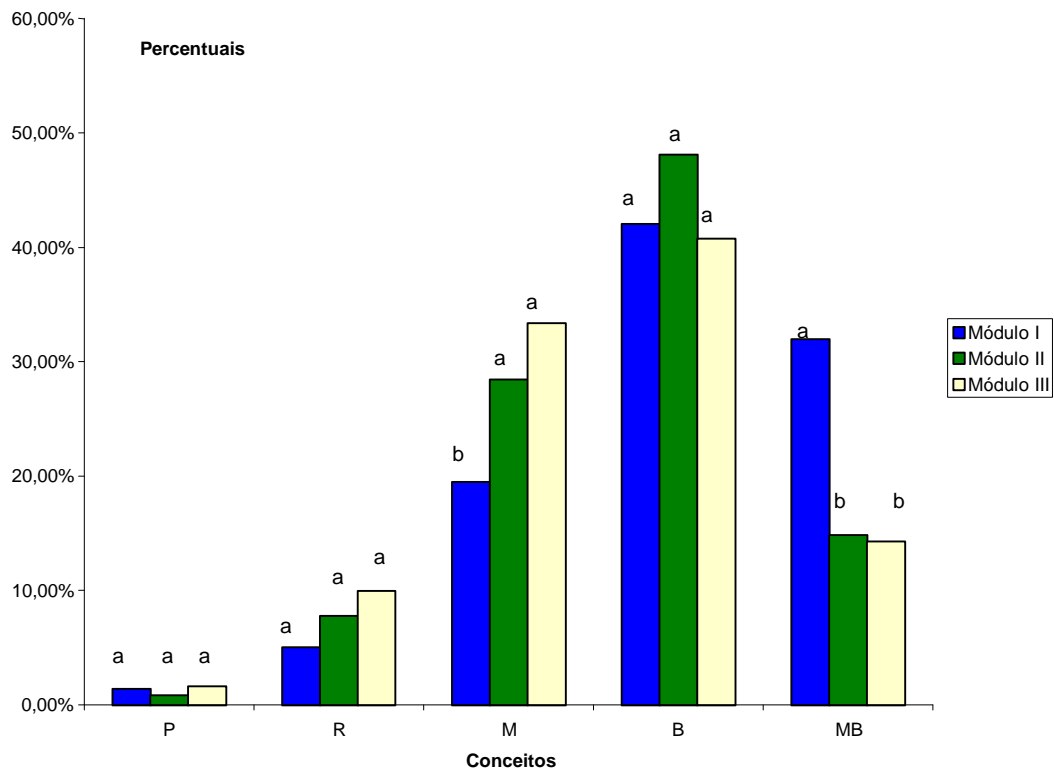
**Item II** - Compare o desempenho dos professores deste curso com os demais professores das outras disciplinas realizadas na Faculdade de Medicina de Botucatu

**Item III** – Compare sua postura neste curso com a mesma nos demais cursos

**Item IV** – Compare seu interesse neste curso com o mesmo nos demais cursos.

A figura 31 refere-se a somatória de todas as respostas de todos os itens dos seis aspectos avaliados em cada módulo do curso nos cinco conceitos (péssimo a muito bom). As somatórias foram transformadas em percentagens e realizou-se a comparação da avaliação entre os três módulos do curso.

Figura 31 – Percentagens obtidas da somatória das respostas de todos os itens dos seis aspectos avaliados nos cinco conceitos, Primeiro, Segundo e Terceiro Módulo, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.



(1) Módulos seguidos de mesma letra não diferem estatisticamente, considerando-se cada categoria dos conceitos.

Percebe-se que o módulo I foi o melhor avaliado, pois teve maior percentual de conceitos muito bom, um alto percentual de bom, que não diferiu dos demais módulos e um menor percentual de conceitos médios.

### 4.1.3.2 *Análise dos dados qualitativos*

#### 4.1.3.2.1 *A avaliação do estudante*

##### Questionário aberto

Ao final do Curso de Saúde Coletiva um questionário com questões abertas foi distribuído para todos os estudantes da classe. Dos 81 estudantes, 75 (93%) responderam mesmo. Aos estudantes foi solicitado que escrevessem seus comentários sobre os aspectos relevantes do curso e as sugestões para melhoria e/ou implementação do mesmo. Além disso, deveriam escrever uma carta a um futuro estudante, que realizaria o curso no ano seguinte, comentando os principais aspectos do curso (ANEXO II).

#### **Aspectos relevantes do Curso**

Agrupando as respostas abertas por semelhança, foi possível observar dois grupos de respostas. Um relacionado ao conteúdo do curso, e um segundo grupo relativo às metodologias utilizadas (Quadros 6 e 7).

QUADRO 6- Conteúdos Relevantes Expressos na Avaliação dos Estudantes, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

CONTEÚDOS EXPRESSOS	Nº DE RESPOSTAS
Acompanhar um paciente diabético em Centro de Saúde, com a oportunidade de estudo sobre diabetes e nutrição	43
Visitar e entender o trabalho em Centros de Saúde e na rede básica de saúde de Botucatu	41
Estudo da adequação de dietas a partir do estudo da própria dieta dos alunos	34
Estudar, compreender e aprender o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil	31
Aprender Planejamento em Saúde	25
Aprender Avaliação em Saúde e Programas de Avaliação	18
Discussão sobre os modelos assistenciais de cuidados á saúde no Brasil	5

QUADRO 7- Processos e metodologias relevantes expressos abertamente na avaliação dos estudantes, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

PROCESSOS E METODOLOGIAS EXPRESSOS	Nº DE RESPOSTAS
Trabalhar em pequenos grupos	26
Visitar um paciente diabético na residência	25
Compreender conceitos teóricos em epidemiologia com a realização de exercícios práticos	13
Visitar diferentes instituições e organizações de serviços de saúde da região de Botucatu	13
Ter contato com diferentes profissionais de diferentes profissões e serviços de saúde	5

### Pontos críticos do curso

Em relação às sugestões para aprimorar o curso, novamente dois tipos de respostas foram observadas: relativas ao conteúdo e também à metodologia.

As respostas foram agrupadas por similaridade (Quadro 8)

QUADRO 8- Sugestões dos estudantes para aprimoramento do Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

PONTOS CRÍTICOS	Nº DE RESPOSTAS
Formar os grupos de alunos por afinidade	17
Melhorar a infra-estrutura do curso (material bibliográfico, transporte, horários de aula, computadores, Internet, horários de estudo)	14
Melhorar o preparo de professores para as diferentes atividades	8
Dar mais tempo para estudo e para elaboração dos trabalhos	8
Melhorar ou diminuir aulas teóricas	6
Uniformizar a avaliação do professor	5
Aumentar número de textos, conteúdo e melhorar o preparo de professores no conteúdo das Ciências Sociais	4
Contextualizar o conteúdo de epidemiologia e dar mais exercícios	4
Estudar outras doenças que tem na nutrição um importante fator contributivo	3
Levar em conta que os alunos cursam outras disciplinas	2

Em relação à carta ao colega, dos 81 alunos, 43 (53%) atenderam à solicitação. Agrupando por similaridade, os aspectos mais destacados das cartas foram:

- Possibilidade de analisar aspectos sócio-políticos ou da realidade, dos serviços de saúde e o papel do médico;
- O próprio curso como um todo e seu conteúdo;
- Oportunidade de estudar de uma forma prática os problemas dos Centros de Saúde e suas soluções e encaminhamentos;
- Dificuldades dos estudantes de medicina para estudar Saúde Pública e seus aspectos específicos;
- A importância da avaliação diária e daí de frequentar as aulas todos os dias;
- A dificuldade de trabalhar em grupo;
- O esforço dos professores em melhorar o curso durante seu desenvolvimento; e buscar trazer o conteúdo de forma interessante;
- A necessidade de realizar o curso sem preconceitos;
- A oportunidade e a dificuldade de conciliar a necessária dedicação a este curso tendo de fazer com seriedade ao mesmo tempo uma série de outras disciplinas do terceiro ano.

A seguir algumas cartas, escolhidas pela riqueza e significado de seus conteúdos, mais do que pela frequência ou repetição das questões nelas abordadas.

#### CARTA Nº 01

*Neste curso, caro colega, você acaba tendo um contato tão próximo com seus professores orientadores que fica até chato não participar das discussões. Os professores são bem interessados, mas às vezes exigem coisas que estão fora de sua disponibilidade, já que também temos milhares de outras matérias e atividades para*

*conciliar. De qualquer maneira, boa sorte na sua longa trajetória ao lado do Departamento de Saúde Pública.*

#### CARTA Nº 02

*Caro aluno do 3º ano – XXXVI turma: Gostaria de parabenizá-lo por alcançarem o 3º ano. Agora vocês vão começar mais um bloco de Saúde Coletiva, porém bem diferente dos demais anteriores... bem mais motivante com trabalhos fora da FMB, ligados à Unidades de Saúde, Pronto Socorro, Secretaria Municipal de Saúde. Seu juízo crítico será valorizado e você não será apenas um aluno passivo e sim alguém que opinará e colocará seu ponto de vista em relação àquilo que vê. Boa Sorte. Espero que gostem.*

#### CARTA Nº 03

*Para você que inicia o curso gostaria de fazer um pedido. Entre nesse curso sem preconceitos e com boa vontade porque, talvez agora não conseguimos entender ou dar a devida importância ao curso, mas ele é fundamental para nossa formação. Além desse aspecto, o dia-a-dia do curso vai se mostrar de imenso interesse, e as atividades serão prazerosas e gratificantes, algumas aulas teóricas são um pouco cansativas, mas não é nada insuportável! Bom Curso!*

#### CARTA Nº 04

*Você terá uma das poucas oportunidades de saber um pouco sobre planejamento hospitalar. Não subestime esta disciplina, pois afinal de contas, a gente nunca sabe se um dia irá administrar um.*

*Em linguagem simples isto quer dizer: "Saúde Pública III é igual à camisinha, a gente nunca sabe quando vai usar. Por isso ande sempre prevenido, use sempre Saúde Pública III! Hops! Perdão, use sempre camisinha!*

*E nunca se esqueça: "Navegar é preciso, ... avaliar também é preciso!"*

#### CARTA Nº 05

*Terceiranista,*

*Apesar de sua experiência "traumatizante" em Saúde Coletiva até hoje, saiba que agora você vai conseguir entender o que realmente é a tal Saúde Coletiva. Neste ano você terá contato prático com a rede básica de saúde da região, executará um planejamento em saúde de verdade, que será ouvido por pessoas que tem poder suficiente para colocá-lo em prática e conhecerá enfermeira estagiárias no Centro de Saúde Escola, dentre outras coisas.*

*Saiba que, por mais distante que isso possa parecer, você sairá desse curso com uma visão realista do que é o Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, e sobretudo, com a proporção verdadeira da importância da manutenção da saúde da população como um todo em detrimento do atendimento restrito individual. Mesmo nas manhãs de Sexta-feira pós-festa, tenham força, pois vale muito a pena.*

#### CARTA Nº 06

*Querida colega,*

*Se você não se relaciona bem com seus colegas cujos números na chamada são próximos ao seu, este curso será um inferno! O curso em si, as visitas às Unidades Básicas de Saúde são muito interessantes, mas todas as segundas e quartas eu já acordava de mau-humor só de pensar na manhã que eu passaria com os meus colegas. E na hora de entregar os trabalhos? Não sei como não tive uma úlcera! Era uma falta de colaboração e colegas que apareciam com a maior “cara de pau” e que não tinham feito nada! Outra coisa: se você não tem carro, agora tem outra preocupação, como ir às Unidades Básicas. Eu que moro no centro tive que ir lá para o Bairro, teve gente que foi até o Parque Marajoara, do outro lado da cidade! Apesar disso, guardarei boas recordações desse curso. Se aprendi Nutrição, Administração, Planejamento até eu não sei, mas com certeza aprendi a controlar o nervosismo, a raiva e a indignação frente à comodidade de alguns colegas.*

*Boa Sorte!*

Analisando-se as respostas abertas e as cartas escritas pode-se ver que algumas questões, destacadas pelos estudantes, foram intencionais na formulação do curso e percebidas por eles como tal: “... você precisa não só das presenças nas aulas como também participar das aulas (e do começo ao fim)” ou na colocação: “a oportunidade e a dificuldade de estar tão próximo dos professores”. O trabalho diário, de construção do grupo com orientação docente, foi uma prioridade na formulação do curso.

Outras questões destacadas como a dificuldade de se trabalhar em grupo, com colegas que não colaboravam, foi apontada por vários estudantes

como um ponto que pode ter comprometido parte do trabalho coletivo. Embora tenha sido priorizado o trabalho em grupo, não foi fácil lidar com as dificuldades próprias deste tipo de atividade, entre elas a diversidade de interesse e mesmo a falta de espírito grupal ou de colaboração de alguns estudantes. Como referido pelos mesmos, embora os professores possam ter buscado resolver com os problemas, este entrave permaneceu ao longo do curso.

Os estudantes valorizaram de diferentes formas tanto o contato com a realidade dos serviços de atenção primária e com o Sistema Único de Saúde como a interação com profissionais de diversas organizações. Embora tenham apontado a dificuldade em compreender a Saúde Pública, seus conteúdos e a razão de estarem aprendendo uma série de assuntos, eles referiram que tudo isso poderia, no futuro, lhes ser útil para vida profissional: “... Saúde Pública III é igual à camisinha, a gente nunca sabe quando vai usar...”

Uma das maiores críticas dos estudantes referiu-se a dificuldade com o próprio conteúdo: “você vai começar o ano 2000 com o pé direito. Vai ser uma delícia acordar cedo para reuniões de grupos intermináveis ou para ler textos que nem quem escreveu entende”. Os alunos de maneiras diversas apontaram dificuldade em compreender o sentido do aprendizado do conteúdo do curso. Com relação às metodologias utilizadas as aulas teóricas são as mais criticadas “aulas teóricas.. 90% dos alunos não prestam atenção” ou numa avaliação geral sobre o curso: “Curso desestimulante! o Departamento não alcançou seus objetivos!” ou “O Departamento deveria entender que assuntos considerados essenciais para os docentes, nem sempre despertam a atenção e interesse dos alunos”.

Outra crítica referia-se à diferença no trabalho de condução dos grupos pelos professores, mostrando que alguns professores aparentavam-se inseguros para discussão de alguns temas e isto foi claro na avaliação dos estudantes. “As discussões sobre a organização dos serviços de saúde

deveriam ser feitas pela professora A” ou “A tutora era super interessada, mas não conseguia orientar o grupo sobre o tema, não era esclarecedora...”. Esta é uma questão essencial e que precisa ser melhor esclarecida. No caso do Curso de Saúde Coletiva, os coordenadores do curso não trabalharam ingenuamente com esta questão. Embora se soubesse antecipadamente o risco que se correria trabalhando com professores orientadores com níveis de conhecimento diferente sobre as diversas temáticas, foi intencional o trabalho apoiar-se muito mais na possibilidade da criatividade e autonomia no desenvolvimento do trabalho pedagógico do que na homogeneização do conteúdo. Assumimos assim “com todos os riscos e conseqüências, que a homogeneidade não existe quando se trata de trabalho com seres humanos.” (Camargo, 1997)

No estudo do caso dos pacientes com Diabetes Melitus, no qual a intervenção se deu no individual e no coletivo e se pode apresentar ao aluno o paciente, seu local de moradia, seu sofrimento e dificuldade para enfrentar uma doença crônica, muitas vezes sem sintomas claros, consultar o prontuário, conhecer a dieta real do paciente, o serviço de saúde que atende o doente, algumas questões foram de difícil apreensão na visão do aluno: “prepare-se para ser bombardeado com conceitos fundamentais para sua formação médica, mas que irão chateá-lo um pouco por ser maçante e meio administrativo demais para pessoas interessadas no campo biológico humano e não no social... . Só que infelizmente estes não podem e nem devem ser separados”.

### **A avaliação do aprendizado no curso de Saúde Coletiva**

Como já discutido anteriormente, a prática da avaliação teria caráter contínuo e processual; utilizar-se-iam instrumentos de avaliação diversificados; priorizaria-se a avaliação da possibilidade de construção de conhecimentos dos estudantes e não a memorização, o professor daria retorno da avaliação dos estudantes em diversos sentidos: retornando ao que ficou

mal ensinado ou aprendido, revendo os erros, explicitando as notas obtidas pelos estudantes.

No caso da avaliação escrita (prova) a mesma também buscaria solicitar dos alunos habilidades de raciocínio e não memorização e a prova seria devolvida aos estudantes numa correção coletiva, lendo-se para a classe as respostas dos estudantes, consideradas pelos professores como aquelas adequadas, de forma que a própria leitura das respostas fosse um exercício de aprendizagem. Ou seja, partiu-se da idéia que ouvindo a resposta correta do colega, o aluno poderia verificar porque a sua resposta foi considerada não adequada ou mesmo incompleta.

A questão da avaliação da aprendizagem se fez presente no curso. Em algumas colocações aparece, como descrito em outros trabalhos, como uma ação bloqueadora no processo de aprendizagem, como algo que incomoda o estudante. Especificamente a avaliação diária é entendida por muitos alunos como um fator de obrigatoriedade na presença e inclusive na participação em sala de aula.

Embora fosse intenção desenvolver um processo de avaliação articulado ao projeto pedagógico e ao processo ensino-aprendizagem, para os estudantes a avaliação foi questionada por se sentirem muito “vigiados”, “observados”.

Com isto o que se pretende colocar é que talvez este processo avaliativo proposto no presente curso incomodou aos estudantes por falta de familiaridade com a proposta.

Todo o processo de avaliação dos alunos foi construído coletivamente pelos professores do curso de Saúde Coletiva e ocorreu ao final do mesmo uma reunião geral dos docentes para encerrar a avaliação final de cada aluno, fornecendo-se a nota final à instituição. No caso da FMB, a nota final deveria ser maior ou igual a sete para se considerar o aluno como aprovado e dos 81

alunos, nove (11%) tiveram que realizar uma nova prova dissertativa para obter aprovação. Um aluno ficou em dependência no referido curso.

#### ***4.1.3.2.2 A auto-avaliação dos professores***

##### **Os professores do curso de Saúde Coletiva**

Participaram do curso 21 docentes em diferentes momentos e em diferentes atividades (Tabela XIX). Cinco professores acompanharam o curso do início ao fim, sendo estes os formuladores do mesmo. Outros dois professores que participaram ativamente da formulação do curso, participaram de grande parte do mesmo. Todos estes sete professores trabalham como docentes do Departamento de Saúde Pública e têm mais de dez anos de experiência docente no curso médico. Duas alunas da Pós-Graduação do Departamento participaram do primeiro módulo do Curso, colaborando também na formulação do curso.

No segundo módulo, Nutrição em Saúde Pública, quatro dos nove professores foram substituídos. Os novos professores iniciaram a capacitação conforme foram se inserindo no curso. Na seqüência, no último módulo de Planejamento em Saúde novamente dois professores foram substituídos. Em momentos pontuais, foi necessária a participação de professores eventuais para o trabalho de temáticas específicas.

Em síntese, cinco professores participaram do curso na sua totalidade sendo os demais substituídos ao longo do curso.

Tabela XIX - Profissão, ocupação e tempo de experiência dos professores que participaram do Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

PROFISSÃO	Nº	Ocupação*							TEMPO DE EXPERIÊNCIA DOCENTE					
		Docente		Resid.	Pós-Grad	Profissional de serviço			Nenhum a	0-1	1-5	5-10	10-15	>15
		PAD	PA			Depto	CSE	Rede Básica						
Médico	12	5	5	1	4			1			2	2	4	4
Sociólogo	4		2		4				2				2	
Biólogo	1				1	1				1				
Enfermeiro	2						2		1	1				
Assist. Social	1				1	1			1					
Nutricionista	1				1				1					
Total	21	5	7	1	11	2	3	1	5	2	2	2	6	4

\* Obs: na ocupação o profissional pode ter dado mais de uma resposta

Legenda:

PAD – Professor Assistente Doutor

PA – Professor Assistente

Resid – Médico Residente

Pós-Grad – Cursando Pós-Graduação (Mestrado e/ou Doutorado)

Depto – Departamento de Saúde Pública

CSE – Centro de Saúde Escola

### A auto-avaliação do Professor

Ao final do Curso de Saúde Coletiva um questionário auto-avaliativo foi enviado aos 16 professores que haviam no mínimo participado de um módulo completo do curso. O questionário continha perguntas abertas e não identificava o nome do professor. (ANEXO III)

Embora tenham participado do curso 21 professores, dois professores que atuaram no início do mesmo e que eram pós-graduandos do Departamento, como já não estavam mais em Botucatu, não foram encontrados para solicitação de preenchimento do referido questionário, três outros professores, como tiveram a participação muito pontual e pequena, também não foram solicitados a responder às questões.

Dos dezesseis professores que receberam o questionário, 12 o responderam, sendo seis docentes do Departamento que participaram ativamente da formulação e desenvolvimento do curso, quatro professores que participaram de parte do curso (no mínimo em um módulo) e após a leitura dos questionários dos demais dois professores constatou-se uma participação eventual e assim foram excluídos da análise.

O texto que segue refere-se às respostas dadas pelos dez professores, separados em dois grupos:

**Grupo 1** – professores formuladores e que participaram de no mínimo dois módulos do curso, composto por seis professores;

**Grupo 2** – demais quatro professores.

As respostas foram agrupadas por semelhança e um mesmo professor pode ter dado mais de uma resposta.

Os motivos de participação no curso estão sintetizados na Tabela XX.

**Tabela XX** – Motivo da participação dos professores no curso, Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

Motivos apresentados	Grupo 1	Grupo 2
Trabalho docente	4	
Coordenadora do curso	1	
Motivação subjacente, conseqüente ao trabalho docente	1	
Casual, entrou para substituir um professor e acabou ficando		1
Foi convidada pela Coordenadora. Como gosta da docência aceitou com satisfação		1
Foi convidada e estava motivada		2
Total	6	4

No Quadro 9 identifica-se a opinião dos professores sobre a capacitação oferecida, notando-se uma diferença entre o tipo de preparo descrito pelos professores que trabalharam desde o início do curso e os demais professores.

No Quadro 10 é apresentada a avaliação individual da performance de cada professor, observando-se entre outros itens, que as maiores dificuldades de desempenho referiram-se ao não conhecimento do conteúdo e/ou da metodologia usada no curso.

**QUADRO 9 – Discussão e críticas sobre o Treinamento/Capacitação oferecido aos professores do curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.**

Treinamento/Capacitação de professores	Grupo 1	Grupo 2
Discussão com professores para preparar cada aula foi o mais importante para o sucesso do curso	4	1
Alguns professores foram substituídos por problemas de falta de horário e isto gerou um problema pois novos professores não estavam bem treinados	1	
Presença de um assessor respeitado foi um fator de aglutinação do grupo e essencial para capacitação	3	
O assessor enfocou mais a PBL que foi utilizado no início do curso, mas no curso todo não trabalhamos com a PBL	1	
Faltou orientação dos professores responsáveis pelo curso		2
Teve treinamento através do curso com professores do Novo México / Holanda		3
Participou de forma fragmentada da capacitação do assessor e não conseguiu avaliar bem	1	
Ausência de alguns professores nas reuniões preparatórias gerou problemas	1	1
Preparar as aulas com mais antecedência e explorar mais o conteúdo das mesmas	1	1
Poderia ter mais material de leitura para os professores		1

**QUADRO 10 – Autoavaliação e comentários sobre o desempenho de cada professor durante o curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.**

Autoavaliação/Comentários sobre performance	Grupo 1	Grupo 2
O curso foi gerando um crescimento de interesse e mobilização, pois foi-se percebendo o aproveitamento dos alunos o que me motivou mais	3	
Tive dificuldade com métodos como o trabalho em ABP e Planejamento estratégico	1	
Dificuldade no conteúdo das disciplinas não familiares	2	1
Falta de experiência docente		1
Não percebeu os alunos interessados em procurar sozinhos mais referências, aprofundar os conteúdos	1	
Os alunos não tinham o tempo adequado para se dedicar às leituras, pesquisas exigidas no curso principalmente no ABPe/ou professores sem tempo	3	
Tinha boa formação na área e isto facilitou a boa performance	1	1
Por iniciativa própria procurou material e criou situações para contornar as dificuldades		2
Acha que teve uma dose de improvisação além do razoável	1	
Teve dificuldades que foram amenizadas pela realização de capacitação que trouxe estratégias mobilizadoras	1	1

O próximo quadro refere-se à avaliação do professor sobre a relação professor-aluno. As maiores dificuldades referem-se a avaliação do aluno no dia-a-dia e a maior facilidade foi a própria relação professor-aluno tão próxima. (Quadro 11)

**QUADRO 11 – Auto-avaliação do professor sobre a performance na relação professor-aluno no Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.**

DIFICULDADES	Grupo 1	Grupo 2
Dificuldade de avaliar dos alunos no dia a dia (avaliação foi subjetiva)	6	
Dificuldade de trabalhar com alguns (raros) alunos muito desmobilizados para realização do curso	2	
A maior dificuldade foi estimular os alunos a buscarem o conhecimento. Muitas vezes já estava dando a proposta.	1	2
Os alunos percebem quando o professor não tem experiência docente.		1
Relação prejudicada pela falta de disponibilidade de professor em se dedicar integralmente ao trabalho do curso	1	
Trabalho pode ser melhor ou pior dependendo do grupo de alunos	1	1
FACILIDADES		
Levou a sério as avaliações diárias e sentiu-se em condições de falar sobre e pelos alunos	1	1
A maior facilidade foi trabalhar com a nova metodologia e o trabalho na comunidade	2	1
Relação professor/aluno boa	2	1

No Quadro 12 os professores descreveram os aspectos mais valorizados por eles no curso, observando-se que o trabalho em pequenos grupos, a metodologia utilizada como um todo e o modo como foram preparadas as aulas foram os principais pontos destacados.

QUADRO 12 – Aspectos do Curso mais valorizados pelos professores do Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

ASPECTOS MENCIONADOS	Grupo 1	Grupo 2
O método	1	
Integração das disciplinas	2	
Ensino centrado no aluno	2	1
Trabalhar com pequenos grupos de alunos	5	1
Reuniões de preparação entre os docentes e troca entre professores	4	1
Uso de técnicas de planejamento estratégico	1	1
Atividades desenvolvidas a partir de problemas	2	
Atividades práticas e observacionais da realidade, relacionadas ao conteúdo teórico	3	2
Integração entre teoria e prática	2	1
Troca de informações/conhecimentos nos grupos mistos		1
A proposta:	1	1
Participação, criatividade e disponibilidade em experimentar o novo por parte dos professores	2	
Bloco de Nutrição/Discussão de casos clínicos reais		1
O resultado:		
Fazer o curso com professores de fora (Novo México e Holanda)		2
Conhecer, participar de atividade docente		1

O Quadro 13 refere-se às sugestões de mudanças para o futuro, observando-se grande preocupação em se melhorar a qualidade da metodologia do curso.

QUADRO 13 – Sugestões dos professores sobre possíveis mudanças para o futuro do Curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

SUGESTÕES DE MUDANÇAS	Grupo 1	Grupo 2
<b>A – com relação aos professores: maior treinamento/segurança para os professores</b>	1	2
Maior continuidade na participação dos professores	4	1
Menor número de professores	1	
<b>B – com relação ao método: aprimoramento do método</b>	1	2
Melhorar sistema de avaliação dos alunos	2	
Programa que integre mais teoria com prática	2	
A distribuição dos conteúdos ao longo do ano deve ser revista	2	
Integrar a ética		1
Não dar aulas “magistrais” para os 90 alunos ou melhorar as aulas	3	
Melhorar o uso do tempo	1	
Melhorar a integração dos módulos	1	
Integrar a epidemiologia		1
Melhorar os problemas para que os mesmos abranjam todos os conteúdos previstos	1	
Todos os grupos discutissem todos os problemas para garantir uniformidade dos enfoques	1	
Selecionar problemas que garantam a abordagem de todos os conteúdos previstos		1
Desenvolver roteiros detalhados com o conteúdo mínimo que deva ser garantido por todos os docentes	1	1
Aprimorar o ensino centrado em problemas	1	
<b>C – Condições Materiais</b>		
Melhorar as condições materiais “salas”	2	

No Quadro 14 apresenta-se o levantamento de possibilidades de utilização pelo professor do que vivenciou no curso, em sua vida profissional, observando-se a valorização dos métodos, dos conteúdos e do projeto do curso como um todo.

QUADRO 14 – Discussão sobre a possibilidade de utilização do que o professor estudou/aprendeu/vivenciou no Curso de Saúde Coletiva III, para utilização na atividade profissional, Botucatu, 1999.

VALOR DO CURSO NA ATIVIDADE PROFISSIONAL	Grupo 1	Grupo 2
Muito importante o aprendizado para demonstrar que é possível integrar e trabalhar em grupo na formulação de cursos.	1	
A vivência deste curso influenciará futuras práticas educativas, particularmente por ter reforçado a adequação da problematização com pequenos grupos	1	
A utilização de técnicas de planejamento estratégico é um instrumento útil	1	
Experiência enriquecedora, aumentando o potencial de soluções de ensino para outros cursos/disciplinas	2	1
Utilização do conhecimento teórico-prático adquirido no curso para o trabalho nas UBS		3
O contato com os estudantes foi muito importante para recebê-los e encará-los de outra maneira na UBS que trabalho		1
Oportunidade de me atualizar em conteúdos teóricos		3

No Quadro 15 apresentam-se observações dos professores, escritas de forma aberta, sobre diferentes aspectos do curso e inclusive sobre a auto-avaliação do professor.

QUADRO 15 – Comentários dos professores sobre o curso de Saúde Coletiva III, Botucatu, 1999.

COMENTÁRIOS GERAIS	Grupo 1	Grupo 2
Há necessidade de homogeneizar os relatórios escritos, alguns ficaram ruins e não poderão ser usados pelas UBS e nem podem ser enviados para as mesmas pela qualidade dos mesmos	1	
Questionário de auto-avaliação do professor permitiu poucas críticas ao curso em si. Muito centrado em auto-análise e em pontos positivos	1	
Parabéns pelo esforço e iniciativa de mudança para melhor	1	
Experiência muito válida e recompensadora às vezes difícil: possibilitar a outra pessoa ter uma visão mais ampla do exercício da atenção à saúde no Brasil.	1	1

## ***4.2 Caso 2: O curso de Semiologia Pediátrica***

### ***4.2.1 Educação Médica e Pediatria***

A característica da infância é a ilimitada energia, a curiosidade, a inquietude e a grande atividade corporal, intelectual e afetiva e a prática pediátrica precisa “desenvolver-se com estas mesmas características, exercendo e investigando as condutas assistenciais mais efetivas em promover vida e qualidade de saúde...” para a criança e o adolescente (Ceccin, 1997). No entanto, em nossa sociedade, o cuidado da criança e a relação com o processo da doença infantil, ou mesmo com a criança enferma, na maior parte das vezes, é mediado pela normalização fisiopatológica e anátomo-clínica ou suplementarmente, pela psicoterapêutica. Embora seja “irrefutável a emergência de atenção às demandas de proteção biológica e comportamental da criança, esse conhecimento é apenas parte da relação de cuidados necessários à promoção da saúde” (Ceccin, 1997) da criança, mas é neste paradigma que está centrado o ensino de Pediatria na maioria das Escolas Médicas do Brasil.

O ensino de Pediatria, na graduação médica, na maior parte das Escolas Médicas do Brasil, inicia-se a partir do terceiro ou quarto ano, como se no ensino básico, nos dois primeiros anos do curso médico, só existisse o adulto. Exemplificando, na reformulação do ensino da FMB, em 1996, foi transferido parte do curso de radiologia para o primeiro ano, com o objetivo de ministrá-lo em parceria com a anatomia humana. Uma das dificuldades encontradas referia-se ao fato do professor de radiologia ter como um de seus objetivos de ensino a imagem de uma criança normal, nas diferentes fases de crescimento e os professores de anatomia não terem o mesmo objetivo, pois o estudo do ser humano na fase inicial de sua vida não faz parte do curso de anatomia.

Embora seja apontada como meta do ensino de semiologia pediátrica o preparo de um médico

“ciente das necessidades e peculiaridades da criança e os requisitos para um bom exame clínico, proporcionando-lhe desembaraço suficiente para assisti-la no que é básico em seu meio, encarando-a em sua integridade biopsicosocial” (Carvalho,1992),

o ensino de Pediatria em nossa realidade vem ocorrendo no Hospital-Escola, com a prática de ensino em enfermarias de Pediatria, no Pronto Socorro e nos ambulatórios de Pediatria Geral ou de especialidades pediátricas. Parte dos docentes dos Departamentos de Pediatria das universidades públicas do Brasil atuam em especialidades pediátricas e a estas dedicam suas pesquisas e ambulatórios didáticos.

A Pediatria é considerada uma das grandes áreas do ensino médico, e deve formar o médico visando à atenção integral à criança e ao adolescente. Percebe-se, no entanto, que na forma atual como vem sendo ministrada na maioria das escolas médicas, para exercitar esta função, apresenta dificuldades que precisam ser melhor elucidadas.

Em 1968 realizou-se, em Washington, EUA, uma reunião sobre ensino de Pediatria, organizada pela Organização Pan-americana de Saúde que, basicamente concluiu sobre a necessidade de revisão do ensino de Pediatria nas Américas e propôs “a reestruturação dos programas de ensino dentro de propósitos de formar um médico mais bem preparado para resolver problemas de saúde latino-americanos” (OPS, 1969).

Neste evento, destacou-se a relevância do ensino de Pediatria na graduação médica, independente da área de atuação a que o médico se dedicaria no futuro, tendo em vista que a população infantil, na América Latina, constituía cerca de 50% do total da população e também considerando os dados de realidade do padrão de mortalidade e morbidade infantil. Outro

aspecto enfatizado referia-se à necessidade da área de Pediatria integrar-se a outras como a Clínica, as Ciências Básicas, a Obstetrícia, a Medicina Preventiva, a Psicologia, a Patologia e a Cirurgia Pediátrica “com a finalidade de estabelecer o conteúdo e os métodos de ensino a serem aplicados” (Ferreira, 1984). Concluiu-se que proposição anterior apontada pela OMS já em 1957 deveria ser reconsiderada. Dada a importância do cuidado à criança no exercício da profissão e as características especiais da infância, a Pediatria deveria ser uma das principais matérias da graduação médica na América Latina.

Embora historicamente e ainda hoje a maioria das escolas médicas no Brasil privilegiem as enfermarias como lugar de excelência para o ensino médico, desde 1972, tem-se discutido enfaticamente em diversos fóruns a importância do ensino de Pediatria em ambulatório. Estudo realizado em 1975, na então FCMBB, descreve a importância do aprendizado realizado precocemente em ambulatório e a experiência do DP da FCMBB, que, naquela época, já vinha desenvolvendo esta prática com sucesso (Rizzato; Trezza e Ramos, 1975). Nos últimos dez anos tem sido demonstrada toda uma tendência de se valorizar o ensino de pediatria em ambulatório, enfatizando-se a importância do ensino em outros cenários, como por exemplo, em Centros de Saúde (Rizzato, 1995).

Em recente estudo, sobre o ensino de Pediatria nas escolas médicas da América Latina, Puga et al (2000) verificou que ainda persiste significativamente o ambiente hospitalar, com pouca prática ambulatorial e/ou comunitária, refletindo-se um conflito entre o modelo de ensino e a realidade com que a maioria dos médicos deverá enfrentar no início de sua prática profissional.

Franco (1998), estudando a qualidade do atendimento ambulatorial em Pediatria no Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas (UNICAMP) destaca o ambulatório de Pediatria de um HC universitário como:

“local privilegiado, por ser um serviço de referência dentro das propostas do Sistema Único de Saúde, que integra assistência e docência aliadas a toda uma retaguarda tecnológica que poucos serviços em nosso país possuem. Tal fato possibilita aos profissionais que nele trabalham ter um uma visão crítica sobre a atuação do conjunto da rede de saúde, uma vez que a ele chegam os pacientes que não puderam ter seus problemas de saúde resolvidos em outra instância, demonstrando o limite de capacidade desta rede em ser resolutiva” (Franco, 1998).

Além da necessidade de revisão dos cenários de ensino, deve-se compreender de que maneira a Pediatria tem procurado recuperar a visão da integralidade da atenção. Zanolli (2001), analisando o projeto da Pediatria Social, afirma que é por meio desta disciplina, no ensino médico, que a Pediatria buscará apresentar uma maneira mais completa ou uma atenção integral à saúde da criança.

“A pediatria social vai se estruturar como área de atuação da prática pediátrica, valendo-se da puericultura, da saúde materno infantil (que relê a puericultura e incorpora conceitos da epidemiologia e da demografia), da epidemiologia, da saúde pública, da medicina preventiva, da medicina social e da clínica pediátrica” (Zanolli, 2001).

A Pediatria Social, enquanto prática e ensino de Pediatria, volta-se muito mais para a atenção individual, com pouca entrada em ações mais voltadas ao coletivo. Ela pode ser considerada uma das áreas de ensino mais próximas à Medicina Preventiva, inclusive no esforço de orientar parte do ensino de Pediatria, na graduação, para outros cenários como os Centros de Saúde. Aponta-se, porém, que apesar deste esforço “a prática realizada nos

centros de saúde (...) raramente é voltada para os temas coletivos, centrando-se no atendimento individual, no qual busca pela integralidade das ações” (Zanolli, 2001). Esta realidade tem dificultado trabalhar na prática de ensino proposições transformadoras em relação a uma ação que sinalize a saúde da criança e do adolescente, como um direito.

Em recente artigo sobre o ensino da semiologia pediátrica Sucupira e Ferrer (2000), discutem que o mesmo “não pode ser visto como algo abstrato e, portanto, universal, independente do contexto em que se realiza a consulta”. Afirmam que devem se considerar na abordagem do paciente, e no ensino da semiologia pediátrica, as características do modelo de atenção à saúde e o acesso aos diferentes serviços por diferentes demandas.

Neste trabalho, salientam a importância do ensino da semiologia na prática ambulatorial. Justificam sua importância do mesmo a partir do crescimento da prática ambulatorial enquanto prática clínica, seja ela na clínica geral ou na especialidade e que este fato tem “requerido um novo perfil de profissional que não está sendo adequadamente formado pelas universidades”. Aponta-se assim

“a necessidade de situar a prática ambulatorial no contexto do SUS, para que os alunos tenham a compreensão do tipo de atendimento que é fornecido nos diferentes modelos de prestação de serviços ambulatoriais e para que possam entender suas especificidades e interferências na relação médico-paciente. Assim, também, é fundamental a discussão sobre os vários aspectos que compõem a relação médico-paciente no ambulatório, principalmente no que diz respeito à comunicação entre esses atores, vista aqui como um dos pilares do sucesso no cuidado ao paciente” (Sucupira e Ferrer; 2000:106).

As autoras propõem que a pesquisa semiológica seja um espaço para desvendar os sinais expressos na decisão da mãe em procurar aquele

determinado serviço de saúde para o atendimento de seu filho. Ressaltam a necessidade de se resgatar no ensino de Pediatria a importância da relação medico-paciente, da humanização no atendimento e do desenvolvimento da comunicação, entendendo a necessidade do ensino da semiologia com um enfoque mais amplo e mais inserido na realidade.

Enfatizam, ainda, a importância do início do ensino prático o mais precocemente possível, visando propiciar uma proposta interativa frente a uma situação concreta, que pode favorecer rupturas

“frente ao reconhecimento de outras formas de conhecimento e a superação da dicotomia teoria/prática. A atividade prática dos alunos é um campo de experiências para aquisição e a produção de conhecimentos. Parece que, ao priorizar o trabalho pedagógico com base na realidade do ambulatório de saúde, o professor está demonstrando sua preocupação em buscar a unicidade entre teoria e prática” (Veiga; Resende e Fonseca,2000:178).

Orientar o ensino da pediatria, problematizando situações reais, nos diferentes cenários, e estudando as histórias colhidas pelos estudantes bem como os prontuários das crianças e as interações estudantes/mães, levantando questões sobre condições concretas de vida da população, pode desencadear um compromisso e uma ação mais responsável do futuro profissional.

#### ***4.2.2 O curso de Semiologia Pediátrica ministrado em 2000***

##### ***Alguns pressupostos para a elaboração da nova proposta***

O Departamento de Pediatria da FMB foi criado em 1968 e anteriormente a este período todo o ensino da área estava integrado ao denominado Departamento de Medicina da FCMBB (Simões, 1988). A partir de 1968 o Departamento de Pediatria foi sendo estruturado, iniciando-se o internato em Pediatria para alunos do sexto ano médico (Trindade, 1993).

Com a contratação de novos docentes, a partir de 1970, o curso de Pediatria, ministrado à graduação médica, estruturou-se da forma seguinte: no terceiro ano médico: Semiologia Pediátrica; no quarto ano médico: Puericultura e Enfermaria Geral; no quinto e sexto ano, na forma de internato: Enfermaria Geral e Ambulatório Geral de Pediatria. Por volta de 1980, reformulou-se o internato, passando a ser ministrado no quinto ano médico: Pronto Socorro de Pediatria e Ambulatório Geral e no sexto ano médico: Enfermaria Geral e Neonatologia.

Na década de 1980, docentes de Pediatria Social participaram ativamente da organização da área de Atenção à Saúde da Criança no Centro de Saúde Escola de Botucatu (CSE) e em Centros Municipais de Saúde de Botucatu. No CSE, foi organizado o ensino de parte da residência de primeiro e segundo ano em Pediatria, que se mantém até hoje. Em um Centro Municipal de Saúde manteve-se, por alguns anos, estágio de quarto ano da graduação médica em Pediatria.

Em 1993, impulsionado pelo Projeto UNI-Botucatu, o Departamento de Pediatria reformulou o programa de ensino da graduação, oferecido ao quarto ano médico iniciando-se, assim, um curso de Pediatria Comunitária, implantado na sua integralidade em 1994. O curso deveria ser essencialmente prático, valorizar o contato com a comunidade e proporcionar ao estudante a vivência com a criança nos seus diferentes períodos de desenvolvimento (Trezza,1995). Importante salientar que o ensino de pediatria no quarto ano médico sempre foi propulsor de inovações. Como já descrito, em outros momentos este curso já havia sido realizado, em parte, em um centro de saúde municipal e como um todo sempre privilegiou o espaço do ambulatório para o ensino de graduação.

Em 1998, docentes do Departamento de Pediatria, entusiasmados com as novas metodologias de ensino e com a capacitação docente oferecida pelo Projeto UNI, introduziram o ensino baseado em problemas no estágio em

Pediatria Comunitária, do quarto ano médico. Inicialmente foi inserido um problema e, em 1999, a partir de avaliação bastante favorável, ampliou-se para três problemas de temáticas relevantes.

### **A construção de um novo curso**

Em 1999, com a mudança curricular, o Departamento de Pediatria passou a reorganizar especificamente o Curso de Semiologia Pediátrica, do terceiro ano médico, reconhecendo-se por alguns docentes, a necessidade de sua revisão. Esta disciplina não estava em sintonia com a inovação que estava ocorrendo no ensino de pediatria no quarto ano e foi sentida a necessidade de reve-la, tanto no seu conteúdo como na metodologia de ensino, procurando assim promover uma maior seqüência e articulação entre o ensino do terceiro e do quarto ano. Todavia, o que pesou fundamentalmente nesse processo foi a exigência de receber todos os alunos (do terceiro ano) ao mesmo tempo. Sem condições de fazê-lo, já que tradicionalmente este curso era ministrado e repetido para duas turmas de 45 alunos cada, iniciou-se sua reestruturação.

Elaborou-se, assim, com a participação e coordenação de uma docente da Pediatria Social, um primeiro curso para o ano de 1999, bastante híbrido, pois mesclava novas metodologias de ensino, como a aprendizagem baseada em problemas e os novos cenários de ensino ao curso que já existia, com aulas expositivas e no qual a parte prática sobre anamnese e exame físico da criança, era ministrada na enfermaria e no ambulatório do HC. Conseqüentemente os alunos tiveram dois cursos de Semiologia, em seqüência: um tradicional e um inovador.

No período anterior a esta proposição, o curso era basicamente composto por aulas teóricas sobre um rol de temas da Pediatria Geral e aulas teórico-práticas em enfermaria e no ambulatório geral de pediatria do hospital

escola sobre propedêutica<sup>13</sup>. Cada professor ministrava sua aula teórica, com pouca integração com as outras aulas ministradas, e, também, a prática não tinha uma vinculação muito clara com o conteúdo teórico.

As mudanças referiam-se não só à proposição de centralizar o processo de ensino-aprendizagem em temas básicos da Pediatria, permitindo ao aluno entrar em contato com o recém-nascido, a criança e o adolescente em suas especificidades e compreender a relação mãe, criança e profissional mas também permitir a entrada de novos cenários para as atividades teórico-práticas como Berçário, Centros de Saúde e Creches Municipais.

Os quatro problemas formulados tiveram como eixo central os temas: nutrição infantil, com ênfase no aleitamento materno; crescimento e desenvolvimento; imunização e saúde mental. Foram formulados casos que tinham no seu núcleo as temáticas: relação mãe-bebê, família, serviços e preconceitos frente à prática do aleitamento materno, alimentação no primeiro ano de vida, desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros anos de vida e calendário vacinal do Programa Nacional de Imunização. Todos eles buscavam possibilitar, na sua construção, uma abordagem que propiciasse uma visão integradora da saúde, doença e o cuidado à criança.

Apresenta-se a seguir um dos problemas utilizados no curso.

*“Meu filho vai mal da escola”*

*Otacílio, 10 anos, pesando 25 kg e medindo 1,30 m, aluno do 3º ano da Escola Paulo Guimarães, do bairro Peabirú, foi encaminhado pela professora para consulta médica no Programa de Saúde Escolar do Posto de Saúde com a seguinte queixa: a criança não consegue aprender ler e escrever. A mãe ficou preocupada com o pedido da professora porque costuma levar a criança ao pediatra do Posto de Saúde para as consultas de rotina e ele nunca perguntou nada sobre o aprendizado escolar da criança.*

*Otacílio nasceu de parto vaginal, em hospital e não teve nenhuma intercorrência. O pai é alcoolista e Otacílio vende doces na rua para ajudar nas despesas da casa.*

---

<sup>13</sup> Propedêutica: Conjunto de indagações orais e de técnicas de exame físico que serve como base a partir da qual o médico se orienta para, por investigações mais extensas, se necessário, chegar a diagnóstico (FERREIRA, 1999).

#### ***4.2.3 O curso de Semiologia Pediátrica ministrado em 2000***

Em 2000, o DP retornou ao modelo anterior em termos de grade horária e passou a oferecer o curso por duas vezes, repetindo-o para duas turmas de 45 alunos, cada.

Tendo em vista a boa aceitação de alunos e professores, a proposta elaborada para o ano de 2000 seria uma continuidade às inovações iniciadas no Curso de Semiologia Pediátrica, em 1999, reforçando-se o aprendizado da busca e aquisição de conhecimentos como objetivo principal, e o estímulo para isso seria oferecido no trabalho em pequenos grupos, com o estudo de problemas, sob a orientação dos professores. É este curso, que aqui será descrito e avaliado.

No ano de 2000, o curso foi assim estruturado: trabalhou-se com quatro problemas, na forma de ABP, foram ministradas grandes conferências integradas aos temas discutidos nos problemas e enfatizou-se a prática pediátrica em diversos cenários. Buscou-se trabalhar uma visão integral da criança e foi oferecido ao estudante um primeiro contato com a Pediatria, dentro de uma visão bastante ampla do trabalho profissional. Enquanto temas abordados destacaram-se: Nutrição Infantil, Imunização, Desenvolvimento e Crescimento, Saúde Mental, Adolescência e Propedêutica.

O curso foi aberto com duas conferências, sendo a primeira sobre a Saúde da Criança, na qual foi apresentada uma visão ampliada da saúde, doença e cuidado à criança e ao adolescente, abordando temas como a criança e a família, violência, trabalho infantil, criança e mídia. A segunda conferência tratou sobre a consulta pediátrica e suas características e a importância do trabalho de promoção e prevenção na atenção à saúde da criança.

---

No ensino de propedêutica, todos os alunos deveriam estagiar em diferentes cenários para realização de anamnese e exame físico. Assim os alunos estagiaram na Enfermaria Geral de Pediatria, na qual prevalecem crianças de diferentes idades com doenças de alta complexidade; no berçário, para o aluno ter contato com o recém nascido, a puérpera, o conhecimento do alojamento conjunto, a sala de parto e o incentivo ao aleitamento materno; no ambulatório, que poderia ser no Hospital das Clínicas da FMB ou no Centro de Saúde Escola de Botucatu, no qual há possibilidade de contato com crianças saudáveis e com os problemas mais frequentes da saúde da criança.

Todos os professores envolvidos no desenvolvimento da ABP foram capacitados para participar das atividades e inclusive contribuíram na formulação e reformulação dos problemas. A capacitação oferecida realizou-se na própria FMB por uma docente<sup>14</sup> de outro departamento.

Do ano de 1999 para 2000, ocorreram trocas de professores no trabalho em ABP e uma nova capacitação foi oferecida por esta mesma professora.

Durante o curso de 2000, não houve troca de professores, ou seja, quem iniciou o trabalho em ABP foi até o final. Participaram do curso quatro professores orientando os grupos na ABP, sendo uma professora do DP e três médicos contratados. Cinco professores do DP ministraram as conferências e na parte prática, além dos quatro docentes da ABP, uma docente do berçário e um docente da enfermaria também orientaram as aulas práticas.

Durante o curso, os professores não conseguiram reunir-se regularmente para avaliação do processo vivenciado no dia-a-dia do curso, havendo no entanto, reuniões esporádicas com a coordenadora. Em decorrência deste fato houve uma falta de sistematização ou normatização da prática realizada nos diferentes cenários.

---

<sup>14</sup> Profa. Dra. Maria Cristina Mattos, do Departamento de Patologia da FMB-UNESP, com mestrado em educação médica.

## **A avaliação do aprendizado no curso**

A avaliação proposta no curso constou de avaliação diária na ABP, uma prova prática e prova final escrita com problemas sobre os temas abordados no curso. A prova prática contemplou a realização do exame físico geral e um dos itens do exame físico especial como: exame de cabeça e pescoço ou de tórax ou de abdome e genitais ou de membros e do sistema nervoso.

As provas práticas foram realizadas sem um roteiro único e cada professor a procedeu de acordo com seus parâmetros de avaliação.

Esta falta de sistematização na avaliação prática, por falta de uma discussão prévia, ou mesmo de um roteiro pré-elaborado, levou a alguns problemas na discussão final sobre os critérios de avaliação da aprendizagem dos estudantes no curso.

No caso da FMB, a nota final deveria ser maior ou igual a sete para se considerar o aluno como aprovado. Todos os 102 alunos foram aprovados ao final do curso.

### ***4.2.3.1 A avaliação dos estudantes em relação à qualidade educacional e à eficácia do professor***

Em 2000, 102 alunos realizaram o curso de Semiologia Pediátrica ministrado ao terceiro ano médico. Destes, 81 (79%) responderam ao questionário sobre a qualidade educacional e à eficácia do professor.

## Aprendizado

**Tabela XXI**– Avaliação do estudante sobre o aprendizado, Curso de Pediatria, Botucatu, 2000.

<i>APRENDIZADO</i>	<i>PÉSSIMO</i>		<i>RUIM</i>		<i>MODERDADO</i>		<i>BOM</i>		<i>M.BOM</i>		<i>TOTAL</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Você aprendeu um conteúdo que considera de valor profissional	-		-		-		22	27	59	73	81	100
Seu interesse pelo tema estudado cresceu em conseqüência do curso	-		1	1	-		26	32	54	67	81	100
Você achou o conteúdo do curso estimulante	1	1	-		2	2	28	35	50	62	81	100
Você aprendeu e compreendeu o conteúdo ministrado no curso	-		-		2	2	38	47	41	51	81	100

Em 2000, tendo em vista uma avaliação sistemática e positiva em relação ao curso do ano anterior, foram feitos alguns ajustes e mantida a proposta inovadora com a ABP, com quatro problemas construídos segundo as temáticas de nutrição, crescimento e desenvolvimento, desde o recém-nascido até a adolescência e imunização. O ensino prático foi conduzido no berçário e alojamento conjunto, no Centro de Saúde Escola, no ambulatório de Pediatria do HC e na Enfermaria. A avaliação dos alunos com relação ao aprendizado foi bastante favorável em todos os itens (Tabela XXI).

**Entusiasmo do Professor****Tabela XXII** – Avaliação do estudante sobre o entusiasmo do professor-orientador, Curso de Pediatria, Botucatu, 2000.

<i>ENTUSIASMO DO PROFESSOR</i>	<i>PÉSSIMO</i>		<i>RUIM</i>		<i>MODERDADO</i>		<i>BOM</i>		<i>M.BOM</i>		<i>TOTAL</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O professor demonstrou entusiasmo ao participar do curso	-		1	1	1	1	22	27	57	71	81	100
O professor demonstrou domínio sobre o conteúdo/método utilizado.	-		-	-	1	1	11	14	69	85	81	100
O professor conduziu os trabalhos do grupo de forma dinâmica e energética	-		-	-	5	6	29	36	47	58	81	100
O professor de mostrou atento e acessível aos alunos individualmente	-		-	-	2	2	23	29	56	69	81	100
O estilo do professor lhe ajudou a prender a atenção durante as aulas	-		2	3	6	7	23	29	50	61	81	100

A maioria dos professores voluntariou-se para trabalhar neste curso, pois estavam entusiasmados com o resultado do ano anterior. O grupo constituiu-se basicamente por professores jovens, na sua maioria médicos contratados no Departamento de Pediatria. A capacitação oferecida ocorreu antes do início do curso, contou com a participação de todos os professores e foi formulada a partir da proposta da ABP. Pode-se notar que a maioria das avaliações dos alunos consideraram o entusiasmo do professor como bom ou muito bom (Tabela XXII).

## A organização do curso

**Tabela XXIII** – Avaliação do estudante sobre organização do curso, Curso de Pediatria, Botucatu, 2000.

ORGANIZAÇÃO DO CURSO	<i>PÉSSIMO</i>		<i>RUIM</i>		<i>MODERDADO</i>		<i>BOM</i>		<i>M.BOM</i>		<i>TOTAL</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os objetivos do módulo foram concordantes com o encaminhamento real do curso, de forma que o aluno pode compreender o encaminhamento/andamento do curso.	-		-		2	3	34	42	45	55	81	100
A explanação dos professores foi clara e objetiva	-		1	1	10	12	37	46	33	41	81	100
As atividades práticas desenvolvidas foram concordantes com a proposta do curso	-		-		3	4	30	37	48	59	81	100
Os materiais utilizados foram bem preparados e bem usados	1	1	3	4	6	7	38	47	33	41	81	100

Para realização do curso muitas precauções foram tomadas no sentido de se poder oferecer o curso com uma organização adequada. Neste sentido, foram providenciadas salas e equipamentos para as reuniões de grupo na ABP, acertados todos os locais e profissionais que receberiam os alunos nas práticas e materiais para estudo dos problemas na medida em que a biblioteca central não dispunha de muitas das referências bibliográficas básicas. Algumas dificuldades foram enfrentadas nas práticas, principalmente no berçário, no qual ocorreram eventuais substituições de professores, pois alguns responsáveis não puderam participar da totalidade do curso. A avaliação dos alunos em relação à organização do curso foi também muito favorável (Tabela XXIII).

## Interação do Grupo

**Tabela XXIV** – Avaliação dos estudantes sobre a interação do grupo, Curso de Pediatria, Botucatu, 2000.

INTERAÇÃO DO GRUPO	<i>PÉSSIMO</i>		<i>RUIM</i>		<i>MODERDADO</i>		<i>BOM</i>		<i>M.BOM</i>		<i>TOTAL</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%
Os estudantes foram estimulados a participar nas discussões em grupo	-		2	2	7	9	34	42	38	47	81	100
Os estudantes foram entusiasmados para expor suas idéias e conhecimentos	-		2	2	10	13	31	38	38	47	81	100
Os estudantes foram encorajados a fazer e responder perguntas	-		2	2	7	9	34	42	38	47	81	100
Os estudantes foram encorajados a questionar o professor	-		3	4	6	7	35	43	37	46	81	100

A interação do grupo foi bem avaliada pelos estudantes em todos os aspectos, apresentando discreta tendência para o moderado. Uma dificuldade relatada por alguns professores referiu-se a se adaptar ao método. Alguns professores não estavam preparados para abrir o debate, escutar o aluno, ouvir diferentes opiniões, deixar o aluno falar. Todos os professores eram pediatras e tiveram dificuldades de ouvir e alguns logo se propunham a dar aulas sem conseguir desenvolver uma prática problematizadora (Tabela XXIV).

## Conteúdo

**Tabela XXV** – Avaliação do estudante sobre o conteúdo, Curso de Pediatria, Botucatu, 2000.

CONTEÚDO	<i>PÉSSIMO</i>		<i>RUIM</i>		<i>MODERDADO</i>		<i>BOM</i>		<i>M.BOM</i>		<i>TOTAL</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O professor apresentou uma discussão com conteúdo, conhecimento sobre os temas	-		-		2	3	23	28	56	69	81	100
O professor apresentou diferentes pontos de vista sobre os temas discutidos	-		-		6	7	35	43	40	50	81	100

O conteúdo do curso, como já exposto, foi desenvolvido todo a partir de temas básicos da Pediatria, buscando-se trabalhar a integralidade da saúde, doença e cuidado à criança. A avaliação dos estudantes foi muito favorável (Tabela XXV).

### Aspectos Gerais do Curso

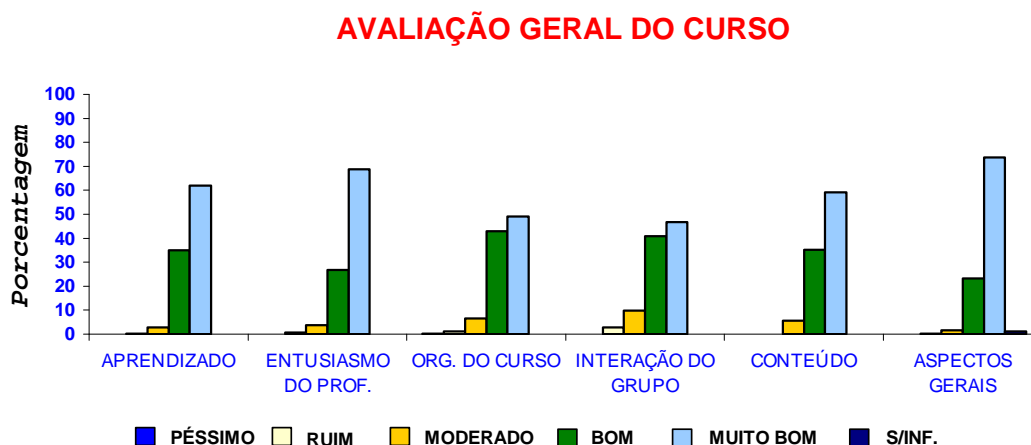
**Tabela XXVI**– Avaliação do estudante sobre os aspectos gerais do curso, Curso de Pediatria, Botucatu, 2000.

ASPECTOS GERAIS	<i>PÉSSIMO</i>		<i>RUIM</i>		<i>MODERADO</i>		<i>BOM</i>		<i>M.BOM</i>		<i>S/INF.</i>		<i>TOTAL</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Compare este curso com os demais realizados na Faculdade de Medicina de Botucatu	-		1	1	-		7	9	72	89	1	1	81	100
Compare o desempenho dos professores deste curso com os demais professores das outras disciplinas realizadas na Faculdade de Medicina de Botucatu	-		-		2	2	16	20	62	77	1	1	81	100
Compare sua postura neste curso com a mesma nos demais cursos	-		-		1	1	28	35	51	63	1	1	81	100
Compare seu interesse neste curso com o mesmo nos demais cursos	-		-		2	2	26	32	52	65	1	1	81	100

De maneira geral, o entusiasmo dos alunos e dos professores foi muito bem avaliado pelos alunos e os mesmos colocaram o curso como de valor profissional e também na comparação do interesse pelo curso em relação a outros realizados no mesmo semestre, o mesmo foi bastante valorizado (Tabela XXVI).

Na figura 32 é possível visualizar-se a avaliação geral do curso de Semiologia Pediátrica, observando-se que todos os aspectos estudados receberam uma frequência maior de avaliações no conceito muito bom.

Figura 32- avaliação geral do curso de Semiologia Pediátrica segundo todos os aspectos avaliados no SEEQ, Botucatu, 2000.



#### 4.2.3.2 Análise dos dados qualitativos do Curso de Semiologia Pediátrica

Ao final do Curso de Semiologia Pediátrica foi distribuído um questionário (anexo IV) aos alunos do curso e dos 102 alunos, 81 (79%) responderam ao mesmo.

A primeira questão solicitava aos alunos que levantassem os cinco aspectos mais significativos do Curso de Semiologia Pediátrica (Quadro 16). As respostas foram agrupadas por similaridade.

### QUADRO 16 - Principais aspectos positivos referidos pelos alunos no Curso de Semiologia Pediátrica, FMB, 2000.

Abordagem da criança normal ou que apresente patologia
Abordagem do recém nascido
Anamnese, entrevistas com mães e modelo de orientações
Organização do curso
Contato com a criança e a família
Metodologia do curso: uso da ABP e práticas
Percepção de que a criança não é um adulto em miniatura
Postura ética frente a pacientes e família
Pontualidade e responsabilidade dos professores
Temas abordados (vários temas são destacados: aleitamento, aspectos psicológicos do cuidado à criança)
Interação do grupo de estudantes
Modelo de avaliação
Os professores do curso
Observação do parto normal

Alguns depoimentos dos alunos chamam a atenção no sentido de se poder perceber o quanto se envolveram com o curso: “ O curso foi em si muito significativo e estimulante na minha formação. Assim, interessei-me muito pela pediatria” ou “ A experiência de vivenciar as dificuldades quando se faz um exame físico em crianças que não colaboram foi um aprendizado” ou ainda “Os assuntos são bem elaborados e encaixados no curso de acordo com nossos conhecimentos e as aulas práticas despertam interesse, assim como a boa vontade dos professores e a boa organização do curso”. Na seqüência foi solicitado aos estudantes que apontassem aspectos positivos e sugestões para melhoria do curso (Quadro 17).

### QUADRO 17 – Aspectos positivos e sugestões dos estudantes para melhoria no Curso de Semiologia Pediátrica, FMB, 2000.

<p><b>ASPECTOS POSITIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualidade dos professores</li> <li>▪ Conteúdo</li> <li>▪ Metodologia do curso</li> <li>▪ Proporcionar autonomia na prática do atendimento no C.S.E</li> <li>▪ Discussões em grupo</li> </ul>
<p><b>SUGESTÕES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maior número de aulas práticas nos diferentes cenários</li> <li>▪ Melhorar o ensino na APB</li> <li>▪ Grupos menores para a ABP</li> <li>▪ Melhorar bibliografia e biblioteca</li> <li>▪ Maior tempo para o Curso de Pediatria</li> <li>▪ Melhorar o ensino na enfermaria</li> </ul>

Alguns estudantes criticaram a ABP, principalmente no que se referiu a freqüência da mesma no curso e também na indicação das referências, o que aparece na crítica de um aluno: “a freqüência a PBL é muito grande e os textos muito cansativos”.

Na seqüência foi solicitada a opinião dos estudantes sobre as práticas nos distintos cenários de ensino (Quadro 18)

QUADRO 18 – Opinião dos estudantes sobre as práticas nos distintos cenários de ensino do Curso de Semiologia Pediátrica, FMB, 2000.

CENÁRIOS
<b>A – AMBULATÓRIOS DO HC E ATENDIMENTO PEDIÁTRICO NO CSE.</b>
Estimulante pela grande variedade de casos e situações Não conseguir realizar o exame físico de crianças que choravam na consulta Falta de atenção de professores para com os estudantes Excelente a possibilidade de conhecer o C.S.E. Excelente conhecer uma visão real do dia-a-dia do pediatra no C.S.E. Faltou contato do aluno com os pacientes Boas discussões de caso, após as consultas Muito importante para desenvolver autonomia e confiança Percepção da diferença do trabalho e do tipo de criança atendida na enfermaria e no ambulatório do H.C. e no C.S.E.- valorizando-se conhecer os diferentes espaços Muito bom familiarizar o aluno ao prontuário, observar como os médicos atendem e lidam com os pais e crianças
<b>B- BERÇÁRIOS</b>
Possibilitou contato muito próximo com as mães e os recém-nascidos Faltou aprender mais sobre o exame físico do recém-nascido Um pouco cansativo Boa organização e aprendizado estimulante Foi o local de melhor aprendizado
<b>C – ENFERMARIA</b>
Percepção de certa repetição em relação as doenças discutidas Faltou paciente para o grande número de alunos Professor pouco acessível aos estudantes Falta de um roteiro direcionado para o exame físico especial
<b>D – SUGESTÕES GERAIS</b>
Rodízio de professores Introdução a partos Valorização maior da parte prática Dificuldade e necessidade de organizar melhor a prática da realização da anamnese na enfermaria.

Pode-se perceber que no geral os alunos valorizaram muito as práticas nos distintos cenários, as diferenças entre os mesmos e a riqueza da experiência de poder vivenciar o contato com crianças em situações de saúde

e doença também singulares. Percebendo inclusive características dos cenários: “...na enfermaria os diagnósticos são quase sempre os mesmos” ou “ no CSE pude observar como os médicos atendem e lidam com os pais e crianças”.

Por fim foi solicitado aos estudantes a opinião sobre as aulas específicas de anamnese pediátrica ( Quadro 19).

**QUADRO 19 – Opinião dos estudantes sobre as aulas específicas de anamnese pediátrica no Curso de Semiologia Pediátrica, FMB, 2000**

Muito bem formulada, permitiu uma boa base para entrevista com paciente
Poderia ser melhor, pois diferentes professores ministram a aula de modo diferente
Aulas muito cansativas
Faltou orientação
A aula poderia ser integrada a outros cursos
Faltou o professor dar exemplos, dicas, mostrar diferentes situações
Deram base para se saber como perguntar e como se obter informações dos pacientes
Aulas maçantes e repetitivas

Como estas aulas ocorreram em cenários distintos e foram ministradas por diferentes professores os alunos descreveram distintas apreensões de acordo com as suas experiências vivenciadas.

## **5 Discussão**

*“Não existe o caminho mas caminhos, uma pluralidade deles e ... desconhecidos. Contudo, é necessário escolher algum. E escolher é sempre um risco. Nada nos assegura o resultado do caminho escolhido que, só parcialmente, e muito parcialmente, depende de nós”.*

*(Garcia, 1999)*

### **As inovações dos dois cursos frente ao ensino na FMB**

Pode-se reconhecer que a Faculdade de Medicina de Botucatu iniciou suas atividades em 1962, como um projeto inovador à época, propondo-se, entre vários avanços, a: experiências interdisciplinares nos primeiros anos do curso, inserção do estudante precocemente na atividade clínica, valorização do ensino da Saúde Pública na prática, maior proximidade na relação professor- aluno. Porém, muito embora possa ser reconhecido um enorme esforço ao longo desses anos objetivando, em diversas proposições de reforma do ensino, a formação do médico geral, o currículo foi se encaminhando rumo a um ensino com enfoque disciplinar, fragmentado, especializado e centrado em um hospital-escola, cada vez mais com características de um serviço de saúde de nível terciário. A vertente marcante do ensino médico tradicional na instituição não deixou de permitir, no entanto, experiências inovadoras significativas que marcaram a escola, envolvendo disciplinas, matérias ou cursos que frente a demandas internas e externas buscaram responder à formação de um médico geral crítico, criativo, com responsabilidade, ético e mais humano.

Para estudar as inovações descritas neste trabalho, no sentido proposto por Cunha et al (2001) e por Veiga, Rezende e Fonseca (2001), enquanto possibilidade de ruptura que surge num contexto histórico, na tensão entre o possível e o necessário, entre o micro e o macroinstitucional, no conflito entre os professores, na mudança do trabalho pedagógico e dos espaços de ensino

em ambientes não convencionais, inclusive articulando os mesmos à realidade de saúde e da organização dos modelos assistenciais, foi preciso retomar a história da FMB, seus processos de reforma de ensino, suas possibilidades de avançar e sua rica história de ensino de graduação, sempre com um grupo de docentes envolvidos nos processos internos e externos em busca da melhoria da formação do médico. Se, muitas vezes, as propostas não se efetivaram enquanto prática, este fato deveu-se à conjuntura do momento e para isto foi preciso rever a história para melhor compreender a situação institucional e relacioná-la à educação médica no país e no movimento mais amplo no contexto da Educação Médica no século XX. Neste percurso, foi importante notar a influência de movimentos da Educação Médica norte americana na FMB, desde seu período de criação e, inclusive, a presença de uma proposição de medicina científica, com elementos marcantes como a valorização da natureza biológica das doenças, a especialização, a prática experimental, a ênfase no procedimento curativo e a concentração do ensino no ambiente hospitalar.

A experiência recente de reforma de ensino na instituição demonstrou que não é possível se produzirem mudanças substanciais por decreto e muito menos se importarem modelos de ensino sem a devida discussão sobre a aplicabilidade dos mesmos a realidade específica da instituição.

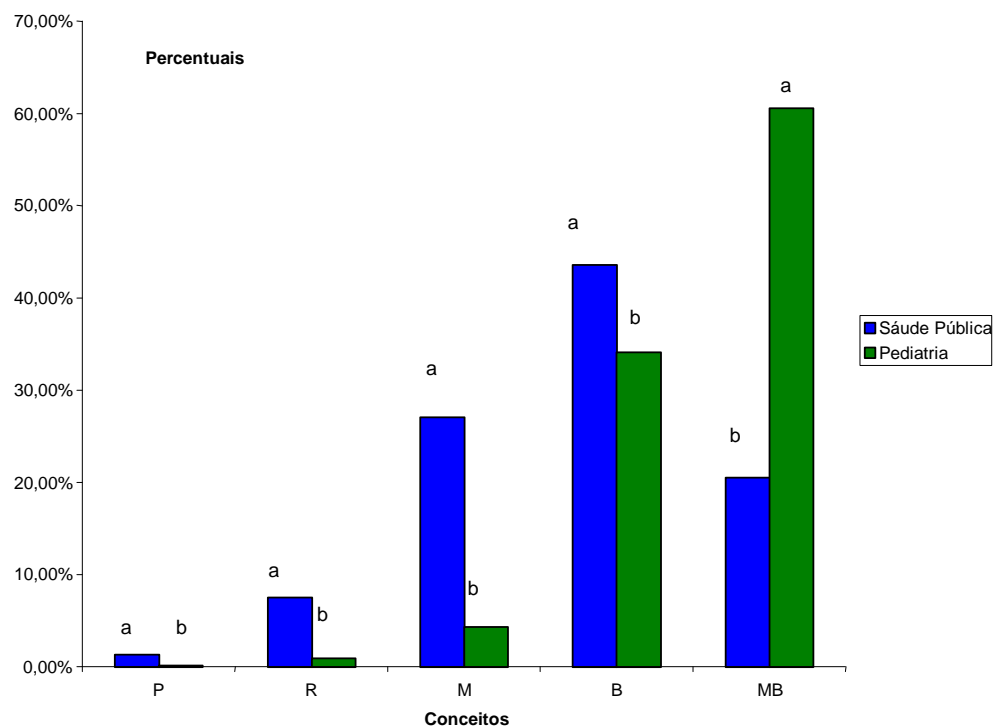
Os dois casos aqui estudados, utilizando-se da proposta de Santomé (citado por Braga, 1999) a partir do trabalho interdisciplinar, são dois exemplos de inovações que ocorreram no espaço departamental, no caso da Semiologia Pediátrica no limite de uma disciplina que se mobilizou no sentido de uma maior articulação entre a teoria e a prática. Sendo a prática, uma proposição contextualizada. No caso da Saúde Coletiva III, o curso organizou-se por núcleos temáticos, trabalhando-se os conteúdos articulados a questões práticas, problemas do cotidiano da saúde pública não localizados

em uma disciplina especificamente, mas em várias que se uniram na construção de uma matéria única.

As duas experiências buscaram construir seus cursos com base em inovações pedagógicas utilizando-se para isto do ensino por descoberta, centrado em problemas e no ensino em novos cenários. No caso do uso da ABP, pode se constatar que na realidade se usou nos dois cursos uma variação da mesma, enquanto metodologia de ensino, e se buscou consistência teórica na capacitação dos professores e os mesmos eram especialistas, o que já a diferencia do modelo de ensino típico da ABP.

Pode-se constatar que os dois cursos foram bem avaliados pelos estudantes. O curso de Pediatria apresentou uma avaliação superior ao de Saúde Coletiva III, pois obteve percentuais menores em todas as categorias de conceitos, com exceção do conceito muito bom, na qual obteve maior percentual (Figura 33).

Figura 33 – Percentuais relativos a todos os aspectos somados por categoria na avaliação SEEQ, Saúde Coletiva III e Semiologia Pediátrica, Botucatu, 1999-2000



(1) Percentuais seguidos de diferentes letras diferem estatisticamente, considerando-se cada categoria dos conceitos.

È possível identificar algumas similaridades nos casos e diferenças entre os mesmos. Pode-se observar, a partir da discussão apresentada na introdução deste trabalho, que se por um lado a formulação destes cursos é resultado de uma proposta ampla de reformulação curricular ocorrida na Faculdade de Medicina de Botucatu nos anos que a antecederam, chegada a hora de executá-las, a reformulação curricular já estava em curso, porém não se efetivou da maneira que havia sido proposta. Assim as inovações dos casos estudados ocorreram muito mais por um esforço interno dos Departamentos de Saúde Pública e de Pediatria do que pela proposta geral de reformulação curricular da instituição, muito embora o clima institucional favorecesse as inovações. Como apresenta Leite et al (1999) “a mudança aparentemente individual do professor, acontece num contexto desafiador, do contexto da ruptura. O interessante é que o aparentemente individual esconde um coletivo”.

Os formuladores dos cursos tiveram um alto grau de autonomia e independência no sentido de se poder “abrir asas à imaginação” e construir cursos de acordo com seus princípios e com a introdução de metodologias educacionais, sem a necessidade de discussão de cada passo com a instituição. Estes docentes estavam mobilizados para construir o projeto inovador.

Não se podem perder de vista dois problemas presentes na execução dos cursos: A cultura institucional que valoriza as ciências básicas, as disciplinas clínicas e cirúrgicas e que não valoriza a área da Saúde Pública e a questão da mudança curricular. Se por um lado os professores dos Departamentos de Saúde Pública e de Pediatria haviam se envolvido no processo de reforma curricular, haviam contribuído para construção inicial de um novo modelo curricular, com o passar do tempo, como a referida reforma não ocorreu como planejada, alguns professores sentiram-se desmotivados a participar de proposições mais pontuais de mudanças, entendendo que deveria

ocorrer uma mudança geral do ensino ou então não valeria o esforço do trabalho de reforma de cursos isolados no contexto de um currículo que pouco avançou na sua reformulação.

Como a estrutura geral do currículo não mudou significativamente, foram encontradas dificuldades para implementar os cursos aqui estudados. Observando-se o contexto, podem-se identificar algumas limitações na estrutura curricular que de certa maneira podem ter interferido no desenvolvimento dos cursos, como:

- as outras disciplinas foram ministradas conjuntamente aos casos estudados e ministradas de forma anual ou semestral;
- cada disciplina foi organizada de forma isolada com seu conteúdo, método e forma de avaliação;
- cada disciplina se organizou sem conhecer o que ou como seriam ministradas as outras;
- as datas de provas foram agendadas sem se saber o que se estava ministrando nas outras disciplinas, nos dias das mesmas;
- não foi organizada nenhuma forma de integração entre as disciplinas;
- os professores não obtiveram nenhum tipo de mudança no seu trabalho ou na sua promoção, permanecendo o modelo de trabalho que valoriza a pesquisa e a assistência e pouco valoriza a docência, com pouco tempo para se dedicar a participação nos cursos de graduação;
- a biblioteca ofereceu poucas referências;
- falta de tempo livre para os estudantes se dedicarem a atividades extracurriculares ou mesmo para estudo individual e em grupo.

Estas limitações acima referidas são apontadas tanto nas avaliações dos professores, por exemplo quando observam “Os estudantes não tinham tempo para ler ou pesquisar o necessário” ou “Eu não tive o tempo necessário para me dedicar ao curso”, como na fala dos estudantes: “Houve dificuldade de conciliar a participação e dedicação a este curso que exigia muito, tendo

também que me dedicar as outras disciplinas do terceiro ano de mesma importância” ou na carta de uma aluna “desculpem-me professores, mas estando preocupada com a prova oral de neuroanatomia que farei hoje à tarde, não me encontro com a menor disposição para escrever cartas.”

Apesar destas constatações pode se apreender que, como os cursos foram organizados como um processo em construção, foi possível durante a execução modificar proposições previstas inicialmente. Assim, a cada momento no qual observou-se dificuldade de realização de pesquisa bibliográfica por falta de material na biblioteca, o próprio grupo de professores providenciou o material. Quanto à questão dos cursos “concorrerem” com as demais disciplinas do terceiro ano, a solução encontrada foi, durante os cursos e mesmo em relação ao futuro, propiciar dentro da carga horária dos próprios cursos maior tempo para estudo e preparo de trabalho, mesmo que disto decorra uma diminuição do conteúdo, entendendo-se que talvez pior do que não ministrar todo o conteúdo planejado, com a metodologia proposta, seria ministrá-lo com a percepção de que os estudantes não teriam condições de aprender.

Quanto ao problema do “tempo” de dedicação dos professores aos cursos, pouco valorizado na promoção ou na carreira do docente, foi possível constatar que, dado todo o trabalho exigido pelo docente, na instituição, não seria possível manter o mesmo grupo de professores durante toda a realização dos cursos e neste sentido trabalhou-se para encontrar novos professores ou médicos contratados, no caso da Pediatria, e capacitá-los da melhor forma possível, durante o decorrer dos cursos. Isto aparece como um problema tanto na fala dos alunos como na dos professores e, para o futuro, deve ser melhor avaliada, pois na condução do curso, mais especificamente no caso da Saúde Coletiva, gerou insegurança para todos. Aqui é importante ressaltar que o próprio sucesso dos cursos fez com que os professores se interessassem em

participar dos mesmos com dedicação , demonstrando a riqueza da inovação, mesmo sendo restrita a disciplinas ou cursos.

Com todas estas ponderações e com a necessidade de revisão e melhor organização futura, há que se valorizar o fato de que, a participação dos professores no curso gerou a percepção da possibilidade de mudança de ensino e isto pode contribuir para estimular um maior número de professores na instituição sobre a possibilidade de mudança.

## **Sobre as questões gerais do Curso de Saúde Coletiva**

### **O ensino da Saúde Coletiva**

A principal missão colocada aos formuladores deste curso foi a utilização de estratégias que pudessem proporcionar ao estudante de medicina a valorização da área de Saúde Coletiva, como um importante campo de conhecimento da educação médica.

No entanto, o contexto geral, vivenciado no Brasil, também não facilita esta aspiração já que a todo momento só se apresentam, principalmente na mídia, as falhas, o “caos” que se encontra o SUS no Brasil, inclusive da rede de Atenção Primária à Saúde.

Como aponta Schraiber (1999), discutindo o trabalho em Centros de Saúde no Brasil, há necessidade de revalorização da atenção primária e do trabalho profissional neste nível de atuação, assim como da qualidade resolutiva da assistência e de valorização da integralidade das ações, compreendendo-se aí a interface gestão de saúde, planejamento e processo de trabalho em saúde.

Observa-se que todo o trabalho neste curso valorizou o trabalho no SUS em especial, na atenção primária, e isto foi reconhecido e valorizado pelos estudantes, sendo este um dos pontos mais positivos enquanto resultados objetivados e alcançados pelo curso.

A metodologia da problematização utilizada em diferentes momentos do curso de Saúde Coletiva III, como a primeira visita a áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde de Botucatu, o estudo do paciente diabético do CSE e o trabalho prático do módulo de planejamento, permitiu avançar no sentido de se aproximar este curso ao modelo proposto pelo movimento da Medicina Comunitária.

Enquanto movimento de reforma médica, como vimos, a Medicina Comunitária buscava recompor a integralidade do ato médico como a Medicina Integral, voltando-se para a promoção e prevenção, mas avançaria na concepção da determinação social do processo saúde-doença, entendendo a prática profissional diferente da prática clínica centrada na doença. A valorização do cenário da atenção primária como campo de aprendizado é destacada, bem como a idéia de regionalização.

A Medicina Comunitária, discutida aqui a partir dos conceitos desenvolvidos por Schraiber e Mendes Gonçalves, privilegia o desenvolvimento de tecnologias apropriadas à atenção primária e neste sentido objetiva expor o estudante às mesmas. Assim, a valorização da troca e da parceria no trabalho prático foi extremamente rica a possibilidade de participar da UBS, discutir com as chefias, funcionários e comunidade questões presentes no cotidiano de trabalho em saúde.

Tanto os problemas na ABP como a problematização foram usadas como metodologias de ensino que muito facilitaram a compreensão da importância dos conhecimentos da área da Saúde Pública na formação do médico. A problematização privilegiou a vivência na prática, permitindo

“reflexões feitas sobre a realidade e o estudo realizado para buscar soluções para os problemas ali encontrados visando exatamente agir sobre esta mesma realidade, para transformá-la em algum grau. A investigação realizada não ficava, por este caminho, restrita às conclusões. Pelo contrário, as conclusões do estudo devem orientar uma ação concreta dos que aprenderam, como retribuição ao meio

social que lhes permitiu a aprendizagem. Dessa forma, os estudantes, os profissionais ou as pessoas que passam pelo caminho da problematização, além de transformar-se pelos novos conhecimentos adquiridos e pelas habilidades intelectuais exercitadas, ainda têm a chance e o compromisso da prática transformadora, no contexto social de onde extraíram os problemas de estudo. O cidadão vai sendo continuamente preparado por este processo, para exercer seu papel social e político” (Berbel, 1999, p. 163-164).

Como exemplo pode se citar o trabalho no módulo problemas de saúde, no qual um grupo de alunos fez seu estudo a partir da identificação de que as crianças com problemas respiratórios crônicos só procuravam a Unidade Básica de Saúde nas crises, e que não havia por parte da chefia da Unidade ou mesmo da pediatra qualquer proposição para alterar o quadro. Ao final do estudo, os estudantes fizeram uma apresentação do problema identificado à chefia e à pediatra, propondo uma intervenção para melhorar a situação encontrada. O tema foi polêmico, pois a própria apresentação do estudo não foi bem recebida pela chefia que procurou justificar e de certa maneira “defender” sua Unidade, colocando toda a explicação do problema na excessiva demanda ao serviço. Frente a isto, os estudantes apresentaram soluções para enfrentar o problema. Uma outra situação exemplar aconteceu com o estudo dos pacientes diabéticos no CSE, na qual o coordenador do módulo participou de uma reunião da área de atenção à saúde de adultos do serviço para apresentar os problemas identificados pelos estudantes no estudo.

Se este estudo fosse de maior duração, ou como uma proposta de trabalho longitudinal, ao longo, por exemplo, dos três primeiros anos do Curso Médico, com certeza a possibilidade de intervenção na realidade poderia ter maior desenvoltura. Entretanto, sempre que possível, procurou-se dar um retorno aos serviços sobre os temas problematizados.

Trabalhar com os problemas, de forma enfática, foi considerado por todos um caminho a ser trilhado no ensino da Saúde Coletiva. A utilização da ABP, logo no início do curso, propiciou um certo impacto, tanto por terem sido apresentados diferentes problemas para os diferentes grupos, como por ter dado a impressão de se abrir ao estudante um leque de questões interessantes a serem estudadas no campo da Saúde Pública e que eram até certo ponto desconhecidas anteriormente.

O trabalho de problematização da realidade, também, foi destaque na avaliação dos alunos. A novidade não foi ter colocado os alunos em Unidades Básicas de Saúde, no terceiro ano médico, pois esta prática já vinha sendo realizada anteriormente, na disciplina de Administração em Saúde Pública. Também não foi novidade fazer inquérito ou pesquisar a realidade já que eram práticas realizadas nas disciplinas de Epidemiologia, Ciências Sociais e Administração. A grande novidade e contribuição deve-se à possibilidade de trabalhar em Unidades Básicas e /ou regiões de abrangência das mesmas, com planejamento participativo e então problematizar a realidade e buscar caminhos para enfrentar os problemas diagnosticados sem perder de vista a própria realidade e o conhecimento já produzido sobre os diferentes temas trabalhados. Esta oportunidade de sentir-se sujeito, poder identificar problemas e propor soluções foram os elementos diferenciados expressivos no processo.

Como nos coloca Cunha (1999),

“costumamos passar para os nossos alunos, na universidade, a tradição da ciência positiva, onde as certezas são valorizadas e as dúvidas punidas. Esta tradição se manifesta em quase todas as práticas usuais de ensino-aprendizagem, sendo inspiradoras, inclusive, da lógica com que são organizados os currículos. Há nela a percepção de que a teoria vem antes da prática e que esta deva ser compreendida como aplicação da primeira. Os estágios curriculares

localizados ao final dos cursos de graduação são um exemplo significativo desta compreensão. Além disso, a dicotomização da realidade se faz pela disciplinarização do conhecimento e pela crescente valorização da especialidade.

Talvez o maior desafio de trabalhar as novas metodologias e o próprio formato do curso por núcleos temáticos tenha sido buscar romper esta disciplinarização do conhecimento.

Reforçando o que foi aqui apresentado, pode-se citar um texto de Almeida Filho, Coelho e Peres, (1999) no qual se discute em profundidade a conceituação do processo saúde-doença e cuidado à saúde. Segundo os autores, não basta apenas mudar a metodologia para se ter a mudança paradigmática desta conceituação. O que significa que, se os problemas fossem discutidos no modelo biomédico prioritariamente, poder-se-ia avançar na compreensão da complexidade nas diversas dimensões envolvidas. Porém, se não estiver presente a concepção do paradigma da Medicina Comunitária acrescido de uma visão interdisciplinar, a discussão poderá continuar privilegiando a explicação biomédica da doença que não é menos importante mas não é a única, e precisa ser revista se o objetivo for uma mudança paradigmática na educação médica.

### **O trabalho com os núcleos temáticos**

Embora tenha sido desenhado como um curso único, com a participação de cinco disciplinas, muitas questões não estavam claras aos professores.

Para construção dos objetivos do curso, os professores trabalharam a partir de listagens básicas de objetivos de cada uma das disciplinas, buscando-se a construção de núcleos temáticos que pudessem aglutinar conteúdos, enfatizando-se a possibilidade de aproximar os conteúdos das disciplinas, tendo em vista a complexidade dos objetos a serem estudados. Assim, não apenas disciplinas e conteúdos foram integrados, mas procurou-se dialogar

com as diversas perspectivas a respeito do objeto de conhecimento (Mercer,2000). Interessante notar que este trabalho foi compreendido por todos como necessário e todo o processo foi se dando de forma construtiva e valorizando-se amplamente a integração.

### **Sobre a avaliação dos módulos**

Todos os módulos foram bem avaliados pelos alunos, notando-se que o aprendizado foi adequado.

No entanto, chama a atenção que o primeiro módulo foi o melhor avaliado e, se comparado aos demais, pode-se notar que houve uma queda do muito bom e bom para bom e regular. Isto pode ser explicado pelo fato do primeiro grupo de professores estar mais capacitado para ministrar o curso, já que se tratavam dos formuladores do mesmo ou pela grande substituição dos professores nos módulos seguintes.

### **A especificidade do Curso de Semiologia Pediátrica**

Frente às necessidades do Sistema Único de Saúde, a importante valorização hoje do espaço ambulatorial na prática médica, da relação médico-paciente que considere a área afetiva e a vida em sociedade, foi organizado o novo curso de Semiologia Pediátrica.

A inovação na Semiologia Pediátrica procurou dar uma visão da criança inserida em uma família e em uma comunidade, mostrando suas características de crescimento e desenvolvimento, suas necessidades biológicas e emocionais, bem como os agravos à saúde mais frequentes em cada um dos diversos cenários de ensino trabalhados. O curso buscou inovar, rompendo com uma visão médica de criança ou adolescente que se restringe a abordagem biológica e superficial dos sintomas que valoriza a tecnologia de equipamentos e medicamentos em detrimento de uma relação médico-paciente-mãe mais humanizada e da prática clínica inserida num contexto social.

Assim, os problemas apresentados privilegiaram a integralidade da criança, valorizando-se aos aspectos afetivos, o contexto social, a prática ambulatorial em diferentes serviços e trazendo questões da Saúde Pública para uma prática clínica mais adequada.

Da forma como os problemas foram construídos, foi possível estudar a presença de queixas psicossociais, muitas vezes desvalorizadas no ensino médico e sobre as quais os serviços de saúde e os médicos não sabem dar respostas, pois não as reconhecem como queixas. Exemplo deste esforço pode ser reconhecido no tema adolescência, abordado em aula teórica ou no problema de uma criança em idade escolar com dificuldades no seu processo de escolarização. Esta abertura de se apresentar uma criança na sua integralidade confirma o avanço deste curso rumo ao rompimento à Medicina biologicista e em direção à proposta do movimento da Medicina Integral, ao encontro de uma criança, sua mãe, sua família, seu sofrimento e sua fala. Isto foi possível por se ter se compreendido que o ensino da semiologia não poderia “ser visto como algo abstrato e, portanto, universal, independente do contexto em que se realiza a consulta” (sucupira e Ferrer, 2000:108).

O trabalho com a ABP facilitou esta demanda e nisto também pode ter facilitado uma aproximação dos conteúdos da Saúde Pública, porém no sentido que se tem visto a atuação da Pediatria Social, que na apreensão do cuidado individual da criança se utiliza de saberes de Saúde Pública.

Importante salientar que na avaliação dos estudantes (SEEQ) o curso recebeu, como um todo, o conceito muito bom, o de maior pontuação na escala utilizada. Na avaliação qualitativa os estudantes destacam a utilização do cenário deversificado e o aprendizado na prática como de grande valor para a sua formação. Neste sentido, a possibilidade de acompanhar a criança no berçário, a criança hospitalizada por um quadro grave, a criança em um Centro de Saúde e a criança no ambulatório do hospital-escola foi importante

à compreensão do papel que cabe a cada serviço na composição do sistema de saúde.

### **Sobre os instrumentos de avaliação dos dois cursos**

Na análise dos resultados obtidos da avaliação dos estudantes pelo SEEQ modificado no curso de Saúde Coletiva e no de Semiologia Pediátrica, pode se perceber que o curso de Pediatria, em todos os itens do instrumento, teve uma avaliação mais favorável se comparado ao curso de Saúde Coletiva e esta possibilidade de usar um mesmo instrumento para avaliar cursos que tenham semelhanças em método e tempo de duração pode trazer benefícios no sentido de, a partir da avaliação identificar os maiores problemas e propor as modificações que se façam necessárias.

Sem desvalorizar o instrumento utilizado por um ou outro autor, talvez o mais importante seja a possibilidade de se imprimir uma cultura de avaliação dos cursos e disciplinas e que a mesma possa inclusive ser discutida objetivando-se o aprimoramento do currículo.

## **6. Considerações finais**

*“A inovação muda para o novo, articulando a teoria e ação mergulhadas e comprometidas com o emergente emancipador. Toma o partido da esperança histórica dos construtores do amanhã”*

*Wittman, 1998*

Estamos no início do terceiro milênio. Se está clara a necessidade de revisão dos modelos de produção de conhecimentos, da própria produção de conhecimentos nas ciências, isto não se dá com relação a questão da metodologia de ensino, na Universidade e no ensino específico na escola médica. A metodologia de ensino não está se inovando e nem está em sintonia com os avanços científicos e tecnológicos. O professor universitário de uma escola médica continua utilizando, na maioria dos casos, modelos de ensino bastante tradicionais, centrado na transmissão de informação.

Fernandez (2002) reconhece que para a inovação ocorrer, esta tem como a referência o professor.

*“Hoje em dia é impossível imaginar, no âmbito da inovação, atuações planejadas na sua totalidade”, que resultem um desenvolvimento linear e fiel ao planejado na sua prática. Ao contrário, a inovação é um fenômeno de mudança que está sujeito a modificações e variações produzidas pelos seus agentes, seus mediadores. A importância do professor nesse processo é extraordinária (Fernandez, 2002, p.45).*

A prática docente não é neutra. O docente pode ser um agente de mudança ou pode propagar o “*status quo*”. Estas questões precisam ser explicitadas, perceber o lugar do professor, que sua forma de pensar e agir os pode não ser homogênea e também pode conter discursos contraditórios. Uma

inovação em vistas à mudança não poderá nunca desconsiderar seu corpo docente.

Foi possível observar que a inovação nos dois casos estudados ocorreram com a presença de um trabalho em grupo. Embora os professores, os médicos e os outros profissionais envolvidos viessem de uma prática de trabalho individual, na elaboração e desenvolvimento dos cursos abriram-se para compartilhar seus êxitos e suas dificuldades, procurando adaptar e melhorar continuamente métodos, objetivos e conteúdos.

É justificado que para inovar e comprovar para si mesmo que o processo de inovação ocorreu e que o mesmo pode ser favorável ao processo ensino-aprendizado, novas relações entre os professores e entre esses e os estudantes devem ser oportunizadas.

A descrição, análise e avaliação dos Cursos de Semiologia Pediátrica e de Saúde Coletiva pode contribuir na construção de um ensino médico que gere um profissional ativo, com maior autonomia, e mesmo na percepção do papel fundamental do professor neste percurso, promovendo dialogicamente a integração de conteúdos específicos a serem ministrados na contextualização da situação concreta na realidade.

O modelo de planejamento dos cursos pode ser um exemplo de integração curricular e inclusive da possibilidade do trabalho de integração disciplinar e por núcleos temáticos.

A preocupação com a avaliação esteve presente em todos os momentos dos cursos e também pode ser um estímulo a outros cursos e aos docentes para abrirem-se a esta possibilidade trabalhando com os problemas identificados e procurando melhorar a qualidade dos mesmos, dando início a uma cultura de avaliação institucional.

Os resultados dos dois cursos estudados mostraram que as experiências foram bem sucedidas. Os pontos fortes dos dois cursos referem-se ao uso de novas tecnologias educacionais que promovem no estudante mudança no seu agir. Assim de alunos que ouvem, anotam, memorizam passam a se posicionar como sujeitos ativos, construtores de conhecimento e do aprendizado. Buscando conhecimentos de formas diferentes dialogaram com diferentes atores e nesse processo os alunos sentiram-se bastante valorizados.

A sistematização das experiências e a apresentação dos problemas vivenciados, das dificuldades, e a complexidade dos processos podem contribuir para o aprimoramento dos cursos e possivelmente mobilizar a instituição para um processo maior na caminhada da transformação de seu ensino.

Mudar é antes de tudo poder aprender com novos contextos e compartilhar com os sujeitos o processo e isso foi implementado nos dois cursos.

É preciso se ter clareza, porém, que, se o objetivo de uma escola médica for a reforma ou a transformação do seu ensino, não serão dois cursos inovadores isolados que a promoverão, porque, de qualquer forma no ensino médico o paradigma positivista ainda é muito forte e preponderante. Mas aí o germe da ruptura pode estar lançado.

Uma das questões mais gratificantes e entusiasmantes dos cursos foi ter trabalhado com novas tecnologias (ABP, Problematização e novos cenários). Tanto os alunos como os professores sentiram-se muito beneficiados com as mudanças e estas deverão ser mantidas no futuro.

Todos estes dias, nesses 15 anos de trabalho como professora universitária olho para os alunos, professores, estagiários e residentes e me pergunto: mudou alguma coisa? O que mudou?

## ***7 Referências Bibliográficas***

- ABRAHAMSON, S. Time to return medical schools to their primary purpose: Education. **Acad. Med.**, Washington, v.71, n.4, p.343-347, 1996.
- AGUIAR, A C. Implementando as novas diretrizes curriculares para educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 161-166, 2001.
- ALBANESE, M. Problem based learning: Why curricular are likely to show little effect on knowledge and clinical skills. **Med. Educ.**, Oxford, v.34, p.729-738, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.11, n.1/2, p.5-20, 1997.
- ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M.T.A.; PERES, M.F.T. O conceito de Saúde Mental. **Rev. USP**, São Paulo, n.43, p. 100-125, 1999.
- ALMEIDA, D.B.; ARAÚJO, C.G.; CAMPANA, A.O.; MONTENEGRO, M.R. Análise da evolução do curso de aplicação em medicina da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu a partir de 1966. In: REUNIÃO ANUAL DA ABEM, 8.,1970, Brasília. **Anais...** Brasília, 1970. p. 121-40.
- ALMEIDA, D.B.; ARAÚJO, C.G.; CAMPANA, A.P.; NÓBREGA, F.J.; GAGLIARDI, S.; CARANDINA, L.; RIBEIRO, A.F.; MAGALDI, C. Anteprojeto de reestruturação do Curso de Aplicação em Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu (FCMBB). In: REUNIÃO ANUAL DA ABEM, 8., 1970, Brasília. **Anais...** Brasília, 1970. p.141-162.
- ALMEIDA, D.B.; MAGALDI, C. Medicina Humana na FCMBB. **Rev. Assoc. Docentes FCMBB**, Botucatu, v.1, p.49-55, 1974.

ALMEIDA, M.J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Editora UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ANDRÉ, M.E.D.A **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papirus, 1995.

ARESKOG, N.H. Multiprofessional education at the undergraduate level. In: SOOTHILL, K.; MACKAY, L.; WELB, C. (Eds.) **Interprofessional relations in health care**. London: Edward Arnold, 1995. p. 125-139.

AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. 1975. 262p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BALZAN, N.C. Formação de professores para o ensino superior: desafios e experiências (The training of professors for higher education: challenges and experiences). In: BICUDO, M.A. (Org.) **Formação do educador e avaliação educacional**. São Paulo: Editora UNESP, 1999. v.2.

BATISTA, N.A. & SILVA, S.H.S. **O Professor de Medicina**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

BATISTA, N.A.; SOUZA DA SILVA, S. A função docente em Medicina e a Formação/Educação Permanente do Professor. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v.22, n.2/3, p.31-36, 1998.

BAUM, F. Researching Public Health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. **Soc. Sci. Med.**, v.40, n. 4, p. 458-468, 1995.

BERBEL, N.A.N. A metodologia da Problematização e os Ensinos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: BERBEL, N.A.N. (org.) **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: Editora Uel, 1999. p.1-28.

BERBEL, N.A.N. A metodologia da problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da proxis. **Semina**, Londrina, v. 17, ed. esp., p.7-17, nov. 1996.

- BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v.2, n.2, p.139-154, 1998.
- BERBEL, N.A.N. **Avaliação da aprendizagem no ensino superior**. Londrina: Ed. UEL, 2001.
- BERBEL, N.A.N. Introdução. In: BERBEL, N.A.N.(Org) **Avaliação da aprendizagem no ensino superior**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p.1-18.
- BINDER, M.C.P.; MAGALDI, C.; LOPES, M.R. Internato de saúde pública na Faculdade de Medicina de Botucatu. **Educ. Méd. Salud**, Washington, v.15, p.142-150, 1981.
- BLIGH, J. Editorials Problem-based Learning: the story continues to untold. **Med. Educ.**, Oxford, v.3, p.688-689, 2000.
- BOELEN, C. Medical education reform: the needs for global action. **Acad. Med.**, Washington, v.67, n.11, p.745-749, 1992.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto Editora, 1994.
- BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. O que é ensinar. In: BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. (Org.) **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p.39-57.
- BRAGA, A.M. Reflexões sobre a superação do conhecimento fragmentado nos cursos de graduação. In: LEITE, D. (Org.) **Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1999. p. 19-36.
- BRAGA, A.M; GENRO,M.E.; LEITE,D. Universidade futurante:inovação entre as certezas do passado e incertezas do futuro. In: LEITE, D. (Org.) **Universidade Futurante: produção do ensino e inovação**. 2ed.Campinas:Papirus, 2002.p21-38.
- BRIANI, M.C. O ensino médico do Brasil está mudando? **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v.25, n. 3, p. 73-77, 2001.

CAMARGO, A.L.C. O discurso sobre a avaliação escolar do ponto de vista do aluno. **Rev. Fac. Educ. Univ. São Paulo**, v.23, n.1, p. 1-16,1997.

CAMARGO, F.M. A atualidade de Freire nos cursos de Pedagogia. In: FREIRE, A.M.A. (Org.) **A pedagogia da libertação em Paulo Freire**. São Paulo:Editora UNESP, 1999. p.65-69.

CAMBI, F. **História da Pedagogia**. São Paulo:Editora Unesp, 1999.

CAMPANA, A.O; MONTELLI, A.C.; MAGALDI, C.; ALMEIDA, D.B.; MEIRA, D.A.; TUCCI, P.J.F. **Filosofia de Ensino**. Botucatu:FCMBB, Departamento de Medicina, 1968. (mimeogr.).

CAMPOS, G.W.S. Educação Médica, Hospitais Universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15 , nº1, p.187-193, 1999.

CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R.C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.141-144, 1997.

CARVALHO, S.P. O que encanta o profissional e o faz mudar? **Patio**, v.1, n.4, p.19-21, 1998.

CARVALHO,A.A Semiologia Pediátrica- Resgate. **Conferência nacional sobre o ensino da Pediatria**, III. Sociedade Brasileira de Pediatria, Águas de Lindóia, p.1-3,1992.

CASTRO, C.M. E quem avalia os professores? **Dois Pontos: teoria e prática em educação**, Belo Horizonte, v. 2, nº 13, p.12-13,1992.

CECCIN, R.B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIN, R.B.; CARVALHO, P.R.A. (Org.) **Criança Hospitalizada**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997. p. 27-41.

CINAEM. Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico. **Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras**: relatório do modelo pedagógico. 1997. (mimeogr.)

- COLL, C. **Psicologia e currículo**: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo:Editora Ática, 2000.
- COLLIVER, J.A. Effectiveness of Problem-based Learning curricular: research and theory. **Acad. Med.**, Washington, v.75, p.259-266, 2000.
- CUNHA, M.I. A Avaliação da aprendizagem no ensino superior. Avaliação. **Rev. Rede Avaliação Instituc. Educ. Superior**, Campinas, v. 4, n.14, p. 7-13, 1999.
- Cunha, M.I. Ensino com pesquisa: a prática do Professor Universitário. **Cad. de Pesquisa**, São Paulo, v.97, p. 31-46, 1996.
- CUNHA, M.I.; MARSICO, H.L.; BORGES, F.A.; TAVARES, P. Inovações pedagógicas na formação inicial de professores. In: FERNANDES, C.M.B.; GRILLO, M. (Org.) **Educação superior**: travessias e atravessamentos. Canoas: Ed. ULBRA, 2001. p.33-90.
- CYRINO, A.P.P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde**: estudo de um serviço de atenção primária. 1993. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CYRINO, E.G. **Estudo de um Programa de Saúde Escolar em uma escola estadual da periferia de Botucatu**. 1994. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CYRINO, E.G. O diagnóstico de Saúde da Criança no Ensino Médico: Relato de uma experiência. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, v.11, p.20-25, 1995.
- DANTAS, F.; LOPES, A.C. Medicina embasada na competência. **Medicina**. Conselho Federal, Brasília, v.17, nº 132, p. 8-9. jan./fev. 2002.
- DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 3<sup>a</sup> ed. Campinas: Autores Associados, 1998.

DES MARCHAIS, J.E., HIVON, R. A “Student-Centred” Education Programme Theoretical Considerations. **Ann. Community Oriented Educ.**, Netherlands, v.7, p. 63-71, 1994.

DONNANGELO, M.C. Saúde e sociedade. In: DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DUTRA DE OLIVEIRA, J.E Plano de Ensino Médico na Faculdade de Botucatu, em São Paulo. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v.12, n. 8, , p.323-330, 1966.

DUTRA DE OLIVEIRA, J.E.; CAMAIA, A.; MARASCO, M.L.; DONATO, M.J.; SOUZA, N.; RESENDE, T.A.; ASSIS MOURA, J.L.; MONTELLI, A.C. Uma experiência de ensino formativo na Faculdade de Medicina de Botucatu. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v.13, n.8, p. 406-408, 1967.

ENGEL, C.E. Not just a method but a way of learning. In: BOUD, D., FELLETTI, G. (Org.) **The challenge of problem based learning**. New York: St. Martin’s Press, 1991. p.23-33.

EZPELETA, J.; ROCKWELL, E. (1989) **Pesquisa participante**. São Paulo, Cortez, 1989.

FELETTI, G. Inquiry based and problem based learning; how similar are these approaches to nursing and medical education. **Higher Educ. Res. Dev.**, v.12, n.2, p.143-156, 1993.

FERNANDEZ, J. T. O docente inovador. In: DE LA TORRE, S. et al. **Curso de formação para educadores**. São Paulo: Madras, 2002. p.45-55.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Eletrônico: Século XXI**. Editora Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, J.R. Análisis prospectivo de la educación médica. **Educación Médica y Salud**, v.20, n.1, p.26-42, 1986.

FERREIRA, J.V.; RODRIGUES, P.P.; GUIMARÃES, F.; CAMPOS, C. Alguns aspectos do ensino da pediatria no Brasil. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.56, n.5, p. 332-334.

FEUERWERKER, L.C.M. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Rede Unida, 1998.

FORESTI, M.C.P.P. & PEREIRA, M.L.T. A Formação Pedagógica construída na área da Saúde: Excertos de uma prática interdisciplinar na pós-graduação. In: MASETTO, M. (Org.) **Docência na Universidade**. 4ª edição. Campinas: Papyrus, 2002. p.69-76.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.61-70, 1998.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 79p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1975.

FREITAG, B. Aspectos filosóficos e sócio-antropológicos do construtivismo pós-piagetiano-I. In: GROSSI, E.P.; BORDIN, J. (Org.) **Construtivismo Pós-piagetiano**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 26-34.

GARCIA, J.C. **La Educación médica en la America Latina**. Washington: DPS, 1972. (Publicación científica, 255)

GATTI, B.A. Avaliação institucional e acompanhamento de instituições de ensino superior. **Estud. Avaliação Educ.**, São Paulo, n. 21, p. 93-107, 2000.

GILL, J.; LING, J. Interprofessional shared learning: A curriculum for collaboration. In: SOOTHILL, K.; MACKAY, L.; WELBE, C. (Eds.) **Interprofessional relations in health care**. London: Edward Arnold, 1995. p. 172-178.

GORDON, P. **A new Medicine Curriculum in Londrina: the Dean's perspective on the change process project**. 2001. 68p. (master in Health

Professionals Education) - Department of Medical Education in the College of Medicine of the University of Illinois at Chicago.

GROSSI, E. Aspectos pedagógicos do construtivismo pós-piagetiano-I. In: GROSSI, E.P.; BORDIN, J. (Org.) **Construtivismo Pós-piagetiano**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 156-161.

HERNANDEZ, F. A importância de saber como os docentes aprendem **Pátio**, Porto Alegre, v.1, n.4, p. 9-13, 1998.

HUERTAS, F. **O Método PES**: entrevista com Matus. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IRBY, D.M. Faculty Development and Academic Vitality. **Acad. Med.**, Washington, v.69, p.769, 1993.

IRBY, D.M. Models of faculty development for problem-based learning. **Adv. Health Sci. Educ.**, v.1, p.69-81, 1996.

JACOBS, M. Faculty Status for Clinician-Educators: Guidelines of evaluation and Promotion. **Acad. Med.**, Washington, v.68, n.2, p.126-128, 1993.

KELLEY, W.N.; STROSS, J.K. Faculty Tracks and Academic Success. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v.116, n.8, p.654-659, 1992.

KISIL, M.; CHAVES, M. **Programa UNI**: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde. Battle Creek: Fundação W.K.Kellogg, 1994.

KOMATSU, R.S.; ZANOLLI, M.B.; LIMA, V.V. Aprendizagem baseada em problemas. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. (Org.) **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p.223-237.

LAMPERT, E. Avaliação do Professor Universitário: pressupostos teóricos e conclusões. **Estud. Avaliação Educ.**, São Paulo, nº 12, p.79-94, 1995.

LEATHARD, A. Inter-professional developments in Britain. In: LEATHARD, A. (Ed) **Going Inter-professional**: working together for health and welfare. London: Routledge, 1994. p. 3-11.

LEINSTER, S.J.; DANGERFIELD, P.H. Obstacles to real change in medical education. **Educ. Health**, Exeter, v. 9, n.1, p.25-30, 1996.

LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública**. A pedagogia crítico social dos conteúdos. São Paulo: Loyola, 1987. p.19-44.

LIMA, V.V. **Educação Médica**: a dimensão social no currículo do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília, 1998 e 1999. 2000. 296p.Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUCKESI, C. **Avaliação da aprendizagem escolar**: estudo e proposições. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

LUCKESI, C. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem? **Patio**, Porto Alegre, v.3, n.12, p. 6-11, 2000.

MACHADO, J.L.M.; TREZZA, E.; RUIZ, T. Reformulação do Ensino Médico rumo à formação profissional de qualidade. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, v.11, p.11-19, 1995.

MADRUGA, A. Aprendizagem pela descoberta frente a aprendizagem pela recepção: a teoria da aprendizagem verbal significativa. In: COLL, C.; PALACIOS,J.; MARCHESI, A. (Org.) **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. v.2, p.68-78.

MAGALDI, C. **Ensino Médico no Brasil**. Botucatu: Faculdade de Medicina, 1982. p. 1-18. (mimeogr.)

MAGALDI, C. Compromisso Social da Escola Médica. Documento apresentado ao Painel – A escola Médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO, 20, 1982, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto:ABEM; USP-Faculdade de Medicina, 1982. p. 1-12. (mimeogr)

MARGETSON, D. Beginning with the essentials: Why Problem Based Learning begins with problems. **Educ. Health**, Exeter, v.9, n.1, p.61-69, 1996.

MARSH, H.W. SEEQ: A reliable, valid and useful instrument for collecting students evaluation of university teaching. **Br. J. Educ. Psychol.**, London, v.52, p.77-95, 1982.

MASETTO, M. O professor universitário e sua formação pedagógica. In: Bicudo, M.A. (Org.) **Formação do educador e avaliação educacional: formação inicial e contínua**. São Paulo: Editora UNESP, 1999. v.2.

MATTOS, M.C.F.I.; PARADA, C.M.G.L.; BERTONCELLO, N.M.F. UNI - Botucatu – Inovando Métodos de Ensino. In: ALMEIDA, M.; FEWERKER, L.; LLANOS, M. (Org.) **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 239-245.

MCKINLAY, J.B. Paradigmatic obstacles to improving the health of populations – Implications for health policy. **Salud Publica Mex.**, v. 40, n.4, 1998.

MEIRA, D.A.; MONTELLI, A.C.; ALMEIDA, M.M.M.B. Curso formativo de clínica de doenças tropicais e infecciosas na FCMBB. **Rev. Bras. Pesqui. Méd. Biol.**, São Paulo, v.3, n.5, p.95-102, 1970.

MELLO, D.A.; ROUQUAYOL, M.Z.; ARAÚJO, D.; AMADEI, M.; SOUZA, J.; BENTO, L.F.; GONDIN, J.; NASCIMENTO, J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.583-595, 1998.

MERCER, H. Evaluación: reflexiones acerca del tema. **Interface – comun., saúde, educ.**, Botucatu, v.4, n. 7, p. 119-121, 2000.

MONTELLI, A.C.; MAGALDI, C. Alguns aspectos do curso de Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. 1969-1988. Edição Comemorativa dos 25 anos de sua Fundação**. São Paulo: FUNDUNESP, 1988. p. 57 - 67.

MONTELLI, A.C.; MAGALDI, C.; RIBEIRO, M.A.C.L.; PINHO, S.Z.; FRANCO, M.F.; MENDES, E.F.; MEIRA, D.A.; DELUCA, L.A.; MEIRELLES, M.; DOMINGUES, F. Diagnóstico da situação e perspectivas do ensino na Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp, 1978). **Rev. Brás. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v.4, p.53-62, 1980.

MONTELLI, A.C.; SOUZA, N. Ensino formativo e Curso de laboratório na FCMBB. **Ciênc.Cult., São Paulo**, v.19, nº 4, p. 709-711, 1967.

MOORE, G.T. Initiating Problem-based Learning at Harvard Medical School. In: BOUD, D., FELLETI, G. (Org.) **The challenge of problem based learning**. New York: St. Martin's Press, 1991. p.80-87.

MORIN, E. **Ciência com Consciência**. Mem Martins: Publicações Europa-América, 1994. 263p.

MOROSINI, M.C. Docência Universitária e o futuro: desafios e possibilidades In: FERNANDES, C.M.B.; GRILLO, M. (Org.) **Educação superior: travessias e atravessamentos**. Canoas: Ed. ULBRA, 2001. p.11-31.

MRONINSKI, C.R.L.; POZATTI, M.L. O processo saúde-doença e as práticas médicas. **Rev. FAMED**, Porto Alegre, p. 181-196, 1996.

Nadeau, G. (1988) citado por LAMPERT, E. Avaliação do Professor Universitário: pressupostos teóricos e conclusões. **Estud. Avaliação Educ.**, São Paulo, nº 12, p. 79-94, 1995.

NEAME, R; MURPHY, B.; STITT, F.; RATE, M. Universities without walls: evolving paradigms in medical education. **Br. Med. J.**, Edinburgh, v.319, n.7220, 1999. p.1-9.

NEMES, M.I.B. Prática Programativa em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B., NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.) **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 48-65.

OLIVEIRA, L.R. **Saúde pública em Botucatu: ensino, assistência e pesquisa, atualidade e tendências**. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, 1979. (mimeogr.)

OPS. Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la enseñanza de la pediatria. **Enseñanza de la Pediatría en las Escuelas de Medicina de la América Latina**. Washington, 1969. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, A. Educación Médica)

OPS. Componentes educativos de los programas para la promoción de la salud escolar. **Pan Am J. Public Health**, Washington, v.2, n.3, p.209-214, 1997.

ORY, J.C. (Ed.) **Teaching and its evaluation**: a handbook of resources. Champaign: Office of Instructional Resources, University of Illinois at Urbana, 1996.

OSWALD, N.T.A. Doctors for the 21<sup>st</sup> Century: The Contribution Primary Medical Care Could Make. **Educ. Health**, Exeter, v. 9, n° 1, p. 37-44, 1996.

PARENTE, S.M.B.A. **Pelos caminhos da ignorância e do conhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

PELUSO, M.A.M. & D'ELIA, G. Assessment of medical courses in Brazil using student-complement questionnaires. Is it reliable? **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med.**, S. Paulo, v.55, n.2, 55-60, 2000.

PENAFORTE, J. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S. Aprendizagem baseada em problemas: Características, processos e racionalidade. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J.; SCHMIDT, H.; CAPRARA, A.; TOMAZ, J.B.; SÁ, H. **Aprendizagem baseada em problemas**: Anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/ São Paulo: Hucitec, 2001.

PUCHALSKI, C.M. Reconnecting the science and art of medicine. **Acad. Med.**, Washington, v.76, n.12, p. 1124-1125, 2001.

PUGA, T.F.; LEONE, C.; SANTORO JUNIOR, M.; CUSMINSKY, M.; FLORES, M. A. O ensino de Pediatría nas escolas de Medicina da América Latina – ALAPE – OPS 2000. Informe preliminar. **Pediatría**, São Paulo, v.22, n.4, p.302-11, 2000.

RABELO, E. H. **Avaliação**: novos tempos, novas práticas. Petrópolis: Vozes, 1998.

RASCO, J.F.A. Inovação, Universidade e Sociedade. In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M.E.L.M. (Org.) **O que de há novo na educação superior**: do projeto pedagógico à prática transformadora. Campinas: Papyrus, 2000. p. 13-58.

RIBEIRO, E.C.O. Ensino/Aprendizagem na Escola Médica. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. (Org.) **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 40-49.

RIZZATO, A.B.P.; CYRINO, E.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R. Ambulatório de Pediatria como local de ensino. In: SAYEG, D.C.; DICKSTEIN, J. (Coord.) **Manual de Pediatria Ambulatorial**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1995. p.43-52.

RIZZATO, A.B.P.; TREZZA, E.M.C.; RAMOS, A.T.A. Ensino de Pediatria em ambulatório: objetivo, estratégia e avaliação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 13, REUNIÃO ANUAL DA ABEM, 1975, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEM, 1975. p. 411-442.

RUIZ, T.; BORGES, G.L.A.; CYRINO, A.P.P.; CORREA, I.; FONSECA, R.G.; GODOY, I.; LOPES, A.M.; MATTOS, R.C.; PAULINO, M.L.M.V.; TORALLES PEREIRA, M.L.; PERIOTO, A.M.; SILVA, M.M.; SILVA, V.S. A experiência da Comissão de Apoio Pedagógico na Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 23, n 2/3, p. 95-99, 1999.

SÁ, H. Análise crítica da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S; PENAFORTE, J.; SCHMIDT, H.; CAPRARA, A.; TOMAZ, J.B.; SÁ, H. **Aprendizagem baseada em problemas**: Anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/ São Paulo: Hucitec, 2001.

SALGADO, J.A. Novos parâmetros de qualidade da pesquisa e do ensino nas ciências da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA , 17., 1979, Poços de Caldas. **Anais...** Poços de Caldas, 1979. p. 5-16.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.

SCHALL, U. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortência de Hollanda na educação em saúde. Entrevista. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, p. 149-160, 1999.

SCHMIDT, H. AS bases cognitivas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S. Aprendizagem baseada em problemas: Características, processos e racionalidade. In: MAMEDE, S; PENAFORTE, J.; SCHMIDT, H.; CAPRARA, A.; TOMAZ, J.B.; SÁ, H. **Aprendizagem baseada em problemas**: Anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/ São Paulo: Hucitec, 2001.

SCHRAIBER, L. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea**: novos desafios, outros dilemas. 1997. 209p. Tese (Livre-docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHRAIBER, L.B. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n. 2, p. 221-241, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo:Hucitec, 1996. p.29-47.

SEVERINO, A.J. A Pós-Graduação, o conhecimento e a formação do professor. In: BICUDO, M.A. (Org.) **Formação do educador e avaliação**

**educacional:** formação inicial e contínua. São Paulo: Editora UNESP, 1999.  
v.2

SFEFFEN, A. Currículos, Pedagogia e Estruturas de Poder na Universidade.  
In: LEITE, D.(Org) **Pedagogia Universitária:** Conhecimento, Ética e  
Política no Ensino Superior. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS,  
1999. P. 53-62.

SHANK, G. **Qualitative research? Quantitative research? What is the  
problem?** Resolving the dilemma via a postconstructivist approach.  
Louisiana: Georg Source, 1993.

SILVA, A.F.G. Pedagogia como currículo da praxis. In: FREIRE, A.M.A.  
(Org.) **A pedagogia da libertação em Paulo Freire.** São Paulo: Editora  
UNESP, 1999. p.33-38.

SILVA, L.M.V. Educação Médica e a organização dos serviços de saúde. In:  
SILVA, L.M.V. (Org) **Saúde Coletiva:** textos didáticos. Salvador: Centro  
Editorial e Didático,1999. p.93-104.

SIMÕES, A.C.P.; TRINDADE, C.E.P.; TREZZA, E.M.C.; MAFFEI, H.V.L.  
Departamento de Pediatria. **Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.  
1969-1988. Edição Comemorativa dos 25 anos de sua Fundação,** São  
Paulo: FUNDUNESP, 1988. p. 213 – 217.

SOUZA, N. Departamento de Medicina Legal e Medicina em Saúde  
Pública. **Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. 1969-1988.  
Edição Comemorativa dos 25 anos de sua Fundação,** FUNDUNESP, SP,  
1988. p. 175 – 177.

SUCUPIRA, A.C.S.L.; FERRER, A.P.S. Uma experiência de ensino de  
propedêutica pediátrica em ambulatório. **Pediatria (São Paulo),** v.22, n.2,  
p.105-112, 2000.

TEKIAN, A.; WILLIANS, R. Vital Indicators of Teaching and Learning  
Success (VITALS): Stakeholders' Perspectives of a Course improvement  
System. **Acad. Med.,** Washington, v.72, n.5, p. 412, 1997.

- THIOLLENT, M **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1994.
- TORALLES-PEREIRA, M.L.; CASSEMIRO, R.R.; CYRINO, E.G. Formação de Professores: reflexões a partir de estágio extra-curricular oferecido pela universidade. In: FERNANDES, C.M.B.; GRILLO, M. (Org.) **Educação superior: travessias e atravessamentos**. Canoas: ULBRA, 2001. p.287-312.
- TRAD, L.A.B. & BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.429-35, 1998.
- TREZZA, E.M.C.; PREARO, A.Y. Saúde da Criança: Curso de Graduação Médica em Centros de Saúde, Creches e Escolas. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, v.11, p. 26-29, 1995.
- TRINDADE, C.E.P. **O Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: Jubileu de Prata**. Botucatu: UNESP, 1993. p. 2-9.
- VEIGA, I.P.A.; RESENDE, L.M.G.; FONCECA, M. Aula universitária e inovação. In: VEIGA, I.P.A.; CASTANHO, M.E.L.C. (org) **Pedagogia universitária: a aula em foco**. Campinas: Papyrus, p161-192, 2000.
- VENTURELLI, J. & FIORINI, V.M.L. Programas Educacionais inovadores em Escolas Médicas: Capacitação docente. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.7-21, 2001.
- VENTURELLI, J. **Educacion Medica: nuevos enfoques, metas y metodos**. Washington: OPS/OMS, 1997.
- ZANOLLI, M.L.; MERHY, E.E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.977-987, 2001.

## ANEXO I



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

*Departamento de Saúde Pública*

☎ (14) 6802 6200/6352 - FAX (14) 6822-3309 - Cep 18618-970 - Cx  
P. 549 - Botucatu – SP

---

### Curso de Saúde Coletiva III Módulo I: Problemas de Saúde Pública

#### **Avaliação do estudante sobre a qualidade do curso**

Esta forma de avaliação tem como principal objetivo captar a percepção do estudante sobre o curso ministrado e a atuação dos professores orientadores. Por favor, responda com seriedade, pois a análise da mesma será utilizada para continuidade/avaliação/reformulação do curso. Suas respostas serão mantidas anônimas, caso deseje e o professor orientador só receberá um resumo destas informações após ter dado as notas deste módulo do curso.

Selecione a melhor resposta para cada uma das frases a seguir, a partir de sua vivência no primeiro módulo do Curso de Saúde Coletiva III.

	Péssimo	Ruim	Moderado	Bom	Muito bom
<b>Aprendizado</b>					
<input type="checkbox"/> Você aprendeu um conteúdo que considera de valor profissional					
<input type="checkbox"/> Seu interesse pelo tema estudado cresceu em consequência deste curso					
<input type="checkbox"/> Você achou o conteúdo do curso estimulante					
<input type="checkbox"/> Você aprendeu e compreendeu o conteúdo ministrado no curso					
<b>Entusiasmo do Professor Orientador</b>					
<input type="checkbox"/> O professor demonstrou entusiasmo ao participar do curso					
<input type="checkbox"/> O professor demonstrou domínio sobre o conteúdo/método utilizado					
<input type="checkbox"/> O professor conduziu os trabalhos do grupo de forma dinâmica e energética					
<input type="checkbox"/> O professor se mostrou atento e acessível aos alunos individualmente					
<input type="checkbox"/> O estilo do professor lhe ajudou a prender a atenção durante as aulas					
<b>Organização do curso</b>					
<input type="checkbox"/> Os objetivos do módulo foram concordantes com o encaminhamento real do curso, de forma que o aluno pode compreender o encaminhamento/andamento do curso					
<input type="checkbox"/> A explanação dos professores foi clara e objetiva					
<input type="checkbox"/> As palestras facilitaram a compreensão dos conteúdos e as anotações					
<input type="checkbox"/> Os trabalhos nos Centros de Saúde e/ou na visita ao paciente foram concordantes com a proposta do curso					
<input type="checkbox"/> Os materiais utilizados foram bem preparados e bem usados					
<b>Interação do Grupo</b>					
<input type="checkbox"/> Os estudantes foram estimulados a participar nas discussões em grupo					
<input type="checkbox"/> Os estudantes foram entusiasmados para expor suas idéias e conhecimentos					
<input type="checkbox"/> Os estudantes foram encorajados a fazer e responder perguntas					
<input type="checkbox"/> Os estudantes foram encorajados a questionar o professor					
<b>Conteúdo</b>					
<input type="checkbox"/> O professor apresentou uma discussão com conteúdo, conhecimento sobre os temas					
<input type="checkbox"/> O professor apresentou diferentes pontos de vista sobre os temas discutidos					
<b>Aspectos Gerais</b>					
<input type="checkbox"/> Compare este curso com os demais realizados na Faculdade de Medicina de Botucatu					
<input type="checkbox"/> Compare o desempenho dos professores deste curso com os demais professores das outras disciplinas realizadas na Faculdade de Medicina de Botucatu					
<input type="checkbox"/> Compare sua postura neste curso com a mesma nos demais cursos					
<input type="checkbox"/> Compare seu interesse neste curso com a mesmo nos demais cursos					

Botucatu, dia, mês e ano

Identificação (opcional) \_\_\_\_\_

Professor orientador do aluno \_\_\_\_\_

## ANEXO II



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

*Departamento de Saúde Pública*

☎ (14) 6802 6200/6352 - FAX (14) 6822-3309 - Cep 18618-970 - Cx  
P. 549 - Botucatu - SP

---

---

Curso de Saúde Coletiva III

Botucatu, 01/12/99

### AVALIAÇÃO

- 1- Procure levantar os aspectos mais significativos do terceiro módulo do Curso de Saúde Coletiva III e sugestões para melhorá-lo.
- 2- Escreva uma carta apresentando o Curso de Saúde Coletiva III para um aluno que irá realizá-lo em 2000. Comente componentes específicos e o curso como um todo.

Obrigada pela participação!

Identificação (opcional): Nome: \_\_\_\_\_

## ANEXO III

### Curso de Saúde Coletiva III Dezembro 1999 Avaliação Docente

Esta avaliação tem por objetivo o desenvolvimento e aprimoramento do Curso de Saúde Coletiva III para sua continuidade no futuro. Suas respostas serão de grande importância para avaliação do presente curso e suas críticas serão bem recebidas na elaboração do Curso para o próximo ano.

Solicito sua autorização para utilizar os dados aqui contidos em suas respostas para realização de pesquisa acadêmica sobre ensino médico e sobre novas possibilidades na construção de cursos de Saúde Coletiva para graduação médica. Informo que o nome dos professores não será citado em nenhum momento e que o resultado do estudo será enviado aos docentes para apreciação. A avaliação é anônima e só serão apresentados dados consolidados.

Coordenadora do Curso

Profissão: \_\_\_\_\_

Cargo/função: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência docente:

É sua primeira experiência como docente?

Porque você participou deste curso como professor? (motivação/trabalho docente)

Em quantos módulos você participou do curso?

Problemas $\supseteq$	Nutrição $\not\subset$	Planejamento $\subset$
Epidemiologia	Ética	Eventual(0)

Discuta e critique o treinamento/capacitação que lhe foi oferecido para participar do curso. (orientação com Prof. Venturelli, discussões com professores, treinamento anterior a cada aula, curso com professores de Novo México, Holanda, outros)

Comente sobre sua performance durante o curso (interesse, dificuldades, facilidades, possibilidades de criar soluções)

Comente sobre sua performance na relação professor-aluno, dificuldades (trabalho de orientação/avaliação/conteúdo/notas)

Liste os aspectos do curso (em ordem de prioridade) que você gostou mais

- 1-
- 2-
- 3-

Para o próximo ano, o que você sugere que seja mudado no curso em ordem de prioridade.

- 1-
- 2-
- 3-

Discuta a possibilidade de utilização do que você estudou / aprendeu / vivenciou neste curso na sua atividade profissional ou para ministrar outros cursos.

Comentários/Observações:

### **Autorização**

Autorizo que as informações aqui contidas possam ser utilizadas para pesquisa sobre renovações no ensino de Saúde Pública na Graduação Médica.

Sim

Não

## **ANEXO IV**

### **Faculdade de Medicina de Botucatu Curso de Semiologia Pediátrica 3º ano médico - 2000**

#### Avaliação do Curso

- 1- Procure levantar os 5 aspectos mais significativos apreendidos no Curso de Semiologia Pediátrica
  
- 2- Aponte 3 aspectos positivos e 3 sugestões que você proporia para melhorar o curso ministrado.
  
- 3- Qual sua opinião sobre as aulas práticas no:
  - Ambulatório –
  
  - Berçário -
  
  - Enfermaria -

Dê sugestões:

- 4- Qual sua opinião sobre a iniciação do aluno em Anamnese Pediátrica?

Dê sugestões:

Identificação (opcional): Nome: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_