UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

INOVAÇÕES NA FORMAÇÃO MÉDICA: REFLEXOS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PEDAGÓGICO

AUTOR: BEATRIZ JANSEN FERREIRA
ORIENTADORA: PROF. DRA MARA REGINA LEMES DE SORDI.

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por Beatriz Jansen Ferreira e aprovada pela Comissão Julgadora.
Data: 13/12/2004
Assinatura:.....
ORIENTADOR

COMISSÃO JULGADORA:

2004.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO

UNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP
F413i
V ____ EX
TOMBO BC/ 63714
PROC. 16.P.000086-05
C ☐ O ☒
PREÇO 11,00
DATA 13/05/05
Nº CPD
Dado - nº 349736

Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca da Faculdade de Educação/UNICAMP

F413i

Ferreira, Beatriz Jansen.

Inovações na formação médica : reflexos na organização do trabalho pedagógico / Beatriz Jansen Ferreira. – Campinas, SP: [s.n.], 2004.

~~2v.~~

Orientador : Mara Regina Lemes De Sordi.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Currículos. 2. Médicos – Formação. 3. Avaliação. 4. Inovações educacionais. I. Sordi, Mara Regina Lemes de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

04-188-BFE

DEDICATÓRIA

A minha doce irmã Diana, que, além do laço familiar que nos une, é indiscutivelmente minha melhor amiga e nesse período foi uma pessoa definitiva, com sua ajuda sempre tão solidária no cuidado com minhas filhas, na disponibilidade tão carinhosa em somente escutar e partilhar meus medos e as inúmeras inquietações que um processo tão intenso como este gera.
Tenho certeza, nossa irmandade é fruto de muitas convivências e vejo claramente, todo dia, que tê-la próxima de mim me faz melhor hoje e sempre!



200509569

DEDICATÓRIA

Aprendi com minha mãe desde muito cedo, a fazer uma das coisas que mais me ajudou na vida: cuidar!

Uma enfermeira é, acima de qualquer coisa, uma cuidadora e esse aprendizado, sem dúvida nenhuma, ajudou-me a construir uma carreira que gosto de olhar, porque abarcou uma possibilidade de acolhimento junto às pessoas que assisti, que sei, pode ser mais ampla e rica em atenção. Pude ser uma boa enfermeira, basicamente por causa disso.

A maternidade é um grande e eterno exercício de cuidado; tenho clareza absoluta que, com minhas duas filhas, pude exercê-lo de maneira mais tranqüila, mais plena, também em função do que aprendi com minha mãe.

E, por último, meu ofício de educadora tem em sua essência um trabalho cotidiano de formar pessoas que está ancorado numa perspectiva de querer bem, de estar atento e fundamentalmente cuidando. Sei que, ao receber o título de doutora em educação, obtive-o, por perseguir um caminho acadêmico da melhor forma que pude fazê-lo, mas também sei que de maneira absolutamente privilegiada, recebi isso em casa, de alguém que, indiscutivelmente, nasceu doutora: doutora em cuidar! A minha mãe, de quem tenho muita saudade, eu dedico com muita alegria este trabalho.



UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

DEDICATÓRIA

Uma das tarefas dos pais é decidir de que maneira pretendem estimular seus filhos a enxergarem o mundo. Na minha casa este olhar foi colocado numa perspectiva crítica e o mais ampla possível. Se com minha mãe aprendi a cuidar, com meu pai aprendi muito cedo o significado da "dialética", da importância da inserção histórica e política das pessoas, sempre de forma muito prazerosa.

Meu lindo pai é um autêntico "candidato a filósofo" e, por assim sê-lo, tem sido meu professor e o de minha irmã, de maneira tão constante e sempre muito enriquecedora. Nesses quatro anos, muitas coisas importantes aconteceram em minha vida e meu pai, contrariando o esperado, foi fazendo da idade um instrumento de transformação, de revisão de valores, de superação de paradigmas e foi ficando, conseqüentemente, cada vez melhor. Eu, como milhões de pessoas que vieram de uma família mais humilde, sei a dificuldade que os pais têm nessa situação, em prover uma escolaridade para seus filhos; sei o quanto foi difícil para ele trilhar esse caminho para mim e para minha irmã. E, portanto, este momento é uma conseqüência direta dessa dedicação, desse amor incondicional. Assim, dedico este trabalho a meu pai, uma pessoa linda, que cada dia fica mais jovem e de quem eu tenho um imenso orgulho.



AGRADECIMENTOS

À Prof. Drª Mara Regina Lemes De Sordi, por todos os ensinamentos que há muito me acompanham e, sem dúvida nenhuma, marcaram minha vida profissional.
À amiga Mara que neste longo período dividiu comigo bons e maus momentos, sempre vislumbrando a certeza da superação, o meu eterno agradecimento.

Aos Profs. Drs. Luiz Carlos de Freitas e Sigisfredo Luis Brenelli pela forma acolhedora e contributiva com que me receberam no processo de qualificação.

Ao Prof. Dr. Léo Fernando C. Bruno, por construir junto comigo uma linda história de amorosidade, amizade e lealdade. O meu eterno agradecimento!

Às professoras do Departamento de Enfermagem do Colégio Técnico de Limeira COTIL/UNICAMP, o meu agradecimento sincero pela amizade bonita, pela torcida por este trabalho e pela certeza gostosa de que, juntas, construímos, dia após dia, uma formação em enfermagem competentemente ética e humana.

À diretoria do Colégio Técnico de Limeira – COTIL/UNICAMP, na figura de seu Diretor Geral, Prof. Paulo Sérgio Saran, pelo apoio e compreensão no processo de construção de meu doutoramento.

À Profª Maria de Lourdes Zaros Giraldello pelo carinho e competência na correção ortográfica de meu trabalho, o que tanto me ajudou.

Aos vários amigos do Colégio Técnico de Limeira – COTIL/UNICAMP, que nesses quase quatro anos foram cúmplices, parceiros neste caminho acadêmico.

À Profª Eliane Covre Rebolla, minha esplendorosa amiga e parceira de trabalho, pela gentileza, amizade e "paciência" tão constantes durante essa fase de minha vida acadêmica.

Ao Prof. Antonio Manuel Queiroz pela atenção, ajuda e amizade que tanto contribuíram para a construção de meu doutoramento.

Ao Dr. Walter R. Simões, amigo, irmão que há mais de quinze anos, celebra comigo a certeza da construção do direito à saúde como um direito de fato para todos; e que mais uma vez, esteve ao meu lado de forma tão acolhedora, ajudando-me de forma marcante neste trabalho.

À Rose, meu anjo da guarda que de forma alegre e sempre tão leal, cuida cotidianamente daquilo que constitui o meu maior tesouro: minhas filhas!

À Paula, minha linda filha que, com sua transparência, lealdade e com o sorriso mais bonito do mundo, reitera todo dia a certeza do amor incondicional existente entre nós.

À Carol, minha loirinha linda e meu outro grande amor que, com sua alegria, ilumina minha vida.

E, finalmente, aos meus alunos que, de forma tão carinhosa e constante, acompanharam essa fase da minha vida com entusiasmo, carinho e com a tolerância de quem construiu, de fato, uma parceria.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Síntese de um processo inovador	46
FIGURA 2 – Ciclo de Solução de problemas	196

UNICAMP
BIBLIOTECA
SEÇÃO

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição das escolas médicas no Brasil, por região e categoria de vínculo econômico/2004 13

GRÁFICO 2 - Perfil geral atitudinal por dimensão dos respondentes da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, 2003 138

GRÁFICO 3 - Perfil atitudinal, por dimensão, dos alunos do 2º e 3º anos e docentes da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, 2003 143

GRÁFICO 4 - Pontuação média geral por asserção validada dos respondentes da Faculdade de Ciências Médicas/2003 163

GRÁFICO 5A - Pontuação média geral por asserção validada e por grupo dos respondentes da FCM/UNICAMP/2003 167

GRÁFICO 5B - Pontuação média geral por asserção validada e por grupo de respondentes da FCM/UNICAMP/2003 169

GRÁFICO 5C - Pontuação média geral por asserção validada e por grupo de respondentes da FCM/UNICAMP/2003 173

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Evolução dos sistemas de saúde no Brasil no século XX 7

QUADRO 2 - Comparação dos aspectos constituintes dos modelos educacionais brasileiros desenvolvidos no século XX 44

QUADRO 3 – Características que interferem num processo de inovação pedagógica 66

QUADRO 4 – Dimensões pesquisadas e suas respectivas asserções 122

QUADRO 5 – Nível de atitude e intervalo de pontuação 124

QUADRO 6 – Intervalos das médias e interpretações 125

QUADRO 7 - Sumário da atitude dos respondentes em face da Reforma Curricular da Faculdade de Ciências Médicas /UNICAMP/2003 137

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Número de horas de observação das atividades docentes desenvolvidas nos módulos da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – março/2002 a maio/2003. 112

RESUMO

Este trabalho examina de forma crítica a proposta de formação médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP a partir da concepção, implantação e gestão da reforma curricular iniciada no ano de 2001. Analisam-se as concepções de educação e saúde que embasaram a reformulação curricular e o seu potencial inovador no paradigma da formação médica. Para alcançar os objetivos do trabalho optou-se pela análise documental, observação intensiva das práticas pedagógicas desenvolvidas nos diferentes cenários de aprendizagem, entrevistas com gestores e instrumento de percepção do tipo Likert aplicado aos alunos e professores do curso. A partir da análise qualitativa dos dados observou-se as dificuldades de uma mudança de currículo e sua interferência nos objetivos de formação, práticas avaliativas, construção de conteúdos e métodos e da própria organização curricular. O trabalho chama a atenção para a importância do envolvimento dos atores no processo para a construção de marcos conceituais consistentes e detecta o conflito de interesses que cerca a questão tornando a tarefa complexa

Palavras-chave: Inovação curricular; Formação em saúde; Avaliação; Currículo.

ABSTRACT

This work examines, in a critical view, the proposal of medical formation of the College of Medical Sciences of the State University of Campinas - FCM/UNICAMP, from the conception, implementation and management of the curricular reform initiated in the year of 2001. The conceptions of education and health, which are based on the curricular re-formularization and its innovative potential in the paradigm of the medical formation, are analyzed here. To reach the objectives of the work methods such as the documentary analysis, intensive observation of pedagogical practices developed in the different sceneries of learning, interviews with managers, and a Likert instrument of perception applied to the pupils and professors of the course were used. From the qualitative analysis of the data, it was observed the difficulties of a curriculum change and its interference in the formation objectives, evaluation practices, construction of contents and methods, and the curricular organization of its own. The work calls attention for the importance of the involvement of the agents in the process for a consistent conceptual landmark construction and it detects the conflict of interests that surrounds the question, turning it into a complex task.

Keywords: Curricular innovation; Formation in health; Evaluation; Curriculum

SUMÁRIO

Dedicatória	iii
Agradecimentos	ix
Lista de Figuras	xiii
Lista de Gráficos	xv
Lista de Quadros	xvii
Lista de Tabelas	xix
Resumo	xxi
Absatract	xxiii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I **A INOVAÇÃO DO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE**	5
A universidade e a escola médica no Brasil	13
O perfil atual da escola médica no Brasil	19
CAPÍTULO II **FUNDAMENTOS PARA UMA COMPREENSÃO DO PROCESSO DE INOVAÇÃO EM EDUCAÇÃO: SIGNIFICADOS PARA A SAÚDE**	39
Os modelos educacionais do século XX	43
Dimensões de análise de uma inovação pedagógica	54
Agentes que intervêm na inovação	64
Modelos de inovação: os caminhos	72
Investigação e desenvolvimento	74

Interação social 77
Solução de problemas 77
Olhando para a inovação curricular 81
O rito de passagem: uma educação crítica e libertadora no século XXI, um desejo 88

CAPÍTULO III
A CONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA – O CAMINHO ESCOLHIDO E SUAS RAZÕES 93
Análise documental 96
Entrevistas estruturadas 97
Observação e registro da prática docente com base num diário de campo 98
Uso de instrumento de pesquisa fechado tipo atitudinal ou Likert 116

CAPÍTULO IV
A PESQUISA: UM OLHAR MULTIFACETADO DA REALIDADE 127
Considerações Finais 177
Inovação Pedagógica x Avaliação 180
Inovação Pedagógica Curricular x Concepção de Educação x Concepção de Saúde 187

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 201

ANEXOS 209
ANEXO A – Projeto Pedagógico da FCM/UNICAMP 211
ANEXO B – Ementas da FCM/UNICAMP 231
ANEXO C – Diretrizes Curriculares do MEC 285

APÊNDICES 289
APÊNDICE A – Entrevistas com os coordenadores da Comissão da Reforma Curricular da FCM/UNICAMP 291

APÊNDICE B – Roteiro de diário de campo 323

APÊNDICE C – Instrumento de percepção 463

APÊNDICE D – Validação do Instrumento de percepção 471

INTRODUÇÃO

Quando comecei a trilhar minha formação acadêmica, senti que meu interesse pelo novo era mais que uma fase de encantamento com uma área específica dentro da educação.

Há vinte seis anos, no início de minha formação, fazia muito sentido para mim a idéia de saúde como um direito cidadão, a idéia de que o paciente fosse alguém que devesse ser tratado com mais autonomia e que saúde era uma soma de saberes de vários profissionais da área. Todas essas idéias eram naquele momento, consideradas avançadas, inovadoras e a identificação com essa forma de enxergar saúde, embora muito verdadeira, gerava em mim um sentimento muito freqüente de inadequação, de estar fora do contexto.

Hoje, ao me debruçar sobre a literatura, "encontro-me" ao entender a descrição de um sentimento muito parecido nos educadores que interpretaram seu trabalho como uma perspectiva possível de superação, de transformação.

Dessa forma, percebo que minha escolha pela inovação pedagógica como linha de pesquisa em meu doutoramento é resultado desse namoro antigo e que agora amadurece com sofrimento (ainda!), dadas às contradições sempre presentes no campo da educação e saúde. Nesse sentido, penso em Correia (1991, p. 21), que sintetiza com muita pertinência este sentimento. Diz ele:

> O rápido desenvolvimento da ciência e da tecnologia, a crise do paradigma dominante no pensamento científico, a tecnologização da própria ciência e o questionamento permanente dos saberes e saber-fazer chocam-se com uma escola organizada para transmitir um saber estável e (a) histórico sobre um mundo que se supõe harmônico, repetitivo, ordenado. A escola não foi nem tem sido capaz de pôr em causa estes saberes e esta visão mitológica do mundo prosseguindo a sua ação quixotesca de formar na criança o adulto adaptado para se inserir num mundo povoado de certezas e regido por leis imutáveis.

Este trabalho procurou entender as lógicas existentes na formação médica construída na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, orientada por uma perspectiva inovadora, e evidenciar quais os reflexos na organização do trabalho pedagógico lá realizado. Entendo ser de grande importância a discussão dessa experiência, porque ela retrata uma questão maior, que é o processo de formação

em saúde, especialmente médica, na atualidade, e o quanto esse processo pode contribuir para o padrão de saúde da população de nosso país.

Podemos considerar que, a partir do início da década de 90, a discussão do modelo de atenção à saúde no Brasil passou por uma grande transformação paradigmática, sendo o conceito de saúde ampliado na perspectiva de considerar o cidadão como elemento atuante e partícipe desse processo, mudando seu papel "passivo" de "recebedor" de um determinado tipo de assistência para um "construtor" e "sustentador" do seu padrão de saúde, obrigação do Estado, conseguido por ações intersetoriais.

Esse aspecto é indiscutivelmente um grande marco na história dos modelos de atenção à saúde no nosso país e estabelece um desdobramento fundamental no campo do ensino de medicina e de saúde como um todo.

Uma mudança curricular na formação médica passa, necessariamente, por uma definição de contornos, desenhando quais os papéis que essas novas concepções de saúde, de educação e de homem terão no processo de ensino-aprendizagem desses futuros médicos. Para isso, procurei percorrer um caminho partindo de uma discussão sobre os modelos de atenção em saúde e sua transformação nos últimos 50 anos, pois esse caminhar histórico vai, paulatinamente, contando a história de nosso país no âmbito político, econômico e social.

Entendi como necessária também a compreensão, em paralelo, das transformações no campo da educação como os paradigmas estabelecidos nos processos de formação, aqui, em especial, na formação médica.

Acredito que, ao estudarmos um processo de formação em saúde, é absolutamente importante entender que ele é o reflexo das concepções em educação que, por sua vez, é constituído pelas contradições da sociedade e sua forma de interagir com elas.

Ou seja, o entendimento dos porquês da adoção de uma determinada lógica na saúde e na educação é condição necessária para entender a inovação pedagógica e sua história.

Assim, procurei desenhar o trajeto histórico da inovação, tentando trazer para essa discussão sua história, sua essência e seu "modus operandi."

A seguir, foquei meu olhar na inovação curricular, dadas as características deste trabalho, e passei a tecer um entendimento do currículo como um fator contributivo de um processo inovador de formação.

Entendo que, ao longo desse trajeto, passou a ser necessário adentrar a discussão sobre os caminhos da educação no século XXI ela incertezas que a traz, para poder compreender como o ensino médico atravessa o século passado e entra no atual com a perspectiva de construir um novo "saber" em saúde, e, portanto, um novo "saber" e "fazer" médico.

Neste caminhar, passo a apresentar a forma metodológica que adotei para a compreensão do processo de formação, em medicina, realizado na Unicamp e, a seguir, dei início a uma discussão dos dados encontrados no trabalho pedagógico desenvolvido e reconstruído por todos os atores envolvidos na Reforma Curricular da FCM.

Entendo que, ao discutir inovação curricular, as palavras de Goergen (1999, p. 13) traduzem meu sentimento em relação a este trabalho. Diz ele:

> Os currículos precisam conectar-se com a vida num sentido mais amplo, com a preservação da vida de modo geral, superando o lado danoso do profissionalismo contemporâneo cujo conceito de sucesso está ligado apenas a performatividade profissional e, por este lado, à competição que, pela falta de oportunidades para todos, está, por sua vez, ligada à eliminação dos outros. A vida, neste sentido, sustenta-se na morte. [...] O currículo precisa conectar e não des-conectar o aluno ao fato de estar no mundo, e conectá-lo com a responsabilidade que isto representa. O estudo não deve render o aluno ao estabelecido, apenas instrumentalizando-o para que possa ter sucesso em meio à miséria, mas ajudá-lo a abrir-lhe os olhos para que veja estas contradições e se sinta também responsabilizado pela sua superação.

Acreditando no potencial que uma estrutura curricular pode ter num processo de formação e defendendo o direito cidadão à saúde, que deve ser o guia mestre de todo profissional médico, passo a apresentar as idéias contidas neste trabalho.

CAPÍTULO I
A INOVAÇÃO DO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

A assistência à saúde, em primeira instância, é uma competência do Estado, de todos os profissionais da área e da sociedade.

Ao afirmar isso, defendo a idéia de saúde como um conjunto de direitos cidadãos que permitem às pessoas a promoção e a sustentabilidade de um "estado de saúde" que, evidentemente, passa por aspectos legais, passa por políticas públicas, por ações intersetoriais e também pela formação de agentes, os profissionais da área da saúde, incluindo os médicos, que deveriam contribuir para a perspectiva ampliada desse conceito.

Entretanto, o "estado de saúde" passa também pelas pessoas propriamente ditas, à medida que as escolhas pessoais de cada um podem ou não gerar saúde. Este conceito tem relação com a capacidade de cada um interagir na sua própria maneira de viver, na sua relação com o trabalho, com o lazer, com seus sentimentos, enfim, o individuo é peça fundamental desse "direito" e sua perspectiva de melhoria contínua.

A estrutura do modelo de assistência à saúde no Brasil tem passado de um modelo medicocêntrico para o de promoção à saúde cujo objeto de estudo sai da visão da doença como uma entidade orgânica e passível de correção sempre de caráter intervencionista para a compreensão de um modo de vida, condições de trabalho, numa perspectiva de construção de hábitos e possibilidades de acesso e manutenção de um possível estado de saúde.

Para tal, passa-se a entender que a forma de obtenção desse novo paradigma desenvolve-se por meio de uma tecnologia social cujas políticas publicas, ações intersetoriais, que objetivem à promoção da saúde e, por conseqüência, à prevenção de seu agravo, constitui-se na melhor forma de organização para uma assistência à saúde detentora de qualidade.

A Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tem se constituído numa referência nacional quanto a excelência de seu trabalho de formação na área de saúde; entretanto a compreensão de que essa formação devesse ser ampliada, permitindo ao futuro profissional compreender os fatores constituintes do padrão de saúde das pessoas, fez com que não somente nessa Instituição, mas, de forma geral, fosse necessário repensar que questões no âmbito pedagógico passariam

a ser necessárias para uma formação em medicina que desse conta dessas mudanças.

Evidentemente, os aspectos sociais, políticos e históricos desenham um padrão de vida que encerra uma possibilidade de "saúde" que nada mais é do que o resultado ou de enfrentamento ou de submissão aos aspectos acima citados.

Ao olharmos historicamente para a evolução mais recente dos modelos de atenção à saúde em nosso país, percebemos claramente que a concepção paradigmática de saúde passou, num primeiro momento, pela força da mudança política, que vivíamos na década de 80.

Nesse período, alguns países como a Itália e a Inglaterra passavam por uma grande discussão sobre como devia se organizar a lógica de atenção à saúde no sentido de deslocar o eixo de atenção para uma perspectiva de "promoção à saúde" e não de "resolução da doença". Esse movimento foi denominado de Reforma Sanitária, um grande impulso no Brasil para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988. O Quadro 1 explicita esse processo em nosso país:

QUADRO 1 - EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL NO SÉCULO XX

MODELO	SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGANIZAÇÃO
Médico Assistencial Hegemônico	Médico Paramédicos	Doença Clínica Processos Cirúrgicos	Tecnologia	Rede Hospitalar
Sanitarista	Sanitarista Auxiliares de Saúde	Modo de Transmissão e Fatores de Risco	Tecnologia Sanitarista	Campanhas e Programas
Vigilância da Saúde Promoção da Saúde	Equipe de Saúde População Cidadãos	Modo de Vida Condições de Trabalho	Tecnologia Social	Políticas Públicas Ações Intersetoriais Intervenções Específicas

Fonte: Adaptado por CAMPOS, G. W. de S., 1992.

Como podemos observar, vivíamos até a década de 70 um modelo de atenção à saúde pautado numa perspectiva de reconhecimento da "doença" como ponto de partida para uma intervenção no padrão de saúde de um indivíduo. Ora,

dessa maneira, evidentemente, as ações decorrentes dessa lógica de concepção são de caráter intervencionista cuja "cura" necessita de correções medicamentosas e cirúrgicas; portanto a solução da doença acontece com base em exames clínicos e cirúrgicos e, dessa maneira, a forma de trabalho é, evidentemente, calcada numa ótica tecnológica. O reflexo disso no plano da formação em saúde é uma ênfase brutal na necessidade de exames clínicos, laboratoriais e envolvendo outras tecnologias para a possível resolução do problema de saúde apresentado; o reduto para todas essas ações passa a ser o hospital, o que impõe custos extremamente elevados e freqüentemente desnecessários. Mello (1977), Navarro (1983), Campos (1992), Cecílio (1994) têm em suas obras evidenciado a trajetória do modelo de saúde brasileiro, corroborando com o exposto acima, demonstrando que essa visão tecnológica e tecnicista estabeleceu um paradigma de saúde na perspectiva da ação baseado na exclusão do indivíduo como partícipe desse processo, ou seja, o paciente tinha uma perspectiva passiva, de recebimento e aceitação da "solução" apresentada e esta se mostrava desvinculada de componentes sociais, políticos e outros, como hábitos de vida, relação com o trabalho e lazer.

Assim, é evidente que o ensino médico nesse período tinha a característica "bancária" que tão bem Freire (1998) nos mostrou em sua obra; ou seja, as "fórmulas", as receitas de intervenção eram entendidas como aspectos a serem "passados" do professor para o aluno, numa perspectiva de reprodução a mais fiel possível.

No final dessa década e início da de 80, a compreensão de que outros fatores eram determinantes num processo de adoecimento, passam a ser valorizados.

É importante ressaltar que, nesse período, inúmeras descobertas, como a dos antibióticos, a compreensão de como aconteciam as doenças crônico-degenerativas, a importância da genética como fator determinante das patologias, enfim, muitos aspectos de cunho científico e, de pesquisa afloraram, determinando uma visão "biologista" da saúde. Paralelamente a isso, uma visão sanitarista passa a ganhar corpo, entendendo que as ações

coletivas tinham um poder de alcance maior, no que diz respeito ao processo de conscientização. A percepção de que alguns problemas de saúde crônicos como, por exemplo, a hipertensão arterial, tratados numa perspectiva mais coletiva, faziam as pessoas trocar de forma mais eficiente percepções, maneiras de conviver com a patologia e constância numa "forma de viver" mais resolutiva para esse tipo de doença.

Assim, passa-se a usar tecnologias pautadas em processos de conscientização de massa como campanhas, programas, numa perspectiva mais coletiva de resolução dos problemas de saúde apresentados, chamando a atenção das pessoas para aspectos preventivos, mas sempre com uma grande ênfase na forma de transmissão e sua "força" na determinação de uma determinada patologia. O reflexo disso no plano do ensino médico foi a introdução de discussões que contemplassem mais fortemente o trabalho em equipe, a necessidade de aproximação maior com o usuário do sistema, porém sem a ênfase adequada ao seu modo de vida, trabalho e lazer. Vale lembrar que, até esse período, o chamamento das pessoas e, por conseguinte, a formação dos futuros profissionais de saúde eram baseadas na idéia de **"doença"** e não da **"saúde[1]"**

Assim, no final da década de 80, assistimos ao que, entendo, se constituiu numa grande transformação na assistência à saúde em nosso país, que foi a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos pressupostos assumidos ditavam uma perspectiva muito mais ampla de entendimento de como devesse ser um modelo de atenção à saúde, mais amplo, mais digno e cidadão.

Dessa forma, o sujeito desse modelo não é mais um profissional específico, como o médico, nem tampouco uma equipe multiprofissional e, sim, a soma dessa equipe e da sociedade como um todo, ou seja, dos cidadãos que têm sua participação na conquista e manutenção de seu padrão de saúde. Obviamente, passa a ser fundamental o conhecimento do modo de vida, no que tange às condições de trabalho, às formas de lazer, ao aspecto emocional, ao afeto, às

---

[1] Ver em LIMA-GONÇALVES, E. *Médicos e ensino da medicina no* Brasil. São Paulo: Edusp, 2002 - a forte influência do conceito de "doença" e não o de "saúde" durante muito tempo em nosso país, nos processos de formação médica.

relações com a família e a outros vínculos pessoais. Tudo isso contribui e define um determinado "estado de saúde".

Para o funcionamento dessa lógica, fica clara a necessidade de estabelecimento de políticas públicas, ou seja, a presença marcante do Estado como elemento central na garantia da eqüidade, universalidade e gratuidade de todas as suas ações.

Outro aspecto importante é a viabilização de ações intersetoriais, ampliando a compreensão de saúde como resultado de outras parcerias, por exemplo: água tratada, escolaridade de boa qualidade e para todos, distribuição de renda mais justa, entre outras.

Portanto, formar profissionais médicos ou qualquer profissional da área da saúde deve prever o estímulo à capacidade de compreensão de todas essas contradições e a sua confrontação ou superação, pode determinar a possibilidade, a força e magnitude de uma inovação no campo pedagógico.

É imprescindível, então, entender que formar médicos nesse paradigma de saúde envolve mudanças curriculares que dêem conta desse tipo de compreensão e que reflitam o pensamento da maioria dos docentes da instituição.

No mundo da educação e da saúde, várias disciplinas se misturam num olhar potencialmente transformador; assim, a composição de novas idéias e, de novas certezas mexe com a hipotética segurança de muitos campos do saber e, por isso, às vezes, caracteriza-se como mais traumática.

Poderíamos dizer que, como educadores, nos envolvemos com o ato de conhecer e, evidentemente, há uma intencionalidade nesse ato que interfere no conhecimento resultante e, portanto, não se pode dizer que exista a possibilidade de transcrição pura da verdade, uma visão de "neutralidade", tanto no sentido quanto na razão. Portanto precisamos estudar o ato de conhecer antes de podermos declarar o conhecimento de algo além dele, como uma realidade provisória.

No campo do ensino da saúde, há uma fraca tradição de investigação e os paradigmas são "revistos" ou substituídos por novos pares à guisa de mera troca ou de modismo, e isso nos parece preocupante quando entramos na perspectiva

da inovação curricular, entendendo-a como a superação de uma contradição, portanto, um novo conceito e não uma nova leitura do conceito anterior.

O que quero dizer é que a idéia de inovação curricular só é genuína à medida que traduz uma ruptura com um modelo anterior, evidencia um processo de superação no processo de ensino/aprendizagem anteriormente adotado.

Freire (1995, p. 207)[2] apontava que o conhecimento compreende os ciclos de produção do "novo" e o de percepção do conhecimento já existente. Ele nos chama a atenção para a compreensão de que esses dois momentos não podem ser dicotomizados, sob pena de se

> [...] reduzir o ato de conhecer a uma mera transferência do conhecimento já existente, com a conseqüente perda das qualidades necessárias à produção do conhecimento: ação, reflexão crítica, curiosidade exigente, inquietação, incerteza - virtudes indispensáveis ao sujeito cognoscente.

Olhar para uma inovação pedagógica é, portanto, refletir sobre essas qualidades e percebê-las como campos possíveis do "ser e fazer pedagógicos" na formação em saúde.

Assim, remetendo esse raciocínio para a evolução dos modelos de atenção à saúde no Brasil, é importante que se perceba que foi este trajeto: *ação e reflexão crítica*, que caracterizou o atual paradigma de saúde e o conseqüente modelo de atenção ora em consolidação. Evidentemente que não podemos deixar de considerar que o aspecto econômico que vivíamos nesse período se caracterizou também como um precipitador da revisão da gestão da saúde no Brasil; vivíamos uma profunda crise econômica nacional com nosso país mergulhado na inflação, na recessão e desemprego, a par de um processo de redemocratização.

O direito à saúde – definido como direito de todos e dever do Estado, no artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988 demarca uma legitimação dessa concepção de ver saúde.

---

[2] FREIRE, P. *Cartas a Cristina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 207 - faz uma relação importante de entendimento do "novo" com o que o autor chama de "pensar certo" que só é possível se concomitante a este pensar, possa-se agir e refletir sobre o mesmo.

A partir disso, o ensino médico, ou de forma mais ampla, o ensino dentro da saúde, passa necessariamente pela defesa, pela compreensão dessa idéia, desse paradigma.

Mas essa concepção é mais que um "fazer pedagógico", é a possibilidade de cada educador de saúde acreditar, criticar, defender e abraçar verdadeiramente essa forma de modelo de atenção, e esse é um processo "paralelo", pessoal e "intransferível" que aparece, primeiramente, na noção de cidadão que cada um e, obviamente, que cada educador tem consigo mesmo.

Ou seja, se como cidadão entendo ser verdade e abraço a idéia de saúde como direito de todos, como educador isso, evidentemente, aparecerá na construção de um conhecimento dentre cujos objetivos do processo de formação terei a compreensão em relação a esse futuro médico de que ele é também um agente de transformação social, gerador de pessoas com mais autonomia na conquista e manutenção da sua saúde.

Ao remetermos essa discussão, por exemplo, para o campo dos componentes curriculares, evidentemente conteúdos como controle social, conhecimento de indicadores sócio-econômicos, o papel da ética na assistência à saúde, são questões que passam a ser fundamentais numa estrutura curricular contemporânea e inovadora em saúde.

É importante também situar que esse caminho histórico de evolução dos modelos de atenção à saúde vai sendo refletido, de alguma forma, nas esferas governamentais ligadas à educação e à saúde propriamente ditas.

Assim, à medida que o país adota um modelo de atenção como o SUS, evidentemente algumas questões como, por exemplo, as diretrizes curriculares vão se apresentando como elementos fomentadores de uma mudança que não necessariamente apontam para uma inovação de conhecimento, embora tenham essa prerrogativa.

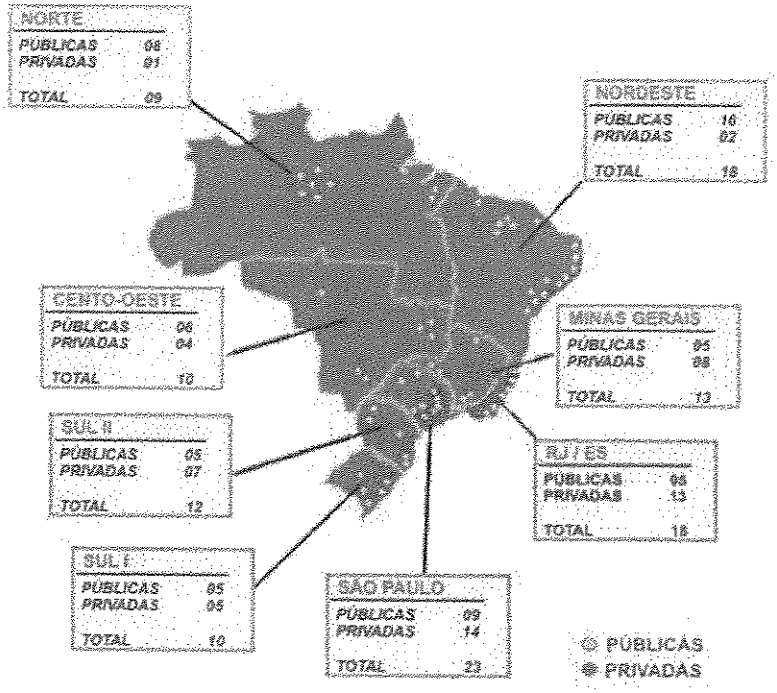
Assim, entendo que "visitarmos" a história do ensino médico no Brasil pode nos dar uma visão de como esses embates foram acontecendo e quais foram as suas conseqüências.

A UNIVERSIDADE E A ESCOLA MÉDICA NO BRASIL

É num contexto complexo, integrado por componentes de natureza tão variáveis – sociais, econômicas, demográficas, ambientais e educacionais, que se insere a universidade brasileira e a escola medica. A ela têm acesso os filhos do povo brasileiro e esse acesso é marcado por uma seleção ditada por componentes sociais que têm historicamente desenhado um perfil profissional.

O Gráfico 1 - Distribuição das Escolas Médicas no Brasil, por região e categoria de vínculo econômico, 2004, mostra-nos como têm se distribuído às escolas médicas em nosso país, o que caracteriza o início de uma discussão sobre o "acesso" a essa formação profissional.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL - POR REGIÃO E CATEGORIA DE VÍNCULO ECONÔMICO / 2004.



Total: 113• Públicas: 59• Privadas: 54• Atualizada em Julho de 2004

Fonte: *©ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica*

Ao olharmos esses dados, percebemos a maciça presença das escolas médicas na região sudeste, evidenciando uma concentração no processo de formação desse profissional. Chama-nos também a atenção o número quase equiparado das escolas públicas e privadas; este dado se constitui uma questão impactante, pois sabemos que o processo de formação em medicina envolve um alto custo e à medida que a oferta de escolas particulares se equipara à das públicas, isso não significa, em absoluto, um aumento de possibilidade de ingresso nessa carreira dos filhos da classe trabalhadora.

Ou seja, o acesso ao curso de graduação em medicina vai, ao longo dos tempos, mantendo um perfil elitista, estabelecendo para esse futuro profissional uma convivência com outros colegas distantes da realidade sócio-econômica de nossa população e, portanto, evidenciando a necessidade de uma discussão de cunho social mais intensa para a real compreensão do padrão de saúde de nossa população, a qual corresponderá em sua grande maioria à clientela de seus futuros pacientes. O que quero dizer com isso é que, desde o início, a formação médica no Brasil é marcada pela dicotomia de cuidar de pessoas vindas de um "mundo" bastante distante desse educando, o que implica dificuldades de entendimento dos porquês daquele padrão de saúde, quais as dificuldades presentes numa população socialmente marcada por tantas perdas. Embora a obviedade dessa questão salte aos olhos, sinto, como uma formadora de saúde que sou, que não basta somente "saber" quais são as dificuldades econômicas e, sociais que perseguem a maior parte da nossa população; esse "saber" enciclopédico muito pouco contribui para uma formação médica transformadora, porque, na realidade, o que pode ser um diferencial é o entendimento, a vivência já no início da formação, é a verdadeira construção de um conhecimento que saí dos livros e vai até a realidade de saúde do país, vai à periferia e faz esse educando se apropriar, de fato, de uma realidade e, aí sim, poder interferir, poder transformá-la.

Evidentemente, que é, então, absolutamente necessário que esse aluno detenha elementos numa perspectiva epistemológica da pobreza, da exclusão social, da perversidade do capitalismo, como ordem mundial, para que ele, como

educando da saúde e, no nosso caso, um estudante de medicina, entenda, aproxime-se com mais realidade e assertividade da realidade desse contingente de pessoas.

O ensino médico no Brasil começa com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808: menos de um mês depois de ter desembarcado em Salvador, por determinação do príncipe regente D. João VI, foi criada naquela cidade a primeira escola de medicina no Brasil.

O documento que pode ser considerado como "certidão de nascimento" do ensino médico no Brasil, foi redigido ao Conde da Ponte por D. Fernando José de Portugal e Castro, ministro de S. João VI e tinha o seguinte teor[3]:

Bahia, 18 de fevereiro de 1808

Ao Ilustríssimo. Excel. Sr. Conde da Ponte,

O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo à proposta que lhe fez o Doutor José Correia Picanço, Cirurgião-mor do Reino e de seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para instrução dos que se destinam ao exercício desta Arte, tem cometido ao sobredito Cirurgião-Mor a escolha dos Professores, que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte Obstétrica tão útil como necessidade, o que participo a V. Excelência. Por ordem do mesmo Senhor para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo o que for promover este importante Estabelecimento.

Deus guarde a V. Excelência.

D. Fernando José de Portugal e Castro

Ministro do Senhor Príncipe Regente

Posteriormente, já denominada Academia de Cirurgia, a instituição foi transformada por Carta Régia de 29 de dezembro de 1815 em Academia médico-Cirúrgica da Bahia, sendo as aulas ministradas no Hospital da Caridade. Por

[3] Ver em LIMA-GONÇALVES, E. *Médicos e ensino da medicina no Brasil*. São Paulo: Edusp, 2002, p. 115.

decreto de 03 de outubro de 1832, a Academia foi transformada em Faculdade de Medicina.

Após curta permanência em Salvador, a família real embarcou para o Rio de janeiro, aonde chegou em 8 de março. Poucas semanas depois, o príncipe Regente determinava a criação de outra escola médica, situada na nova capital do Brasil. É importante lembrar que, naquela época, o Nordeste apresentava ainda população comparável à do Centro e sul dos países, somados, apesar da migração conseqüente à exploração das minas nessas regiões.

Já no século XIX, em 1885, foi defendida a primeira tese de doutorado no Brasil, na Faculdade do Rio de Janeiro. Em 1898, nova escola médica era criada, desta vez situada no Sul do país, em Porto Alegre. Os primeiros anos do século XX viram a criação de outras escolas de medicina: em 1912, em Curitiba e novamente no Rio de Janeiro; em 1913, em São Paulo; em 1918, em Belo Horizonte; em 1919, em Belém e, em 1920, no Recife. A distribuição regional das escolas criadas nesses *primeiros tempos* revelava-se bastante equilibrada: uma na região Norte, duas na região Nordeste, quatro na região Sudeste e duas na região Sul.

A cronologia das escolas médicas contempla também um *momento intermediário* (1921–1960), bastante prolongado, durante o qual foram criadas vinte novas escolas, das quais apenas quatro estabelecidas antes de 1950: Niterói, São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza. A distribuição regional dessas novas escolas foi a seguinte: região Nordeste, sete; região Sudeste, nove; região Sul, três; e região Centro-Oeste, uma.

O momento seguinte pode ser, com razão, denominado de "*a* explosão" (1961-1976), marcado que foi pela criação de 44 escolas médicas em espaço bastante curto de tempo. A análise da distribuição regional revelava uma despropositada concentração na região Sudeste, com 27 novas escolas, sendo treze em São Paulo, oito no Rio de janeiro, cinco em Minas Gerais e uma no Espírito Santo. A localização dessas escolas fez-se, muitas vezes, em cidade de pouca significação populacional ou econômica, mas, provavelmente, de elevada representação política. Nesse período, a região Norte recebeu duas novas

escolas; a região Nordeste, quatro; a região Sul, nove e a região Centro-Oeste, duas.

Ao lado dessa expansão numérica de escolas, os estabelecimentos existentes, principalmente os vinculados ao governo Federal, foram induzidos a aumentar o número de vagas em seus cursos. Todas essas modificações foram introduzidas sem maiores considerações quanto à existência de recursos educacionais de toda qualidade, notadamente aqueles de natureza docente e disponibilidade de leitos hospitalares para o ensino clínico. É, portanto, fácil deduzir a percepção da discutível qualidade de muitos dos recursos médicos assim ampliados ou instalados.

Os *tempos recentes* (1976-1999) refletem uma tomada de consciência das autoridades educacionais sobre o risco do crescimento desordenado e irresponsável do número de escolas médicas, sendo marcado por redução do impulso anterior. Foram criadas, no período, dezenove escolas, com a seguinte distribuição regional; Norte, uma; Sudeste, dez; Sul, cinco; Centro-Oeste, duas. Mais uma vez assinala-se o largo predomínio da região Sudeste, acompanhada pela região Sul.

Ao fim dos períodos considerados, o número total oficial de escolas médicas existentes no Brasil, em 1999, era de 92, assim distribuídas: região Norte, quatro; região Nordeste, catorze; região Sudeste, cinqüenta; região Sul, dezenove e região Centro-Oeste, cinco. Embora a região Sudeste seja a de maior volume populacional, a presença de mais de 50% das escolas médicas nessa localização é essencialmente explicada pelos índices mais elevados de desenvolvimento socioeconômico que a região atingiu, bem como pela expressão política de suas comunidades.

Os últimos anos, de 2000 para cá, vêm sendo marcados por uma nova retomada do crescimento de escolas médicas, numa série de iniciativas em que, apenas com algumas exceções, inexiste compromisso com a qualidade do ensino que será possível oferecer. Cabe às autoridades educacionais brasileiras a responsabilidade de considerar com cuidado as propostas que nesse sentido

possam ser formuladas, para aceitar apenas aquelas que envolvam a garantia de não serem apenas mais uma escola preparando mais médicos despreparados.

Vários cursos de medicina têm sido criados a partir de uma interpretação equivocada ou suspeita da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394 de 23/12/96), que prevê autonomia das universidades para criar ou organizar cursos. Mas o texto da LDB é claro em seu artigo 53: "no exercício de sua autonomia são atribuídas às universidades, sem prejuízo de outras, as seguintes atribuições: I – criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previstos nesta lei, *obedecendo às normas gerais da União e, quando for o caso, do respectivo sistema de ensino."* O grifo é muito importante, porque é o "esquecimento" de seu conteúdo que tem oferecido a oportunidade para a criação de novas escolas à revelia das disposições legais.

Já em 1994, o Decreto 1.303 estabelecia que, em qualquer caso, o pedido de criação de cursos de ensino de medicina por universidade ou estabelecimento isolado de ensino superior deveria ser submetido à avaliação de sua **necessidade social** pelo Conselho Nacional de Saúde. Após a LDB, tal determinação foi ratificada pelo Conselho por Resolução de 06 de fevereiro de 1997, cujas definições foram reforçadas pela Portaria 531 do Ministério da Educação, em abril do mesmo ano. O Decreto 2.306 (agôsto de 1997) deixa claro em seu artigo 16 que, em qualquer caso, a criação de cursos de medicina por universidades e instituições de ensino superior deverá ser submetida à previa autorização do Conselho Nacional de Saúde, que deverá se manifestar em 120 dias sobre a necessidade social do curso.

Embora se saiba que o número de médicos não é fator único a decidir sobre o padrão de saúde da comunidade, é certo que se trata de elemento altamente condicionador.

Por essa razão, a relação médico por habitante, é sempre lembrada quando se trata de avaliar a necessidade de criação de uma nova escola médica. O parâmetro seguido é o de um médico por mil habitantes, definido como satisfatório pela Organização Mundial de Saúde. Com base nesse indicador, a situação global do Brasil é bastante satisfatória, com um índice de 1,22, porém de

forma muito desigual. A distribuição nas diversas regiões é muito heterogênea: no Norte, de 0,53; no Nordeste, de 0,72; no Sudeste, de 1,70; no Sul, de 1,17 e no centro-oeste, de 1,13.

Com base no critério quantitativo da OMS, apenas nas regiões Norte e Nordeste é que haveria "necessidade social" de implantação de novos cursos de medicina. Trata-se, contudo, de regiões de desenvolvimento socioeconômico limitado, o que reduz a viabilidade de uma instituição dessa natureza, mesmo sob responsabilidade do poder publico; a razão é que a escola medica é, de longe, a unidade mais dispendiosa da universidade.

Trata-se de mais um elemento a ser considerado quando se fala do critério social definidor da implantação de escolas médicas, uma vez que o custo elevado de manutenção faz com que as mensalidades cobradas pelas instituições ligadas à iniciativa particular sejam muito altas. Das 23 escolas medicas que mantêm alunos matriculados no Estado de São Paulo, dezesseis são particulares e o valor de suas mensalidades oscila entre R$ 1.840,00 e R$ 2.800,00, com uma média de R$ 1.865,00[4].

Das 92 escolas existentes, 88 vêm diplomando médicos e o número de graduados a cada ano pode ser cotejado com o número total de médicos existentes, para definir uma taxa de crescimento anual da "população médica" no Brasil. Os números mostram que sua elevação, de 3,02% entre 1991 e 1996, é mais que duas vezes maior do que o crescimento anual do crescimento demográfico brasileiro, que foi de 1,38% no mesmo período. Em conseqüência, o número de habitantes por médico tenderá sempre a reduzir no futuro.

O PERFIL ATUAL DA ESCOLA MÉDICA NO BRASIL

O perfil atual da escola médica brasileira pode ser deduzido de pesquisas realizadas nos anos mais recentes. A mais importante delas, entretanto, vem sendo desenvolvida pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), integrada por entidades altamente representativas, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Academia Nacional

[4] Valores médios em 2003, obtidos através da ABEM.

de Medicina, Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho de Reitores de Universidades Brasileiras (CRUB), Conselho Regional de Medicina do Estado De São Paulo (CREMESP), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Federação Nacional dos Médicos.

Os objetivos propostos para o trabalho dessa Comissão foram: avaliar o ensino médico brasileiro; propor medidas a curto, médio e longo prazo, que venham sanar as deficiências identificadas no modelo de formação médica, criar mecanismos permanentes de avaliação das escolas e, por fim, criar instrumentos para o desenvolvimento de programas de educação médica continuada.

O trabalho vem sendo desenvolvido por etapas, a primeira das quais desenvolvida em 1991-1992 e que tinha por objetivo "descrever o perfil das escolas médicas brasileiras e testar um modelo de análise, capaz de explicar as relações entre algumas variáveis da escola médica que determinam a adequação e a qualidade do médico formado". Para tanto, foi enviado às oitenta escolas existentes em 1991 um questionário composto por 266 quesitos, elaborado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e modificada pela CINAEM. Entendo ser relevante descrever os dados desse primeiro momento, pois essa pesquisa voltou a acontecer num segundo momento, em 1996 e, portanto, a comparação dessas duas realidades pode se constituir num elemento a mais na compreensão da formação médica no Brasil.

O Instrumento enviado a 80 escolas foi respondido por 76 e, do conjunto de informações, foi possível extrair informações importantes.

Assim, em relação à ***origem da escola*, 33%** das informantes declararam **não ter havido nenhum estudo prévio que definisse a necessidade de sua criação.** Tal fato era pouco significativo nos 150 primeiros anos de evolução da educação médica no Brasil, quando foram criadas catorze (16%) das 76 escolas que representavam o universo pesquisado. A ausência desse estudo, contudo, é crítica para a compreensão dos fatos ocorridos nos quarentas anos seguintes, quando foram criadas mais 62 escolas, representando 84% do total das que

existiam em 1991. **Das escolas que respondem afirmativamente ao quesito, 38% informaram ter atendido à demanda estudantil e 32%, à existência de recursos disponíveis na área.**

Aspecto importante refere-se ao ***produto final*** da atividade da escola médica: **70% delas afirmaram que esse produto é uniprofissional**, enquanto as restantes estão comprometidas com a formação de diversas categorias profissionais da área de saúde: enfermeiras (22%), odontólogos (16%), farmacêuticos (11%) e nutricionistas (9%).

No que se refere ao ***número de ingressantes***, 72 escolas responderam à questão, oferecendo uma média de 103 alunos por instituição. Utilizando essa cifra para as 76 escolas que participaram da pesquisa, encontra-se um total estimado de 7.828 ingressantes por ano. Sobre esse total, pode-se fazer incidir a taxa de evasão da ordem de 3,5% extraída das informações oferecidas pelas escolas, permitindo definir a aproximação de 7.554 médicos graduados anualmente. A matrícula é anual em 43% das escolas, semestral em 34% e por unidades/créditos em 15%.

Outro tópico investigado referia-se *à* ***estrutura curricular***: em 79% das escolas, **o currículo é dividido em ciclos, incluindo o internato**, e caracteriza-se pelo ensino das características do homem sadio e dos mecanismos de agressão e defesa do homem doente em 83% das escolas. É importante ressaltar que, quando se fala em estrutura curricular baseada na "saúde" e não na "doença", observa-se que não necessariamente se está falando do entendimento social, econômico e político do termo saúde.

O que se observou nesse levantamento é que o conceito de saudável estava relacionado mais especificamente ao funcionamento fisiológico do organismo do que ao entendimento de uma melhor inserção sócio-econômica dos indivíduos.

Do total de escolas pesquisadas, 64 responderam à questão referente ao número de **matérias ou disciplinas integrantes do currículo**, oferecendo uma média de 48 unidades. Em relação à existência de **matérias ou unidades optativas**, 41% das escolas responderam afirmativamente.

No que se refere à ***prática clínica,*** em 96% das escolas ela é desenvolvida em ambulatórios do hospital de ensino e em suas enfermarias em 87%, ao passo que 72% realizam-se em ambulatórios da periferia. Quanto ao início das atividades assistenciais, em 33% seu início ocorre no 6º semestre e em 25%, no 5º semestre; mas, em 12% das escolas, o início dá-se no 3º semestre, é, em 10%, já no 1º semestre.

Papel importante no ordenamento do processo de ensino-aprendizagem pode ser desempenhado pela presença de um órgão/setor encarregado de tarefas de ***assessoramento pedagógico,*** presente em apenas 51% das escolas e exercendo funções de real assessoria em apenas 40%.

Entendo que aqui está, indiscutivelmente, um problema a ser resolvido, pois a discussão pedagógica da formação médica é, sem dúvida nenhuma, uma questão de grande relevância neste momento. Sabemos que "saber fazer" é muito diferente de "saber ensinar". Há nesse campo "saberes pedagógicos" essenciais ao trabalho docente que só serão adquiridos mediante uma discussão, uma formação pedagógica apropriada.

Tópico relevante na análise do processo de ensino-aprendizagem é representado pelos esquemas e modelos de ***avaliação*** adotados. Na pesquisa realizada, 92% das escolas afirmam a existência e distribuição de informações e instruções sobre a avaliação. A respeito da modalidade adotada, 21% indicaram formas somativas e 7%, modalidades formativas de avaliação, enquanto 70% afirmam utilizar ambas as formas. Quanto à freqüência, 40% realizam de três a quatro provas por semestre em cada disciplina/unidade e 26% realizam uma ou duas provas.

Em relação ao tipo de provas, 22% informaram utilizar provas dissertativas, 20% adotam testes de múltipla escolha, 18% preferem resolução de problemas ou provas prático-orais, ao passo que 11% optam por provas oraes-teóricas. A maioria das escolas (82%) utiliza indiferentemente qualquer uma das modalidades referidas. Em 28% das escolas existe alguma forma de auto-avaliação.

Temos, nesse aspecto, outra questão de grande relevância; quando dizemos **que os critérios de avaliação são oferecidos aos alunos**, não estamos

falando que eles necessariamente participaram de sua confecção. Isso é óbvio, traz uma perspectiva de "tamanho" da avaliação como elemento constituinte do processo de formação, muito diferente e claro, muito reduzido.

A avaliação é, em última instância, o retrato do sucesso ou não dos objetivos de aprendizagem desenhados. Se esses objetivos foram bem dimensionados, se foram "construídos" em parceria com os alunos, a avaliação retratará, sem sombra de dúvidas, o percurso e seus acertos e erros.

Se qualquer um de nós, em nossa memória "avaliativa", buscar uma situação de aprendizagem, tendo clareza do que era esperado, qual a importância "desse resultado" e se, de alguma maneira, fizemos parte desse processo, a lembrança que nos saltará, será, muito provavelmente, a de uma cena com mais conforto, mais inclusão e, obviamente, de mais segurança.

Assim, falar do papel da avaliação demandaria um detalhamento maior que nos parece não estar presente na maior parte das discussões de processos de formação, constituindo-se, dessa forma, um eterno "entrave" no mundo da educação e da saúde.

Por último, a definição de avaliação "somativa" ou "formativa" também merece uma atenção maior, pois os estudiosos no assunto classificam-na dessa forma quando remetem à discussão para a inserção da avaliação como elemento balizador, "norteador" do processo de formação. Dessa forma, a avaliação pode se constituir num elemento retro alimentador dos objetivos acordados e interferir no dispositivo didático pedagógico usado. Portanto parece-me que a descrição do tipo de avaliação executada, num instrumento de pesquisa, talvez devesse ser precedida de um esclarecimento pedagógico, aos respondentes, sobre que concepção "somativa" ou "formativa" está se falando.

Com referência ao ***internato***, tornado obrigatório por dispositivo legal, em 26% das escolas tem duração de dois semestres e em 5%,de três semestres.

Vale ressaltar que esse "pedaço" da formação médica tem sido aumentado, com uma forte tendência de estabelecer quatro semestres, ou seja, 2 anos de internato, situação, por exemplo, encontrada na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Enquanto 33% das escolas informaram a existência de internato

optativo, 93% afirmam que o internato é planejado e executado pela escola. Em relação à ***Residência Médica***, as informações indicavam que ela não existia em 25% das escolas. Nas demais, o número de programas de RM correspondia a 12,5% das atividades pedagógicas desenvolvidas nas escolas, com um número médio de 96,5 residentes.

Assume sempre relevância o tópico referente a ***recursos humanos docentes***. Das 72 escolas que responderam à pergunta especifica, resultou a média de 197 docentes por curso/escola. Apreciável esforço de capacitação foi identificado por 38% das escolas que informaram que até 25% de seus docentes participaram de cursos de aperfeiçoamento com mais de 180 horas de duração.

A identificação da especificidade desse aperfeiçoamento não é descrita com detalhes, mas trata, na sua maioria, de oficinas sobre projeto político-pedagógico e avaliação de ensino-aprendizagem.

Novamente nos parece faltar uma clareza quanto à definição de quais "saberes pedagógicos" estão sendo entendidos como essenciais ao trabalho pedagógico na formação médica.

É notório, nessa área, que o "fazer" do médico que se "transforma em docente de medicina" está muito mais calcado na sua experiência profissional do que numa perspectiva pedagógica de construir o conhecimento junto com seus educandos, incluindo, é claro, sua experiência pessoal, mas entendendo que também fazem parte desse conhecimento outros elementos, como por exemplo, como criar um espaço de aprendizagem favorável à percepção histórica, social do assunto em questão? São saberes pedagógicos que passam pelo entendimento dos aspectos constitutivos da construção do conhecimento, como o cognitivo, mas que vão além, passando pela compreensão de metodologia de ensino e suas ferramentas, processo avaliativo como elemento integrante do processo de formação, entre outros.

Parece-nos, então, que seria fundamental uma releitura quanto ao papel docente na formação em saúde, especialmente a médica.

Em relação à ***titulação***, 87% das escolas informaram que 23% de seus docentes são apenas graduados e 60% tem o título de especialista. Em 91% das

escolas, 6% dos docentes fizeram mestrado e 11% completaram seu doutorado; em 64% das escolas, 7% dos docentes fizeram livre-docência. Onze anos se passaram desde o levantamento dessas informações e, nesse aspecto específico de titulação, temos hoje uma situação muito diferente, o título de doutor é na grande maioria das escolas públicas uma exigência de ingresso. Já nas escolas particulares, temos ainda docentes mestres em processo de doutoramento.

Quanto à ***atividade do docente,*** observa-se que as formas isoladas são muito pouco freqüentes: em 80% das escolas não existem docentes em atividade de pesquisa isolada e em 76% não há atividade assistencial exclusiva. A forma combinada mais freqüente é a de atividade de docência + assistência, que ocupa de 51% a 99% da carga de trabalho dos docentes em 63% das escolas.

Aspecto importante refere-se à ***avaliação do docente***, que existe sob algum mecanismo em 70% das escolas. Para as 53 escolas que informaram sobre os critérios utilizados nessa avaliação, a preferência voltava-se para trabalhos científicos publicados, 71%; trabalhos de pesquisa, 66%; atividade na área assistencial, 55%; mínimo de horas-aula ministradas, 53%; trabalhos na comunidade, 47%.

Percebo que o que acontece nesse aspecto é comum a todas as áreas do saber; na realidade, quando se fala em **avaliação docente**, na verdade está se falando em **produção docente**, o que, evidentemente, não é a mesma coisa.

É claro que um dos principais compromissos da Universidade é a produção de conhecimento, que deve voltar à sociedade, a grande financiadora da Universidade, quando falamos em ensino público.

Porém, cada vez mais, fica clara a necessidade de se olhar o trabalho docente no que tange ao espaço da formação, do cotidiano pedagógico, que forma futuros profissionais, o que, indiscutivelmente, também é, um dos compromissos da Universidade.

Esse cotidiano envolve dedicação, tempo, acompanhamento ao discente, enfim, vários fazeres que não se traduzem em artigos, produções científicas "palpáveis", mas têm igual relevância, pois significam novos profissionais, geradores de novos saberes e que podem e devem contribuir com ações

geradoras de mais saúde, de mais consciência frente a intervenções indutoras de cidadania, de mais educação.

Em relação aos ***recursos materiais***, é importante conhecer informações sobre as características do *hospital de ensino:* 56% das escolas informaram dispor de instalações próprias, sendo que 29% delas esclareceram tratar-se de mais de um hospital, numa média de seis instituições nesse grupo de escolas informantes.

Outro conjunto de 16% das escolas informou dispor de hospitais conveniados, em número médio de três instituições por escola, distantes em média 7 km da escola que respondeu. A atividade do docente no respectivo hospital de ensino é remunerada, com uma complementação paga pelo hospital em 35% das escolas. O número médio de leitos ativado disponíveis para o ensino clínico é de 300 por escola.

Quanto à biblioteca, em 58% das escolas é central, e em 37% é setorial. Em relação ao acervo, a informação de 82% das escolas indica a média de 14.800 títulos de livros (24.252 exemplares) e 1.265 títulos de periódicos (para 77% das escolas). Evidentemente que se somam aqui os bancos de dados, mais recentemente agregados ao conceito de biblioteca.

Uma outra pesquisa foi realizada por Gonçalves (1996) que, entendo, tem uma natureza complementar e evolutiva aos dados expostos até agora.

O universo da pesquisa foi representado pelas escolas médicas localizadas no Estado de São Paulo, em número de dezenove na ocasião, das quais dezesseis responderam aos questionários encaminhados.

Com o objetivo de buscar comparações com os dados obtidos em 1991 pela CINAEM, estarão sendo aproveitados da pesquisa de 1996 apenas os elementos que poderiam gerar um olhar comparativo, no sentido de perceber como se deu a evolução na formação médica.

Assim, o ***número de ingressantes*** nas escolas paulistas **em 1996** tinha a **média de 90**, contra a **média de 100 das escolas brasileiras em 91**.

O ***corpo docente*** das escolas de São Paulo era de 295 profissionais, contra 195 das escolas brasileiras. Tais números permitem definir uma relação aluno/docente de 3,13 para as escolas da pesquisa nacional de 1991, e para 1,85

das escolas paulistas em 1996. Fica claro que, não necessariamente, podemos afirmar que "melhorou" a relação aluno/docente, porque se percebe que, em muitos dos casos, o aumento de docentes esteve mais relacionado à ampliação de núcleos de pesquisa do que propriamente ao trabalho de formação na graduação.

Em relação à **titulação**, os números médios nas escolas de São Paulo eram de docentes com Residência Médica, 114 (38,7%); com Mestrado: 57 (19,5%); e com Doutorado; 123 (41,8%).

Deve ser salientado que a atividade de ensino dos docentes das escolas médicas é sempre completado com a colaboração dos integrantes do corpo dos respectivos hospitais de ensino. No caso das escolas paulistas, o porte do corpo clínico tinha a média de 40 médicos, dos quais 291 (72,5%) afirmavam participar das atividades docentes da escola médica.

Em relação à ***estrutura curricular***, o tópico relativo ao número médio de disciplinas/unidades integrantes, que era de **48** para as escolas brasileiras **em 1991**, nas escolas paulistas era de **58 em 1996**. Outro aspecto importante a ser considerado refere-se à carga horária curricular total; aqui os dados de 1996 foram comparados com elementos publicados pela ABEM em **1986**, também referentes às escolas médicas de São Paulo. Naquele ano, a carga horária curricular média era de **9.170 horas**, ao passo que em **1996** a média passou para **10.190** horas, como já foi referido.

A ampliação de cerca de 11% na carga curricular total no intervalo considerado de dez anos provavelmente vincula-se à pressão exercida pelo aumento explosivo do conhecimento médico crescentemente observado. É útil também observar que o referido aumento de carga horária foi mais patente nas quatro últimas séries do curso médico, identificando que o referido aumento de conhecimento situou-se mais nas áreas aplicadas do que nas áreas básicas, cujo ensino é ainda, na maioria das escolas, desenvolvido nas duas primeiras séries do curso.

A demanda por novos setores profissionais fez também com que nos currículos de 1996 figurasse as disciplinas de anestesiologia e saúde ocupacional, que não existiam em 1986.

Quanto ao ***internato,*** observou-se que, em catorze das dezenove escolas, a duração era de quatro semestres e, de dois semestres, nas outras cinco escolas; apenas duas escolas apresentavam disciplinas optativas em seu internato. Quanto ao local de realização do programa, treze utilizava seu próprio hospital de ensino, ao passo que outras oito utilizavam exclusiva ou completamente outros hospitais.

Em relação à ***Residência Médica,*** ela existe nas quinze escolas paulistas que correspondem ao quesito específico, desenvolvida no próprio hospital de ensino, com contribuição de outro hospital em duas das quinze escolas.

Muitas das informações coletadas pela CINAEM, na primeira fase de seu trabalho, exigiam uma comprovação local que permitisse aprofundar os elementos oferecidos. Foi a que se propôs a Comissão numa segunda fase de trabalho. A preocupação não seria mais de ordem genérica, envolvendo o conjunto das escolas ou o conjunto dos docentes, mas a individualidade de quem participa da atividade, em cada escola médica a ser examinada. Para o professor, para tanto, foi composto um delineamento híbrido, integrado por três segmentos: o primeiro representado por um estudo transversal, destinado à abordagem dos docentes, compreendia um questionário a ser aplicado por pessoas especialmente treinadas; o segundo baseado num estudo de coorte, de modo a permitir o acompanhamento dos alunos durante um período determinado (internato de dois, três ou quatro semestres), baseado num Teste de Qualificação Cognitiva Inicial (TQCI) e outro Teste de Qualificação Cognitiva Final (TQCF); o terceiro, utilizando um modelo de planejamento estratégico, seria destinado à análise do modelo pedagógico institucional, entendendo-se como tal o resultado da interação entre mercado de trabalho, organização do trabalho médico, políticas públicas em educação e saúde, sistema de gestão da escola médica, perfil dos corpos docente e discente, infra-estrutura física de equipamentos e serviços e o processo de formação do médico.

O longo e minucioso trabalho dessa segunda fase do projeto da CINAEM foi desenvolvido em 47 escolas médicas que se comprometeram a dar continuidade ao trabalho desenvolvido anteriormente. De todo o esforço, foi possível identificar a escola médica brasileira, de acordo com o texto dessa Comissão, como uma estrutura amplamente insatisfatória, com ausência de uma política adequada às especialidades e à docência em medicina. A política de incentivo à capacitação profissional e à carreira docente é bastante limitada, dando uma ênfase maior à pesquisa do trabalho docente de formação. Os professores apresentam qualificação pedagógica deficiente; são, em geral, mal remunerados, dedicam-se pouco tempo à escola e mostram-se desmotivados. Uma administração centralizadora e ineficiente contribui para a manutenção das deficiências e inadequações existentes.

A estrutura curricular oferece uma formação humanística deficiente e predominantemente tecnicista. O ensino é centrado no professor, com ênfase nas ações terciárias e voltadas à superespecialização, com pouco estimulo à promoção de saúde e a uma visão socioeconômica de padrão de saúde.

De maneira geral, os docentes revelam-se pouco preparados para o ensino, para a pesquisa de caráter mais social e para as atividades administrativas em que se inserem. A maioria desenvolve atividades fora da escola; em conseqüência, apenas um terço dos docentes tem mais da metade de sua renda mensal oriunda da atividade acadêmica. A dedicação de cargas horárias mais expressivas às atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração foi identificada em menos de um quinto dos docentes, independente do tipo de atividade considerada.

No que se refere ao cumprimento de programas de pós-graduação, como seria de desejar, os números relativos aos docentes das escolas médicas superam aqueles relativos aos médicos brasileiros em geral. Dos docentes, 79,3% fizeram Residência Médica, 31,3% cumpriram mestrado e 20,0% completaram o doutorado. Acrescente-se que 7% fizeram especialização em educação.

O crescimento cognitivo dos estudantes durante o internato foi avaliado por meio de dois testes aplicativos no intervalo de um ano. O teste inicial (TQCI)

coincidia com o ingresso dos estudantes no internato. O teste final (TQCF), com o término do internato para uma parte dos estudantes (escolas com internato de dois semestres), enquanto para aqueles que desenvolvem internato de maior duração, o TQCF significou uma avaliação intermediária.

Os testes de qualificação englobaram conhecimentos de clínica médica, clinica cirúrgica, pediátrica, gineco-obstetrícia e saúde pública. Os testes foram compostos de questões de múltipla escolha na sua grande maioria e, na formulação das questões, foram utilizados os critérios de prevalência, letalidade e potencialidade de prevenção primária.

Considero importante explicar de forma mais detalhada tais critérios porque, entendo, determinam uma forma de ver o fazer médico.

O entendimento de "qualificação cognitiva" dos testes usados passa por uma percepção de conhecimento do estudante que não necessariamente passou pela sua construção, o que demanda, portanto, qual era, no momento de aferição, a sua capacidade de "apreensão" do que lhe foi apresentado até aquele momento. Não se pode dizer que estamos falando exclusivamente da capacidade de memorização desse aluno, pois em algum momento, com algum docente, pode – se ter estabelecido um processo de ensino - aprendizagem mais participativo; porém fica patente que o cerne da avaliação passou mais pela capacidade de assimilação de "transferência do conhecimento" do que pela sua construção.

Com relação aos critérios de prevalência e letalidade, é necessário esclarecer que o primeiro está relacionado ao número de casos novos e antigos de uma determinada doença ou agravo à saúde, ou seja, a prevalência revela a cronicidade de uma doença ou a ineficiência de ações de saúde que não minimizaram seu aparecimento. Letalidade é um indicador que revela a capacidade de um agente infeccioso em gerar formas graves e óbitos numa pessoa contaminada por ele. Como vemos, ambos os indicadores estão mais relacionados a uma visão que privilegia o processo patológico em detrimento de um enfoque prevencionista, embora o último indicador seja o de potencialidade em proteção primária; porém este indicador abriga duas grandes ações: a **promoção em saúde,** que se relaciona com o **desenvolvimento dos aspectos educativos,**

de consciência política e social das pessoas, da sua capacidade de se situar historicamente, exigindo e defendendo seus direitos cidadãos; aqui especialmente o da saúde, e exercendo seus deveres de igual forma. A outra ação contida neste indicador está relacionada **ao uso de medidas de proteção específica**, como imunizações, conhecimento preventivo dos processos patológicos, entre outros.

Portanto fica evidente que, embora se esteja falando de prevenção, ainda assim esta é feita valorizando a visão do uso da tecnologia, por exemplo, contida na vacina. O necessário, porém, antes de pensarmos na vacina, é pensar em formas de promover mais saúde e precisarmos menos de vacinas, erradicando, na medida do possível, a doença ou o agravo à saúde.

No TQCI, a média de acerto para o conjunto das escolas foi de 39%+- e no TQCF foi de 51%+-. A proporção média de acertos nos dois testes mostrou que o crescimento cognitivo foi semelhante nas diversas áreas testadas. Em relação à região geopolítica, a cauda superior de distribuição foi representada pelas escolas da região Sul e a inferior, pelas escolas da região Norte.

Em resumo, a formação que as escolas médicas brasileiras oferecem, em média, não é terminal; ao concluírem seu curso de graduação, os médicos apresentam um conhecimento fragmentado, tecnicista e com uma formação humanística e ética bastante deficiente.

Resta examinar, então, o que poderia ser o perfil *desejado* para a escola médica brasileira. As propostas deduzidas dos trabalhos anteriores da CINAEM podem servir de roteiro. Em primeiro lugar, o fato de se tratar da própria base sobre a qual construir ou reconstruir a escola médica brasileira define qual o perfil de médico que se deseja formar. Considerando os dados colhidos, tal perfil é definido a partir das seguintes características:

- **competência na realização da anamnese e conseqüente construção da história clínica, bem como domínio da arte e da técnica do exame físico**: este aspecto relaciona a capacidade do médico em buscar os aspectos sociais e econômicos que determinaram uma história clínica, evidenciadora de um determinado padrão de saúde. Aliado a

isso, o médico deveria conhecer os aspectos técnicos fundamentais para a execução de um exame físico no sentido de corroborar na história levantada;

- **acuidade no levantamento dos problemas do paciente, tanto nos aspectos individuais, quanto em suas repercussões coletivas**: aqui se evidencia a concepção de que um quadro de saúde não pode ser visto como uma questão individual na medida que as pessoas interagem, e uma relação coletiva de padrão de saúde está sempre presente;
- **capacidade de desenvolver raciocínio clínico de forma global, abordando os problemas do paciente à luz da ciência e em seu contexto histórico, familiar, social e ocupacional**: neste item, deseja-se que o médico detenha o conhecimento científico sobre a patologia apresentada, mas tenha a capacidade de situar todos os aspectos envolvidos na constituição do problema de saúde presente, ou seja, é desejável que ele possa constituir um pano de fundo em que a origem, o acesso à educação, as condições de moradia e de trabalho, as características e sua perspectiva de vida sejam "desenhadas" no sentido de obter a maior assertividade na resolução do problema;
- **competência no atendimento inicial das urgências e emergências**: independente da opção de especialização do médico, é absolutamente necessário que ele detenha uma noção de "níveis de gravidade" de um quadro patológico, sendo capaz de tratar ou encaminhar, com o rigor que a situação exige, os pacientes com risco de vida;
- **familiaridade e competência no trato dos problemas comuns das diferentes especialidades médicas, nos diversos níveis hierárquicos de complexidade de atendimento à saúde**: neste item, procura-se definir uma capacidade de ação generalista em que, em algumas situações, seja preciso o encaminhamento

para um especialista, tendo sempre em vista o caminho do menos para o mais complexo e a inserção nas políticas públicas disponíveis;

- **domínio no conhecimento da metodologia científica, para a adequada avaliação do material bibliográfico com vistas à educação médica continuada**: neste item, defende-se a idéia da necessária atualização, em face dos avanços científicos cada vez mais presentes na área da saúde;
- **formação cientifica, ética e humanística adequada à incorporação de novas tecnologias**: são muitos os novos desafios; a assistência de saúde e os aspectos éticos e humanísticos tornam-se cada vez mais complexos, exigindo do novo médico uma capacidade de entendimento de paradigmas como religiosidade, homem, saúde, educação, entre outros, cada vez maior;
- **capacidade de trabalhar cooperativamente em equipe multiprofissional**: a história tem mostrado que o padrão de saúde de uma pessoa passa por vários aspectos que se relacionam com a atividade de vários profissionais da área de saúde; portanto é fundamental que o médico consiga exercer seu ofício cada vez mais numa perspectiva coletiva no âmbito da assistência.

A formação do médico que corresponda a esse perfil poderá certamente ocorrer a partir do desenvolvimento de um processo formativo que seja marcado por algumas características realmente transformadoras, quando se considera o modelo atualmente encontrado na média das escolas médicas brasileiras. Trata-se do desenvolvimento de um novo modelo de educação médica, que deverá tender às seguintes características:

- reconhecimento da prática como base para a reflexão teórica;
- integração permanente das ciências básicas no ensino clínico;

- desenvolvimento de um currículo centrado em problemas de realidade em índices crescentes de complexidade, elaborado segundo critérios éticos e humanísticos, vinculados à letalidade, prevalência e potencialidade de promoção em saúde;
- reformulação da prática médica com enfoque na pessoa;
- reconhecimento e desenvolvimento da avaliação como momento privilegiado do processo de construção do conhecimento;
- instituição de metodologias ativas e interativas de aprendizagem;
- utilização da aula expositiva como instrumento pedagógico não predominante;
- inserção precoce do aluno na rede de serviços de atendimento à saúde;
- oferta de programas de educação continuada aos egressos baseados nos mesmos princípios de educação médica transformadora.

É certo que a concretização de um projeto amplo e complexo, como o formulado, estará exigindo extensas modificações nas estruturas e nos procedimentos atuais, na infra-estrutura da escola, na sua gestão, em seus docentes e em seus alunos, bem como na forma como são incorporados conhecimentos e tecnologias. Daí a necessidade inicial de uma avaliação transformadora, segundo a proposta da própria CINAEM.

Qualquer processo de transformação da cultura existente exige a construção de um novo edifício cultural, demandando capacitação e envolvimento de docentes e alunos, bem como apoio amplo e ativo dos dirigentes universitários.

Uma proposta como a que está apresentada deverá alterar a rotina de professores e estudantes, sendo de se esperar algumas resistências e muita dificuldade em sua operacionalização. Por isso mesmo estará exigindo alguma "teimosia e muita competência" por parte de quem se dispuser a concretizá-la e

que sua construção seja marcada por um processo coletivo e legítimo para todos os envolvidos.

Grande parte das responsabilidades envolvidas na proposta formulada costuma recair num grupo em especial, como os docentes, ou a Instituição; mas enquanto um processo de mudança se pautar numa lógica cujo o enfoque é mais determinado num grupo em especial, as mudanças não acontecerão ou, o que é pior, não se sustentarão. Somente a legitimidade do coletivo pode sustentar uma inovação.

Diante desse quadro será necessário trabalhar, entre outras coisas, o resgate do exercício da docência, valorizando-a ,reconhecendo ser ela o instrumento de resposta da escola médica à proposta que a sociedade lhe faz: a de construir um conhecimento com seus alunos, mas um conhecimento ético, humano e transformador.

Conhecimento que dê suporte a uma assistência, um projeto de saúde que é eminentemente coletivo, que deve estar pautado na promoção da saúde e, portanto, deve estar pautado na capacidade cidadã de toda pessoa.

Daí a necessidade de uma rediscussão da ***docência médica***. Eu entendo que se trata, em última análise, de oferecer a esse profissional uma série de possibilidades de inserção num projeto de capacitação pedagógica, que transcenda o ofertado num curso de licenciatura, como uma discussão didática pura e simples; mas uma capacitação nas áreas específicas de educação que tangem o processo de ensino e aprendizagem, aspectos relativos à avaliação como componente do processo de formação, notadamente recursos instrucionais inovadores, métodos e procedimentos de avaliação, acesso à bibliografia especializada; reconhecimento explicitado da importância da atividade docente na elaboração de critérios vinculados à admissão e progressão na carreira; disponibilidade de tempo e de recursos para a elaboração e desenvolvimento de projetos de pesquisa clínica ou experimental; remuneração proporcionada à atividade exercida.

Estruturalmente será muito importante que se instale um ***núcleo de educação médica***[5] capaz de desenvolver diferentes tarefas, com vistas ao aperfeiçoamento do modelo pedagógico e do desempenho educacional dos docentes e da instituição. Tarefas importantes hão de ser as de assessoramento aos colegiados de ensino da escola, bem como assessoria direta à direção da instituição. Mas igualmente importantes hão de ser as tarefas voltadas à capacitação pedagógico-didática de professores e estudantes, bem como o estimulo à criação de novos instrumentos instrucionais e novos modelos de avaliação, que a experiência permitirá aperfeiçoar.

O sucesso de qualquer proposta inovadora poderá ser facilitado pela criação de uma mentalidade participativa, que integre escolas médicas igualmente comprometidas com modificações da mesma natureza. A socialização dos esforços, a confirmação dos sucessos e a apresentação dos malogros permitirão que o processo possa ser facilitado, até sua concretização tão ampla quanto às condições permitirem.

Para tal é necessário que nos lembremos de Freire (2000, p. 23), que nos diz,

> Uma das primordiais tarefas da pedagogia crítica radical libertadora [...] é trabalhar contra a força da ideologia fatalista dominante, que estimula a imobilidade dos oprimidos e sua acomodação à realidade injusta, necessária ao movimento dos dominadores. É defender uma prática docente em que o ensino rigoroso dos conteúdos jamais se faça de forma fria, mecânica e mentirosamente neutra.

Em resumo, a formação que as escolas médicas brasileiras oferecem, em média, não é terminal; ao concluírem seu curso de graduação, os médicos apresentam, inclusive, um conhecimento fragmentado, tecnicista e com uma formação humanística e ética bastante deficiente.

Neste cenário histórico, insere-se a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (FCM/UNICAMP) como uma escola que viveu esse ensino

---

[5] Grifo da autora, por entender que qualquer processo de formação deve abarcar a excelência do conhecimento técnico, porém este só será efetivo à medida que a mesma excelência despendida no campo técnico acompanhar a formação desses professores. Um médico não detém um conhecimento pedagógico que o "torne" um educador; ser um educador de medicina envolve necessariamente uma formação pedagógica.

dicotomizado, empobrecido em conhecimentos socioeconômicos como fatores determinantes do processo de saúde e doença, com pouca atenção ao necessário acolhimento para uma assistência à saúde mais humanizada e que pretende, a partir de uma reforma curricular, ampliar, transformar para melhor a formação de seus futuros médicos.

Passarei a uma reflexão sobre a inovação pedagógica, entendendo que a discussão da evolução desse conceito, suas dimensões de análise e outras questões pertinentes a este tema permitirão uma discussão mais rica do objeto de estudo deste doutoramento que é a Reforma Curricular da FCM/UNICAMP como perspectiva de um processo de inovador de formação.

CAPÍTULO II
FUNDAMENTOS PARA UMA COMPREENSÃO DO PROCESSO DE INOVAÇÃO EM EDUCAÇÃO: SIGNIFICADOS PARA A SAÚDE

Para entender um processo inovador, considero necessário advogar a idéia de que, se por um lado, as coisas ou as estruturas determinam a vida das pessoas, por outro, são essas mesmas pessoas que constroem as coisas e as estruturas.

Ou seja, qualquer inovação que pretenda o sucesso deverá tentar, ao mesmo, tempo tanto a mudança das pessoas, de seus valores e da sua cultura quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais. É a relação de uma proposta de formação médica inovadora com seus executores, educadores e educandos, comprometida com uma idéia de medicina cidadã que possibilitará o exercício desse ofício mais digno e acessível para todos.

Ao iniciarmos a discussão sobre o tema inovação, podemos partir de um conceito defendido por Hord[6] (1987), que diz que inovação pode ser qualquer aspecto novo para um indivíduo dentro de um sistema. No campo da educação e da saúde, a inovação precisa conduzir os atores a um acordo coletivo sobre as bases que a sustentam para que a mesma possa ser legítima.

Evidentemente, esta idéia no plano da saúde e da educação passa por questões ideológicas, sociais, econômicas e históricas que desenham o cerne do "novo" a ser apresentado e suas conseqüências no modelo de formação pretendido. Isso nos remete à idéia de "paradigma" em que novas idéias, novas descobertas aparecem e não se adaptam às considerações prevalecentes de como o mundo e, em especial, a educação entendida como pano de fundo para todas as áreas de saber é constituída.

Há um sentido de superação do que está posto que deve ultrapassar a enganosa idéia de ter que acabar e começar de novo para a possibilidade de inovação aparecer, negando o processo histórico.

Kuhn (1996), ao explicar o processo de surgimento de um novo paradigma científico detentor de características revolucionárias, nos diz que novas teorias não podem surgir sem mudanças destrutivas nas velhas crenças sobre a natureza. Uma teoria realmente nova e radical nunca é somente uma adição ou incremento ao conhecimento existente. Ela muda regras básicas, requer revisão

---

[6] O autor explora a idéia de que a inovação passa pelo aspecto interpretativo mais fortemente do que o de definição propriamente dita; o que é inovador para uma pessoa pode não sê-lo para outra dentro do próprio sistema.

drástica e reformulação das hipóteses fundamentais da teoria anterior e envolve uma reavaliação dos fatos e observações existentes, sem desconhecer sua razão de ser no momento histórico em que foram gestadas.

Acredito que algumas considerações se fazem necessárias para firmar a concepção de "inovação" defendida aqui neste estudo.

- a inovação não é uma mudança qualquer. Ela tem um caráter intencional, afastando do seu campo as mudanças produzidas pela evolução "natural" do sistema. A inovação é, sim, uma mudança deliberada e conscientemente assumida, visando a melhoria do trabalho pedagógico;
- a inovação não é uma simples renovação, pois implica uma ruptura com a situação vigente, mesmo que seja temporária e parcial. Inovar faz supor trazer à realidade educativa algo efetivamente "novo", em vez de renovar, que implica fazer aparecer algo sob um aspecto novo, não modificando o essencial;
- a inovação não é sinônimo de reforma, à medida que esta poderá ser apenas assimilável ao conceito de inovação "instituída", ou seja, uma inovação que resulta do exercício de um poder instituído de que dispõe quem a planejou e quem a implantará; ou seja, não existe aqui a concepção coletiva de todos os envolvidos na inovação; é o caso das inovações de cunho institucional ou legal em que o "novo" não foi construído por todos e, portanto, não detém a legitimidade necessária para tal;
- a inovação é, portanto, um ato deliberadamente intencionado, detentor de uma visão de mundo, de homem, e é claro, de educação.

Portanto o conhecimento emergente não é uma simples rearticulação do sistema nem a introdução do novo no já instituído, como propõe o paradigma conservador.

Santos (1989) nos mostra que a inovação se caracteriza por uma perspectiva de ciência emergente, rompendo com o "status quo", dimensionando os fazeres pedagógicos numa possibilidade transformadora; esta apreciação leva-

nos a assinalar algumas questões que poderiam caracterizar o "modus operandi" de estabelecimento de uma inovação pedagógica:

- a necessidade "sentida" e, portanto, legitimada pelo maior número possível dos envolvidos no trabalho pedagógico, fazendo ser perceptível a "necessidade" de mudança;
- a existência de canais de comunicação entre o planejador e os que realizarão a inovação, de modo que se encurte a distância entre eles;
- que todos os grupos relacionados com a inovação estejam vinculados a ela; que se facilite todo tipo de informação que esclareça o sentido da inovação para todos os grupos envolvidos;
- que os conflitos sejam interpretados como uma fase, quase sempre necessária, para a implantação da inovação, devendo então ser "explorados" na sua potencialidade, no sentido de sua superação.

Vê-se, portanto, que dimensões políticas, culturais e históricas permeiam o processo da inovação e podem determinar o ritmo do seu desenvolvimento.

House[7], fazendo um relato histórico das perspectivas fundamentais que marcaram o desenvolvimento da noção e da prática da inovação, assinala três momentos:

> **a primeira perspectiva**: seria a orientação tecnológica que aparece em meados dos anos 70, especialmente nos Estados Unidos, onde se fazia parecer sinônimo "tecnologia" e "progresso", ou seja, o enfoque era sistemático e racional, o que no trabalho pedagógico poderíamos traduzir numa ênfase maior nos métodos, estreitando outras dimensões do saber e da relação pedagógica;
>
> **a segunda perspectiva**: é a política e para essa concepção a inovação é objeto de conflitos e compromissos. A realidade não é entendida como uma soma de esforços, mas considera que a cooperação é mais problemática que automática e, portanto, deve ser o resultado da negociação e do compromisso. A inovação

[7] O autor faz um relato histórico das perspectivas fundamentais que marcaram o desenvolvimento da noção e da prática da inovação; ver "Três perspectivas de la innovación educativa: tecnológica, política y cultural", *Revista de Educación*, n. 286, p. 79-96.

aparece, então, como exemplo desse tipo de confluências e desencontros;

a terceira perspectiva: a cultural e pretende estudar os efeitos das inovações intangíveis e difusas, tal como acontece em boa parte dos casos. Esse enfoque considera os distintos setores envolvidos em uma inovação como partes integrantes de distintas culturas ou subculturas que representam conflitos de valores e que adotam significados diferentes em relação à realidade. Desse ponto de vista, a inovação é concebida como a interação de culturas diferenciadas, sendo preciso estudar a forma como as pessoas interpretam os fatos.

Essas três perspectivas foram apresentadas aqui neste trabalho, com o intuito de constituir o pano de fundo de concepção de um processo inovador e as interfaces mais recorrentes para sua construção, apontadas na literatura.

Parece-nos que tais perspectivas não acontecem, nem devem ser tomadas de forma isolada. Defendo que o entendimento crítico de um processo de inovação na educação e na saúde é fruto de uma construção histórica onde interesses diferentes se confrontam. Neste exercício permeado de poder e tensão, o grupo com o poder hegemônico defende o sentido da inovação pretendida.

OS MODELOS EDUCACIONAIS DO SÉCULO XX

Todas essas mudanças remetem a novos olhares no mundo da educação que passam a ser necessários no atendimento desses novos paradigmas.

Nesse sentido, a década de 80 foi extremamente frutífera no sentido de construir "brechas", enfim, outras perspectivas educacionais inovadoras para o Brasil; cabe então destacarmos educadores como: Paulo Freire, Saviani, Tratenberg e Gadotti como autores que abraçaram concepções de educação mais avançadas alicerçadas numa compreensão social e política de mundo.Entendendo tais concepções como inovadoras para a sua época, podemos esquematizá-las da seguinte forma, conforme nos mostra o Quadro 2:

QUADRO 2 – COMPARAÇÃO DOS ASPECTOS CONSTITUINTES DOS MODELOS EDUCACIONAIS BRASILEIROS DESENVOLVIDOS NO SÉCULO XX

CONSERVADOR/ LIBERAL	PROGRESSISTA
PROJETOS HISTÓRICOS DETERMINANTES PARA A MANUTENÇÃO DE UMA POSTURA POLÍTICA	PROJETOS HISTÓRICOS COMO ELEMENTO ESCLARECEDOR DE MUDANÇA DE UMA POSTURA POLÍTICA
FRAGMENTAÇÃO METODOLÓGICA	UNIDADE METODOLÓGICA
TRABALHO PEDAGÓGICO DESINTEGRADO	TRABALHO PEDAGÓGICO INTEGRADO INTERDISCIPLINARIDADE
ÊNFASE NO COGNITIVO / VERBAL	CONTEÚDO MULTILATERAL -TODAS AS DIMENSÕES HUMANAS
ALIENAÇÃO /INDIVIDUALISMO	AUTO-ORGANIZAÇÃO / TRAB. COLETIVO
SISTEMA EXCLUDENTE	SISTEMA INCLUDENTE

Gostaria de remeter o Quadro 2 ao discutido anteriormente no Quadro 1, referente à evolução do sistema de saúde em nosso país.

Freire (1998) falava da importância de não vermos a história como "determinismo" e sim como "possibilidade"; assim, entendo que o modelo educacional conservador/liberal em nosso país estabelecia uma "explicação" para a manutenção de uma visão pedagógica que, no âmbito da saúde, perpetuava uma perspectiva passiva, sem historicidade e, portanto, sem capacidade de intervenção das pessoas.

Evidentemente, o trabalho pedagógico neste modelo fragmenta-se metodologicamente e é colocado de forma compartimentalizada, sem a possibilidade de integração de outros saberes.

Nessa lógica fica evidente que a ênfase do processo de ensino/aprendizagem está pautada exclusivamente no cognitivo, o que reforça o trabalho individual, sem perspectiva coletiva de construção de um conhecimento.

Esse sistema tem clara ação excludente, não havendo espaço para o "diferente", para outras visões de mundo.

Valendo-me novamente de Freire (1998, p. 85), penso num dos seus dizeres,

> 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.

Abraçando essa idéia, entendo que o projeto progressista prevê a inserção histórica como elemento esclarecedor de uma determinada visão política, o que, por sua vez, determina uma lógica do processo de ensino - aprendizagem que repousa sobre uma unidade metodológica cujo conteúdo abarca todas as dimensões do ser humano.

A produção do conhecimento é, portanto,pautada na busca da autonomia e numa perspectiva coletiva, entendendo o trabalho pedagógico como algo integrado, estimulador de uma visão interdisciplinar, aglutinando vários "saberes" que se compõem, entrelaçam -se.

A literatura, por meio de teóricos como Sacristán (2000), Hernández (1998), Silva (2002), tem mostrado que uma inovação pedagógica não pode ser considerada uma realidade única, fundamentada somente no papel que alguns educadores representam em sua implantação e nos fatores que explicam seu fracasso ou sucesso.

Hord (1987), vê esse aspecto como a pedra angular de um processo pedagógico inovador. A idéia de inovação associada à mudança leva-me a questionar até que ponto as inovações envolvem ou não mudanças e se estas necessariamente significaram uma melhoria da instituição escolar.

Baseando-me em Hernandez, entendo que um processo inovador no campo do trabalho pedagógico possa ser esquematizado conforme nos mostra a Figura 1:

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

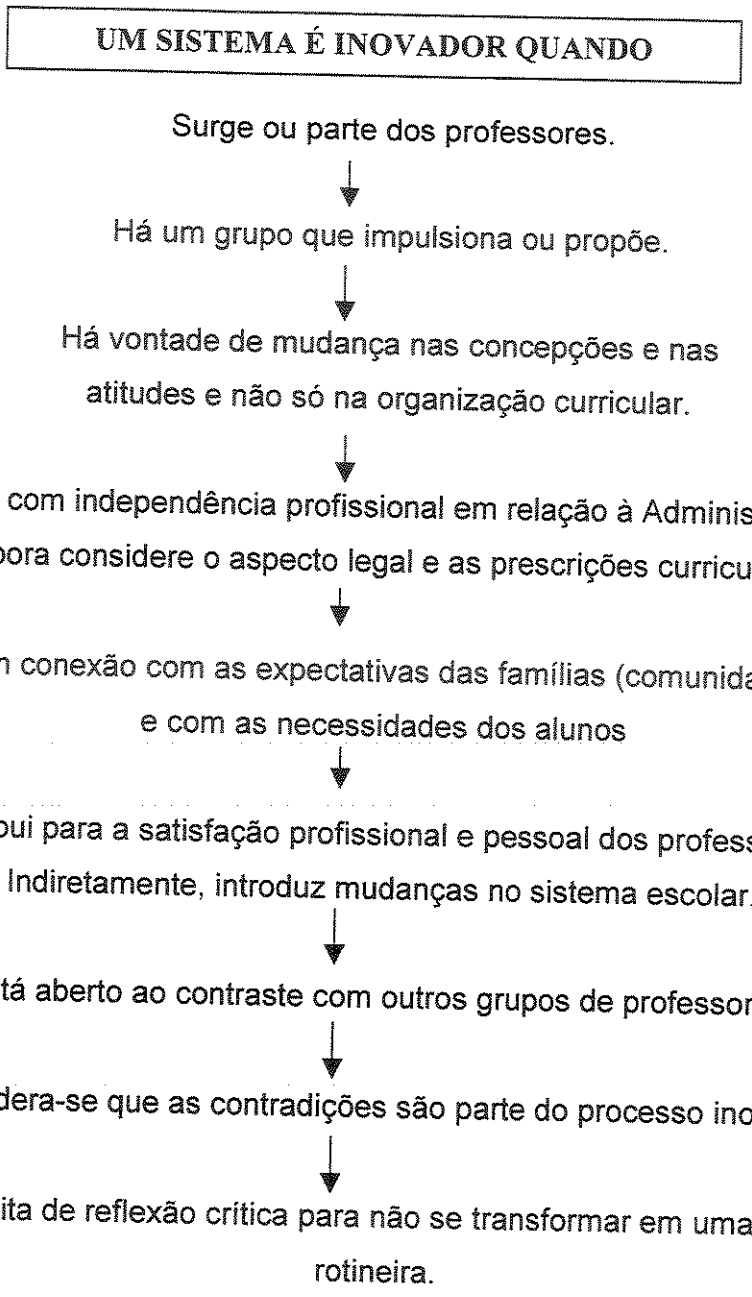


FIGURA 1 - Síntese de um processo inovador
Fonte: Adaptado de HERNANDEZ, F., 2000.

Assim, poderíamos explicar este esquema dizendo:

- Uma prática inovadora nunca começa do zero. Sua origem está vinculada à trajetória de cada escola e ás diferentes culturas pedagógicas (individuais e coletivas) que convivem em torno dela. Isso faz com que a resposta a uma inovação externa à escola possa

adquirir um maior ou menor enraizamento conforme tenha ligação ou não com essas culturas de referência.

- Uma inovação também tem uma história. Não é algo estático, que pode ser congelado para o estudo em um determinado momento. A inovação passa por fases, tem um ciclo vital de caráter dialético e de confronto de pontos de vista, práticas e representações que evoluem com o tempo.
- Nessa mesma linha, é preciso levar em conta que as inovações costumam estar vinculadas a pressões e necessidades de políticas educativas alheias à escola. É por isso que aquilo que no começo pôde ser vivido como uma imposição só deixa de sê-lo se tiver conexão com a consciência de necessidade dos envolvidos.
- Uma inovação tem maiores possibilidades de ser compartilhada pelos professores se partir deles e de suas necessidades e, principalmente, se esta não pretender mudar a organização e a prática da instituição em sua totalidade e sem etapas desconsiderando a força dos atores locais
- Contudo, qualquer inovação, por mais reduzido que seja seu âmbito, está limitada por uma complexa trama de condicionantes internos (comunicação entre seus membros, organização da escola, etc.) e externos (atitude da comunidade, pressão da Administração, reconhecimento social, etc.)
- A relação com uma inovação é sempre subjetiva. Isso pressupõe que sejam geradas expectativas diferentes conforme cada um dos participantes e que estas repercutam em sua percepção e seu envolvimento nela.
- Uma inovação necessita de um grupo de referências que a impulsione. A maior presença e coesão desse grupo determinam extraordinariamente o ritmo de implantação da inovação.
- Em uma inovação, são importantes os recursos que a Administração ou outros organismos oferecem como apoio (assessoramento, pessoal, recursos técnicos, enfim, a existência de condições

objetivas para garantir a sustentação da proposta, mas, em última instância, o clima de comunicação e envolvimento emocional que se estabelece entre os participantes desempenha um papel considerável.

- O grau de complexidade organizativa que envolve uma inovação repercute na fluência das decisões, podendo dificultar a criação de espaços de reflexão permanente e os contínuos reajustes que toda inovação requer.
- O processo de inovação será enriquecido se for permeável ao intercâmbio e ao contraste de pontos de vista com outros professores, com assessores e outros agentes que, direta ou indiretamente, possam contribuir para a dinamização da inovação; isto implica pluralismo.

Em toda essa síntese está presente uma constante: a necessidade de reflexão permanente sobre a prática para melhorar sua compreensão, gerar elementos críticos, favorecer o processo de formação e engajamento da comunidade local envolvida.

Nesse sentido é imperioso falarmos de um elemento catalisador numa perspectiva inovadora: o projeto político pedagógico.

Ele, indiscutivelmente, pode e deve ser o gerador de uma característica fundamental nesse tipo de trabalho, que é a construção da identidade.

Entender o trabalho pedagógico inovador é assumir as diferentes tendências de expressão das diferentes forças que contraditoriamente controem o tecido social; elas não podem ser compreendidas se não por referência ao contexto histórico da estrutura da sociedade que as engendram. Assim, a identidade coletiva se dá a partir de experiências acumuladas individualmente e que vão no diálogo e no processo interpessoal caminhando na direção de um acordo coletivo que busca expressar as convergências possíveis.

O grupo que se empenha em colocar a educação e a escola a serviço das forças emergentes da sociedade, abrindo espaços para a expressão dos interesses populares, precisa enfrentar, portanto, a resistência de outros grupos para obter sucesso em sua luta para tornar **de fato** para todos aquilo que a

ideologia liberal proclama ser **de direito de todos**, contribuindo para fazer, predominar uma nova formação social dentro da ideologia dominante.

No que se refere à identidade pessoal, considero que é algo que vai sendo construído num processo de tomada de consciência gradativa das capacidades, possibilidades e probabilidades de execução: configura-se num projeto individual de trabalho e de vida. Entretanto, não pode ser dissociado de um projeto maior, o do grupo ao qual o indivíduo pertence, às suas vinculações e determinações histórico-sociais.

E, nesse sentido, a construção de um Projeto Político Pedagógico deve pautar-se em alguns princípios que me parece necessário elencar:

- ele é, em primeira instância, o evidenciador de opções de formação construído coletivamente, do educador e da escola;
- consolida o espaço da instituição escolar como o palco para as discussões do caminho escolhido e as necessárias correções que se fizerem necessárias;
- estabelece uma possibilidade permanente de revisão ou confirmação dos objetivos estabelecidos para o processo de formação, incluindo todos os seus atores, como docentes, gestores e discentes e deve promover a inclusão dos atores que gravitam em torno da instituição.

Nesse sentido, é necessário destacarmos a idéia do Projeto Político Pedagógico como elemento fundamental para a construção da identidade coletiva e condição necessária num trabalho inovador. Vários autores, como Ludke (1986), Luckesi (1990), Freitas (1995), Hoffman (1992) e Sordi (1993), tratam dessa questão apontando a importância da construção do Projeto e referindo, obviamente, às dificuldades inerentes nesse tipo de trabalho. O Projeto Político Pedagógico de uma instituição deve ser a tradução literal de suas idéias acerca de aspectos tidos como relevantes no processo educacional.

Assim, ao falarmos, por exemplo, da Reforma Curricular da FCM/ UNICAMP, temos que ter a clareza de que concepções de medicina, homem, saúde, educação, educador, educando e avaliação devam ter sido construídos com seus atores e devem configurar uma "carta de intenções" dessa Instituição, seu marco conceitual. Portanto, há que se entender que, para o processo de

formação inovadora nascer, é fundamental que exista um compromisso coletivo, o desejo de muitos e as condições mínimas necessárias por parte da instituição que viabilizem a discussão e eventual incorporação de um novo olhar, de um novo "pensar".

Frigotto (1996, p. 81) nos fala da possibilidade de transformação da realidade numa perspectiva dialética,

> No processo dialético de conhecimento da realidade, o que importa, fundamentalmente, não é a crítica pela crítica, o conhecimento pelo conhecimento, mas a crítica e o conhecimento crítico, para uma prática que altere e transforme a realidade anterior no plano do conhecimento e no plano histórico-social. A teoria materialista-histórica sustenta que o conhecimento efetivamente se dá na e pela práxis. A práxis expressa, justamente, a unidade indissolúvel de duas dimensões distintas, diversas no processo de conhecimento: a teoria e a ação. A reflexão teórica sobre a realidade não é uma reflexão diletante, mas uma reflexão em função da ação, para transformar.

Assim, por exemplo, a questão da lógica que preside o trabalho de um professor inovador vincula-se a uma intrincada rede de relações estabelecidas pôr um sujeito socialmente situado, que não pode ser compreendida fora de sua base axiológica e política. É por natureza contraditória.

Cabe,então, atentarmos para alguns aspectos, potencializadores de uma inovação, tais como:

- dar, preferencialmente, um peso maior para as modificações internas da instituição de ensino;
- centrar a análise na mudança do exercício docente como fator fundamental de mudança: estimular sua criatividade, sua necessidade de realização profissional e a internalização de valores inovadores;
- disponibilizar os meios mais adequados para o processo inovador como a renovação dos métodos pedagógicos, reformas curriculares que busquem a integração, o incentivo de relações mais igualitárias entre professor e aluno.

Observados esses aspectos, fica mais clara a lógica que preside o trabalho dos professores identificados como inovadores[8]; esta passa pela atitude comprometida que o leva a situações igualmente confortáveis e desconfortáveis. Refiro-me ao conforto, quando se percebe sempre o gosto por conhecer - por um conhecer em múltiplas e infinitas direções (sejam elas de ordem prática, de ordem teórica ou de ambas). Esse professor é um ser que busca, que pesquisa e se satisfaz profundamente com isso.

Outra característica que marca o professor inovador é a questão do compromisso que ele tem para com seus alunos. Do ponto de vista pessoal, esse professor identifica-se como alguém "insatisfeito" com o que realiza, com dúvidas a respeito do trabalho que executa - a marca do novo sempre é revelada em suas ações, que em cada momento é único. Seu compromisso só pode ser avaliado em sua contradição maior, ou seja, na aventura de ousar as técnicas e os procedimentos de ensino convencionalmente pouco utilizados e no cuidado em torná-los transformáveis, conforme a necessidade de seus alunos, prosseguindo sempre na busca de outras possibilidades, envolvido em cada ato em sua totalidade.

Considero importante esclarecer que não defendo aqui a idéia de mudança como algo que passe exclusivamente pela "forma". Lembro, nesse sentido, um dos dias em que fiquei observando o desenrolar de uma aula na FCM/UNICAMP, e a professora, antes de iniciar seu trabalho, me disse: *"Agora, tudo é "novo", é "moderno. Fiquei à noite toda passando esta aula no PowerPoint, mas o que eu gosto mesmo, é do giz, é da lousa, mas agora a gente está "inovando."*

E ela começa a sua aula com um material de excelente qualidade técnica e de conteúdo, mas, à medida que o tempo vai passando, ela retoma o "seu giz", a "sua lousa" e ministra sua aula soberbamente.

É evidente que o recurso didático, a escolha do método tem sua importância e assertividade para cada conteúdo, para cada momento da formação, mas a inovação, o "pensar inovador" está muito além disto; ele repousa

---

[8] Esse conceito pode ser observado em ESCUDERO MUÑOZ, J. M., Inovación e investigación educativa, *Revista de Innovación Educativa*, n. 1, 1986 e GONZÁLEZ, M. T.; ESCUDERO MUÑOZ, J. M., *Innovación educativa*. Barcelona: Humanistas, 1987 - que "desenham" o perfil do professor inovador.

na competência, no envolvimento, no compromisso que marcam o itinerário desse profissional que luta por uma educação melhor, afirmando-a diariamente.

Entretanto, há que se considerar, igualmente, os desconfortos que marcam o trabalho de professores inovadores. O primeiro ,comum a todos, é a marca da solidão. Apesar do seu empenho pessoal e do sucesso com os alunos, defronta-se, quase sempre, com sérios obstáculos de ordem institucional, pois o professor inovador, em geral, trabalha muito e seu trabalho incomoda aqueles que querem se acomodar, principalmente se a filosofia da instituição em que trabalha for a da acomodação. É nítida em todos esses professores a marca da resistência. Entretanto, às vezes, são tantos os obstáculos ao desenvolvimento do seu trabalho comprometido que esse professor chega a duvidar da validade do seu esforço e alguns pensam em desistir da luta! Suas histórias de vida profissional estão marcadas pela resistência às instituições acomodadas, seja no que se refere às escolas onde trabalham, seja resistindo à acomodação dos organismos moderadores da política educacional que tenta submetê-los. Muitas vezes sua luta é inglória e a acomodação das instituições acaba pôr vencê-los.

O desenho educacional tanto nacional como internacional ainda está pautado numa perspectiva conservadora o que gera pouco acolhimento para um professor com perfil "inovador. Há que se ressaltar que também no plano institucional há esforços de resistência. Quando observamos as exceções, notamos nessas instituições uma marca que é o desejo de "questionar", "ampliar" o já existente, buscando uma outra concepção da qualidade do ensino, o que significa passar, entre outras coisas, por currículos integrados, pela capacitação docente, pela visão histórica e social de "estudar" e "aprender" e, fundamentalmente, pelo carinho e respeito aos educandos. Assim, a tônica do seu trabalho é a do diálogo e a postura do encontro, da reciprocidade entre educadores, educandos e funcionários. Nestes terrenos férteis, a semente da inovação poderá vingar, crescer e dar frutos. São instituições que já têm uma história de troca, de participação, por isso respeitam o trabalho do professor inovador, pois acreditam que seu projeto pessoal, nascido no interior de sua sala de aula, pode ser gradativamente ampliado aos seus alunos e à instituição como um todo. Entretanto, uma instituição que procura levar a bom termo uma proposta

inovadora precisa passar por uma profunda alteração no processo de capacitação do seu pessoal docente, pois existem pontos sérios a serem considerados, sem os quais um projeto inovador poderá correr o risco de tornar-se um empecilho, ou seja, de tornar-se apenas um projeto burocrático que a nada conduz.

Um projeto de capacitação docente para a consecução de um trabalho pedagógico inovador no ensino precisa levar em conta:

- como efetivar o processo de engajamento do educador num trabalho integrado, mesmo que sua formação tenha sido fragmentada?
- como favorecer condições para que o educador compreenda como ocorre a aprendizagem do aluno, mesmo que ele ainda não tenha tido tempo (ou tenha sido permitido a ele) para observar como ocorre sua própria aprendizagem?
- como propiciar formas de instauração do diálogo, mesmo que o educador não tenha sido preparado para isso?
- como iniciar a busca de uma transformação social, mesmo que o educador apenas tenha iniciado seu processo de transformação pessoal?
- como propiciar condições para troca com outras disciplinas, mesmo que o educador ainda não tenha adquirido o domínio da sua?.

Um projeto dessa natureza pressupõe a formação de um professor/pesquisador, que busque a redefinição contínua de sua práxis[9], e de uma instituição que invista na superação dos obstáculos de ordem material, cultural e epistemológica; enfim, num projeto político pedagógico realmente coletivo. O enfrentamento aos obstáculos de ordem cultural e epistemológica não ocorre no isolamento, mas na medida em que a instituição caminhar para uma transformação estrutural, coletivamente assumida e construída por todos.

[9] Nota da autora: entende-se por práxis o exercício da ação e sua reflexão teórica, baseado em VASQUEZ, S. A *ética*. 3. ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 1978.

DIMENSÕES DE ANÁLISE DE UMA INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

Para compreender os fundamentos de uma inovação pedagógica, entendo ser necessária a analise de quatro dimensões, apontadas pela literatura, que desenham sua concepção.

A primeira dimensão diz respeito **a quem inova**. Ela concerne a quem cria a inovação, como também a quem inicia a sua aplicação e a desenvolve, não se esquecendo do fato de que um agente social pode criar e outro iniciar e desenvolver, sendo mais freqüentemente isso o que acontece. Os agentes são múltiplos: um indivíduo, uma equipe, uma instituição, um grupo social, frações de classes ou mesmo classes sociais. Esses agentes podem ser públicos ou privados, nacionais ou estrangeiros, e sua ação pode ser isolada, coletiva, autônoma ou ainda associada.

Tende-se individualizar ou grupalizar a autoria de uma inovação social; nesse sentido é de grande importância observar-se alguns aspectos que passam por uma lógica nem sempre pautada por preceitos pedagógicos e sim econômicos. Com isso quero dizer que, ao pesquisarmos os vários aspectos de uma inovação, por exemplo, o aspecto cultural, não podemos depreendê-lo isoladamente, pois, como sabemos, "algumas inovações" são introduzidas em países "periféricos" por força e pressão de países que detêm algum interesse econômico específico; assim, a lógica em questão passa por uma determinação econômica e "quem inova" está imbuído dessa razão e todo o caminho a ser percorrido por essa inovação já carregará a marca do interesse em questão.

Uma segunda dimensão de análise a ser considerada é a de **como se inova**.

Sabemos que o **como** muda conforme os objetivos dos atores envolvidos e de como estes vêem suas concepções teóricas sobre a realidade. Portanto pode-se manejar distintas categorias para o **como inovar**.

Entre elas, podemos considerar que a construção de um projeto pedagógico, ou a partir de uma nova legislação educacional, ou ainda uma nova proposta curricular da própria instituição, todas essas hipóteses possam acontecer de uma forma que não seja representativa da comunidade, por exemplo. Aqui

entendo que a forma de construção da identidade coletiva, os paradigmas assumidos, todas esses aspectos, entre muitos outros presentes no mundo da educação, possam não representar o desejo da maioria. Inúmeras questões como o tempo de maturação dos envolvidos pode ser muito diferente, as visões dos docentes serem extremamente díspares em relação a um determinado assunto.

Ao falarmos do como se inova, penalizamos o quão participativo o processo é e isso afeta seu impacto.

Discute-se muito se as inovações devem acontecer pela teoria ou pela prática, pelo ensino ou pela pesquisa, pelas modificações nas atitudes dos alunos ou dos professores; ainda nesse campo podemos considerar as determinações na esfera governamental.

A historia tem nos mostrado o quanto algumas inovações são "aceleradas" por razões políticas, não havendo, portanto, a legitimação na sua nascença. O que podemos afirmar é que a legitimidade no "como" define a possibilidade de sucesso da inovação pretendida.

A terceira dimensão de análise refere-se **ao que é inovado**. Aqui está sendo considerada a unidade de uma inovação, ou seja, uma estrutura, um sistema, um paradigma, uma relação social, uma forma de relacionamento entre educador e educando. Há que se entender que esse "pedaço" se constitui no cerne da inovação, porque aqui está a perspectiva de crescimento, de avanço, de superação de um paradigma e estão intimamente articuladas as duas dimensões acima citadas e seu sucesso virá da legitimidade de quem inovou e como o fez.

A última categoria de análise que proponho é a **por que se inova.** Aqui podemos procurar entender as causas da inovação; elas podem ser internas ou externas à unidade inovada ou podem ser entendidas como um efeito da forma como se articularam. As causas que determinam uma inovação podem conter razões que perpassam o plano da educação. Entretanto, cabe dedicar a devida atenção, para as forças que podem estar contidas nessas causas, como aspectos políticos, históricos que tornam mais ou menos "legítimas" as razões motivadoras de tal inovação. Com isso quero dizer que uma determinação legal, o "acompanhamento" de uma tendência educacional, por exemplo, podem se legitimar na medida que a maior parte dos atores envolvidos as compreendam e a

adotem como necessárias ou possibilitadoras de uma possível melhora ou aperfeiçoamento de um modelo educacional; porém, quando estas questões se apresentam como algo que "despenca", como algo decidido por "poucos" para "muitos" adotarem, este porque da inovação não se legitima e está fadado ao fracasso. Penso ser importante refletir sobre alguns aspectos das reformas educacionais do nosso país num exercício de compreensão mais denso de como estas tem marcado o processo de formação universitário no Brasil.

Primeiramente, há de se estabelecer que a educação não deve ser entendida apenas no campo do direito, uma vez que ela é, reconhecidamente, determinante na construção do desenvolvimento social e econômico de uma nação soberana. Entretanto, é fundamental refletir com mais profundidade sobre a aplicação desse direito cidadão em uma sociedade desigual e profundamente estratificada como a nossa.

Algumas medidas foram efetivadas no sentido de correção deste quadro, porém, ainda observamos que a expansão do nível superior tem se mantido com pouca qualidade e com mecanismos de regulação no mínimo ainda muito discutíveis.

O Plano Nacional de Educação – PNE, elaborado para o decênio 2001-2010, determina que ao final do período sejam ofertadas matrículas em cursos superiores correspondentes a 30% dos jovens entre 18 e 24 anos. Considerando que este ano tem ao redor de 3,5 milhões de universitários, seria necessário dobrar esta população em seis anos para atingir essa meta, isto se considerarmos projeções populacionais defensáveis e que 40% dos universitários têm acima de 24 anos.

Fica claro que o PNE responde a legitima pressão pela expansão, decorrente, sobretudo dos formandos do ensino médio, que vem claramente aumentando, com o triplo de formados em 2000 em relação há dez anos atrás.

Entendo que fica clara a percepção de que o Estado como regulador do sistema federal mostrou-se francamente enfraquecido, permitindo que o mercado operasse na sua lógica imediatista, agindo muitas vezes, ainda que nem sempre, em detrimento de qualquer conteúdo acadêmico ou preocupação em atender a

demandas sociais ou a critérios de qualidade essenciais à formação dos futuros profissionais.

Acredito que nenhuma política de acesso ao ensino superior é mais exitosa que a melhoria constante do ensino fundamental e médio da rede pública. Neste sentido é absolutamente fecunda a possibilidade de inovação no exercício docente desta fase de formação.

É fundamental o investimento sério e criterioso neste grupo de educadores que podem, ao meu ver, se constituir numa referência de resgate de um fosso tão profundo no processo de formação de milhões de brasileiros.

Há, sem sombra de dúvida, uma grave crise na educação brasileira, como um todo, que afeta diretamente as instituições de ensino superior. De fato, é impossível falar em qualidade do ensino superior para atendimento de grandes massas quando nosso ensino médio ocupa hoje um dosa últimos lugares no aprendizado de ciências e matemática, mesmo se comparado com países periféricos, e quando parte significativa dos alunos formandos no ensino fundamental demonstra dificuldades elementares de leitura.

Por outro lado, no nosso país há instituições superiores de alto nível, que não precisam de reforma alguma para cumprir seus compromissos. A tarefa gigantesca, porém improrrogável e intransferível, é fazer com que a educação e, em particular, o ensino superior possa ser oferecido em grande escala, atendendo a anseios de parcelas expressivas da sociedade e conjugando qualidade com inclusão social. Não podemos continuar com políticas que discriminam pelo berço, sem levar em conta que educação é um direito cidadão e uma nação só é verdadeiramente soberana quando seus filhos têm elementos sólidos de qualidade de vida, como o direito a uma escolaridade crítica geradora de autonomia.

A idéia de inovar pedagogicamente é um dos temas de mais recente desenvolvimento nas teorias pedagógicas. Somente a partir de 1970, começou a surgir uma investigação sistemática sobre a natureza e os processos da inovação pedagógica, bem como as condições, os fatores e as variáveis determinantes do êxito ou fracasso de projetos inovadores.

Na definição oferecida pelo Diccionário de las Ciências de la Educación (1988, p. 1223), reformas são:

> Mudanças profundas na política educativa de um país, que devem ser traçadas independentemente das crises políticas dos governos, devem ter sentido de continuidade e estar enquadradas dentro de uma visão prognóstica sobre o futuro da sociedade a que se referem. As reformas educativas não rompem bruscamente com o lastro cultural ou histórico, mas requerem uma grande dose de inovações, com vistas à melhoria da qualidade de ensino, sua extensão e generalização. Alem disso, as reformas hão de ser antecipatórias de necessidades e situações socioeconômicas e culturais, incluindo os aspectos de educação e mercado de trabalho, cuja problemática é cada vez mais aguda, como condição indispensável, uma ampla participação social da opinião pública e profissional, seja para acomodar a educação ao modelo de sociedade que se elegeu, seja para,através da educação, propiciar um novo modelo de sociedade.

González e Escudero (1987) referem-se à reforma educativa como mudanças em larga escala que afetam a política educativa, os objetivos, as estratégias e as prioridades de todo um sistema educativo. Definem como uma maneira especial de mudança, que implica estratégias para a transformação de determinados aspectos do sistema educativo de um país. Entendem as reformas educativas políticas de programas direcionadas à introdução de uma nova direção em um ou vários aspectos do sistema educativo.

O que marca a reforma educativa é o seu aspecto de abrangência, já que supõe uma mudança estrutural em um sistema.

A inovação pedagógica implica um conceito mais amplo e os autores são mais cuidadosos em defini-la, aparentemente porque se refere a um fenômeno complexo, sem delimitações precisas e que pode ser interpretado sob diferentes pontos de vista. O Diccionário de las Ciências de la Educación (1988, p. 1242) define-a como:

> A ação permanentemente realizada mediante investigação, para buscar novas soluções aos problemas do âmbito educativo. A ação inovadora tem estado ligada à história da própria humanidade; na medida em que o progresso existe nos diferentes campos do pensamento, tem influído no desenvolvimento e aperfeiçoamento do estudo da atividade educativa. A inovação traz consigo dois problemas fundamentais: a criação de teorias, modelos, técnicas e métodos cada vez mais

> rigorosos e a aplicação das descobertas científicas ao processo educativo que é desenvolvido diariamente nas instituições.

Já González e Escudero (1987) usam o tempo para designar mudanças mais concretas e em menor escala, com uma intervenção mais centrada na prática educativa que no sistema educativo.

Huberman (1973) define inovação como um melhoramento possível de se medir, é planejado, duradouro e tem poucas possibilidades de acontecer com freqüência.

As reformas e as inovações, de certo modo, vêm juntas, se considerarmos que são partes de uma mesma necessidade: mudanças em ensino/educação. A reforma de um sistema educativo implica uma reflexão prévia sobre as finalidades da educação, seus objetivos e papel das instituições educativas, enquanto na inovação os objetivos pretendidos se modificam ou, pelo menos, são questionados. As finalidades da educação permanecem no mundo das idéias e, portanto, indicam orientações fundamentais, enquanto os objetivos são de domínio da política e tendem à solução concreta do problema.

Cada sistema educativo se caracteriza pela relação existente entre suas finalidades e objetivos, os quais, por sua vez, são produto do sistema de valores e normas implícitas que correspondem às aspirações, estruturas e forças determinantes das sociedades que lhe dão origem.

Por seu caráter global, durante a sua consecução, as reformas sofrem o impacto de problemas econômicos ou políticos, pelo que podem ser concebidas durante um governo e não chegam a seu termo antes que estes sejam substituídos.

A literatura nos mostra que a prática da inovação sempre existiu no campo da educação, na medida em que não há desenvolvimento ou progresso sem mudanças e estas não existem sem inovação. Assim, o conceito de inovação parece supor uma visão de futuro em um ambiente modificado. A inovação verdadeira pressupõe sempre novos objetivos emanados de uma investigação com vistas ao futuro, o que, no entanto, não deve nos fazer crer na inovação como um bem em si mesmo. A inovação pode ser um termo enganoso, sedutor e equivocado, porque sugere melhoramento e progresso, quando pode simplesmente significar algo novo e diferente e, assim, desvia a atenção da

essência da atividade de que trata: um ensino com vistas à solução de problemas sociais, gerador de indivíduos detentores de autonomia e crítica na construção de seus conhecimentos.

Os esforços inovadores partiram, historicamente, de profissionais e especialistas universitários das áreas de matemática e ciências e, mais tarde, de especialistas de ciências sociais, que elaboraram novos materiais curriculares que refletiam melhor as estruturas dessas disciplinas.

Por volta dos anos 70, esta concepção de currículo e inovação, baseada na autoridade própria do especialista, cedeu lugar a uma concepção mais tecnológica.

No enfoque anterior, procedia-se intuitivamente a partir do conhecimento implícito. Na perspectiva tecnológica, a base implícita da inovação foi substituída por um enfoque sistematizado e racionalizado, por ser um conjunto de funções baseadas na análise racional e na investigação empírica.

É dessa forma que o processo de inovação foi concebido como tecnológico, o que indicava que o ensino poderia ser melhorado, desde que se introduzissem **novas técnicas**. A ênfase era dada aos métodos específicos que poderiam oferecer melhores condições de aprendizagem aos alunos e, assim, mediante a investigação, obtinham-se novos conhecimentos, propagados aos professores, que os colocavam em prática. A partir daí, foram criados laboratórios de investigação e desenvolvimento educativo, onde eram produzidos os materiais. É importante ressaltar que o professor aparecia como um consumidor passivo ao final dessa cadeia e o conceito de inovação ficava circunscrito ao plano da técnica.

Na perspectiva tecnológica, há o pressuposto de que a resolução da melhoria escolar e a satisfação das necessidades se dão por meio do controle e procedimentos bem estipulados e lógicos que permitem tomar decisões.

O período de incremento dessa visão coincidiu com o progresso e a modernização (anos 70), que ocorreram em todos os setores. Esta perspectiva da inovação educativa se inspirou nos modelos de inovação do mundo agrícola e industrial. Por isso, os adeptos desta perspectiva a definem como um problema de caráter meramente técnico, que se resume à elaboração de melhores procedimentos para aumentar a eficácia do ensino.

Uma das características marcantes do enfoque tecnológico é a sua presunção de que a inovação surge e se desenvolve em um clima de consenso, tanto quanto aos interesses como aos valores.

Isso parece conter a noção de que a inovação é um bem em si mesmo e não necessita ser questionada. Além disso, pressupõe que o processo de ensino e aprendizagem tem uma seqüência e trajetória que podem ser previstas a priori.

A inovação quando tratada como um resultado de tecnologias de aprendizagem parece desconsiderar aspectos importantes como as condições culturais, socioeconômicas e ideológicas do sistema social onde se dão a educação e a realidade prática do professor. Alem disto, escamoteia "dimensões axiológicas e morais, sociológicas e políticas, que fazem parte da constituição e razão de ser de qualquer projeto de mudança" (GONZALEZ; ESCUDERO, 1987, p. 30).

Evidentemente o aspecto relevante no entendimento dos caminhos históricos da inovação é a construção política que se desenvolve em torno dela, onde está em jogo concepções políticas, a defesa de interesses desenhando um campo que é de conflito e de tensão.

A inovação deixou de ser vista como um bem em si e procura evidenciar os processos ideológicos e sociais que estão por trás das mudanças.

A inovação é objeto de conflito e compromissos entre diferentes grupos, quer se trate de professores, administradores, pais, tecnocratas ou indivíduos. Cada grupo tem suas próprias metas e interesses. Por isso, a cooperação em inovação é mais problemática que automática e deve ser conseguida por meio de negociações e compromissos.

As mudanças em educação, em qualquer nível, constituem uma cascata, uma série de processos e uma pluralidade de relações de alto nível de complexidade, que é sempre custosa e difícil de ser desenvolvida com acerto, principalmente pelo fato de que a inovação pedagógica deve ser pensada não como uma mera realização de experiências ou projetos ocasionais e fragmentados, mas como um processo que tem um perfil e características que devem ser respeitadas para de fato, se constituir num processo inovador.

Deve ser um processo de definição, construção e participação social, implicando uma deliberação e planejamento, de modo a considerar os conteúdos e orientações dos processos educativos em um dado momento histórico, à luz de pressupostos ideológicos, sociais, econômicas e políticos de um sistema. O que modificar, em que direção e como fazer devem ser amplamente debatidos e avaliados pelo "corpo social", através de fundamentação reflexiva, estimulando a crítica e a adesão.

Deve ser pensada como uma tensão utópica no sistema educativo. Inovar equivale a um determinado clima em todo sistema o educativo, que facilita a disposição de perguntar, descobrir, refletir e criticar, para, finalmente ,modificar.

É mais um processo de capacitação e potencialização das pessoas e das instituições educativas do que a simples implementação de novos programas ou novas tecnologias.

Não podem esgotar-se em meros enunciados de princípios ou estéticas relações de boas intenções. É preciso que se elaborem perfis de mudanças claros e compreensíveis em que estejam definidos, assim como os novos papéis e relações entre os sujeitos, uma posição política clara, com identidade explícita sobre a quem se destina e quais responsabilidades a inovação desejada irá gerar.

Precisa ser analisada sob os aspectos de eficácia e funcionalidade, prática educativa, bem como critérios sociais e ideológicos, estes com nítida precedência.

A partir dessa caracterização, a inovação não deve ser vista como algo que se tem que aceitar, mas que requer uma análise e compreensão e que pode ajudar o professor a resolver a ambivalência que sente entre continuar ensinando o que vem ensinando ou acompanhar as mudanças de uma sociedade que vem se desenvolvendo e transformando rapidamente. Conscientes ou não, os professores estão passando pela experiência da inovação por meio de novas idéias sobre a construção do conhecimento, do trabalho coletivo e outras questões pertinentes ao trabalho docente. Isso lhes traz incertezas acerca das metas, dos objetivos e dos conteúdos que ensinam, ano após ano. No entanto, ainda que a necessidade de mudanças e transformações seja sentida pelos professores, todos os que trabalham em educação sabem o quão difícil é esta tarefa e que sempre

decorre um grande lapso de tempo entre as modificações produzidas na sociedade e as inovações introduzidas no plano educativo.

Penso, neste momento, em alguns autores que contribuem sobre esse sentimento que nos fala da modernidade como algo caracterizado pela insatisfação que nos move a aperfeiçoar o existente, a criar, a perceber, a distribuir e a satisfazer necessidades. Villoro (1997) fala da utopia ativa como o fator desencadeante de rupturas que nos levam a construir, transcendendo a distância entre o que é real e o que consideramos ideal, superando o estado do que socialmente existe.

Sinto que é como se perguntássemos quais as insatisfações que inquietam nosso ânimo e atiçam nossas atitudes. Por que estamos insatisfeitos? O que está por vir ? Qual é a nossa utopia?

Quando remeto estas questões ao campo da saúde vejo que a formação nesta área detém elementos que devem ser estimulados como o entendimento da autonomia na construção de um padrão de saúde, a consciência de que esta construção deve ser parceira de políticas públicas claras, transparentes porque da mesma forma que um povo educado, é um povo que tem condições de escolha, de crítica, de transformação, um povo que entende seu padrão de saúde como uma decorrência de um modelo econômico, de uma escolha de organização social política de seu país, essas pessoas, nós todos, poderemos nesta perspectiva, nos colocarmos como agentes atuantes, entendendo que mais que o direito a saúde, é fundamental criar condições para que esta seja sustentável, seja uma condição evidenciadora de outros aspectos que expressem em última análise uma condição social de inclusão para todos. Portanto exercer o ofício de educador em saúde é estimular paulatinamente, num processo de construção com seus educandos, uma percepção, um olhar para além do biológico, onde uma anemia por exemplo, possa ser vista também como uma clara e inequívoca distribuição de renda perversa e desta forma, o cuidado para esta assistência poderá ser mais efetivo, mais transformador. Para isso há que se trabalhar com o potencial inquieto, curioso tão presente em todo processo de ensino aprendizagem marcado pela liberdade, pela amorosidade.

Freire (1998, p.95), ao falar dos saberes necessários a pratica educativa, toca na curiosidade e sua relação com o movimento de busca, de inquietação. Diz ele,

> Como professor devo saber que sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino[...] Satisfeita uma curiosidade, a capacidade de inquietar-me e buscar continua em pé. Não haveria existência humana sem a abertura de nosso ser ao mundo, sem a transitividade de nossa consciência.

Sinto que este pensamento de Freire nos remete ao sentimento mais legítimo que um educador deve abarcar em seu ofício: o de transformar sua curiosidade espontânea em curiosidade epistemológica. Penso que, dessa forma, podemos construir um conhecimento genuíno e transformador e, portanto, um "bem" duradouro, que permite, porém, novos olhares, novas percepções e, por isso, genuinamente inovador.

AGENTES QUE INTERVÊM NA INOVAÇÃO

São três as unidades de análise de que se utilizam as diversas disciplinas que se ocupam da mudança social: o indivíduo que adota a mudança, o grupo como parâmetro fundamental, e o quadro institucional e cultural (HUBERMAN, 1973).

Como estão presentes em qualquer inovação pedagógica ao se fazer a análise desse processo, há que se considerar a ampla e complexa gama de variáveis que nele operam: atitudes e percepções individuais, normas para os processos de grupo, estruturas institucionais e organizações e pressões procedentes da sociedade.

As instituições de ensino são organizações vivas e, em conseqüência, respondem a padrões novos ou a modificações de operatividade, de modo muito semelhante a como responderia um organismo vivo (MORRISH, 1978).

Assim, parece importante considerar que, num processo de inovação, estão envolvidas as seguintes variáveis:

- **participantes**: alunos, professores, diretores, funcionários, bem como figuras públicas, políticos, fundações, meios de

comunicação social, entre outros. A escola, no nosso caso a universidade, está estreitamente vinculada a influências de toda gama de variáveis sociais que a cercam.

- **estrutura**: departamentos, direção geral, conselhos normativos e decisórios, associações de professores, comitês e sindicatos, conselhos de profissionais. A escola, enquanto uma instituição social, é, sem dúvida, o contexto mais decisivo para a facilitação ou inibição das inovações. No entanto, a realização efetiva de um projeto inovador está em função da concorrência de múltiplos fatores e condições, nem todos inerentes à própria estrutura escolar;
- **relações**: acontecem dentro da instituição porque, como instituição social, a escola gera normas, valores, papéis e redes de comunicação formal e informal, principalmente pelo fato de ter uma "cultura própria", que é constituída por crenças implícitas, representações e expectativas, tradições, rituais e símbolos.

Desse modo, as mudanças supõem não só modificações do conhecimento, como também das atividades do professor, o que está estreitamente relacionado com seu papel e identidade.

Assim, para poder acompanhar a direção e os efeitos das mudanças, é essencial não se perder de vista algumas das relações-chave que se dão dentro do sistema ou instituição, que podem ser afetadas por esse novo papel e identidade do professor: relação professor-aluno, professor-professor e professor-administração.

A necessidade de que a inovação seja adotada e não imposta deve nos fazer considerar a figura e a participação do professor com muito cuidado.

Na verdade, muito mais importante que as características pessoais ou sistemas de valores do professor (que influem na adoção da inovação) é a percepção que eles têm dos efeitos dessa inovação sobre seus próprios interesses pessoais e sobre as metas da instituição na qual trabalha.

Poderíamos então traçar algumas características que interferem no processo de construção, gerenciamento e manutenção de uma inovação pedagógica, considerando a instituição de ensino e seus atores pelo do Quadro 3 - **Características que interferem num processo de inovação pedagógica:**

QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS QUE INTERFEREM NUM PROCESSO DE INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

DIMENSÕES DA CULTURA E DO FUNCIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO	CARACTERÍSTICAS DESFAVORÁVEIS À INOVAÇÃO	CARACTERÍSTICAS FAVORÁVEIS À INOVAÇÃO
Organização do trabalho	Organização rígida, cada qual protege seu horário, seu território, sua especialização, seus direitos.	Organização flexível e negociável, recomposta em função das necessidades, das iniciativas, dos problemas.
Relações Profissionais	Individualismo; Estrutura de pouca comunicação sobre assuntos pedagógicos.	Colegiado e cooperação com trocas sobre os problemas profissionais; projetos comuns.
Cultura e Identidade Coletiva	O trabalho pedagógico é visto como um conjunto de rotinas a serem assumidas individualmente.	O trabalho pedagógico é visto como um processo coletivo voltado para a construção do conhecimento.

Fonte: THURLER, M. G., Inovar no interior da escola, 2001.

Como podemos observar, a flexibilidade, tanto do ponto de vista institucional como no plano pessoal, aqui entendida como uma postura profissional que detenha uma sustentação política e de inserção histórica, é necessária como um veículo de possibilidade de troca, de trabalho coletivo e da própria transformação no sentido de superação da construção historicamente marcada que alicerçada em visões politicamente sustentáveis, pode prover uma condição favorável a construção de uma inovação pedagógica. Porém é importante ressaltarmos que a flexibilização do trabalho, retirada de suas concepções fundantes pode se caracterizar num caminho extremamente perigoso na medida

que pode em função da "adequação" solicitada, se prestar a uma lógica que não aquela detentora de valores comprometidos com a ética da construção do conhecimento.

Assim, há que se pensar numa inovação pedagógica, entendendo que a inovação como uma superação, detentora de uma intencionalidade representativa de um grupo comprometido socialmente, tem que nascer da compreensão dos fundamentos do problema, ou da questão a ser inovada e não simplesmente da análise do problema deslocada de sua realidade.

Da mesma forma, o tipo de relação profissional que se estabelece pode ou não, contribuir para o surgimento de uma inovação; se entendermos posturas individualistas onde as crenças em questões como educação, saúde e a própria organização histórica e social da humanidade, não detiverem a mesma amplitude, as mesmas concepções fundantes de cunho coletivo, evidentemente que o processo de concepção, implantação e gestão da inovação não terá vida longa, pois não representará um processo construído e com identidade de todos.

Evidentemente, entendo que o educador, neste cenário, é um elemento de suma importância, podendo ou não se constituir num catalisador de todo o processo.

Geralmente, atribui-se à "resistência" do professor qualquer entrave no processo de mudança. Muitas vezes, este termo tem uma conotação de inevitabilidade, como se nada se pudesse fazer quando o professor resiste. O termo parece vir associado à idéia de que o professor que resiste teme as mudanças por sua própria incompetência diante delas.

A tão propagada resistência não pode ser vista simplesmente como característica de personalidade daqueles que adotam esta profissão. Antes, deve ser considerada à luz das modificações que ocorrem na escola e no ensino, alterando significativamente idéias e crenças que foram formadas ao longo de uma vida pessoal e profissional e se cristalizaram, razão por que custam a ser rompidas. A estabilidade sempre foi vista como uma virtude, talvez como a prova de que, se não há necessidade de mudanças, é porque não houve erros, sejam de idéias, planos e concepções. Isto parece vir ao encontro da imagem do professor

como aquele que tem todas as respostas, não pode se equivocar ou mesmo admitir o desconhecimento de um determinado tema.

Não há como negar que freqüentemente encontramos resistência por parte do professor com relação às mudanças. Isso, porém, não se constitui um privilégio deles, mas uma característica dos indivíduos de modo geral, quando qualquer alteração em seu meio é sentida como ameaçadora.

Entendo ser necessário aqui advogar a idéia de não entendermos a resistência dos professores sempre como um fator negativo; a história tem nos mostrado, por várias vezes, que outros interesses, especialmente o econômico, com freqüência, encontraram na resistência dos professores o maior empecilho para sua estruturação. Ou seja, a resistência às mudanças, às vezes, se constitui numa defesa de idéias, convicções importantes no campo educacional especialmente num momento em que o mercado parece estar definindo a missão das instituições de ensino.

Entretanto, vemos com certa constância a resistência à inovação no corpo docente ser referida como pautada no medo, na exigência de uma postura mais comprometida e, portanto, mais laboriosa.

Nos indivíduos, a tendência a resistir é maior quando as pressões de mudanças são maiores, pois acabam vendo a mudança como uma ameaça e, portanto, reagem defensivamente, usando freqüentemente e em segredo formas e métodos antigos ou modificando as novas praticas de tal modo que cada vez mais estas se assemelham às antigas. Todos nós na carreira acadêmica já experimentamos o movimento coletivo daquilo que comumente chamamos de "sabotagem"; é como se de forma velada, as pessoas orquestrassem ações no sentido de expor deficiências da inovação pretendida, e com isso provassem por antecipação a fragilidade e inadequação da idéia proposta. É importante reiterar que, na maioria das vezes, se sabota aquilo que não é entendido como legitimo, aquilo que não nos pertence. Igualmente esse momento ocorre quando se tenta construir uma concepção mais emancipatória de educação.

Isto nos remete ao que já foi discutido anteriormente sobre a identidade e o papel do projeto pedagógico como elemento construtor dessa característica.

Na medida em que um projeto pedagógico nasce coletivamente, é construído também dessa forma, a perspectiva de sabotagem fica minimizada, não encontrando eco nas pessoas.

A inovação pode significar uma ameaça para a identidade do professor, se representar mudanças de conteúdo e método para as quais não agregam sentido, uma vez que o professor se identifica com o conhecimento de sua matéria e suas habilidades profissionais. Nisso se baseia sua auto-estima profissional. Se atuar de maneira inovadora significar defrontar-se com situações que suprimem competências adquiridas e exigir o desenvolvimento de outras, de modo que o professor se sinta incapacitado, é provável que seja gerado um forte desequilíbrio. Isso ocasionará uma realidade coletiva e os professores reduzirão espontaneamente o conteúdo das inovações, privilegiando certos objetivos em detrimento de outros e evidenciando a existência de um ajuste das inovações aos motivos pessoais daqueles que as executam.

Os professores parecem perceber as mudanças com temor, especialmente quando estas foram projetadas fora da instituição de ensino. Podemos observar essa situação quando das mudanças de leis; é como se o proposto ficasse caracterizado como "um corpo estranho."

Evidentemente, que se tratando de nosso país é usual as mudanças "despencarem" nas instituições e nos professores. É como se a possibilidade de construção coletiva, participação mais democrática de toda uma comunidade educacional, fosse sempre vista como uma ação "assembleística".

O fazer pedagógico coletivo é laborioso, demanda paciência aos tempos desiguais, respeito às idéias contrárias, capacidade de ouvir, de acatar, de rever, entre muitas outras.

Esse "modus operandi" não é sempre respeitado ou acatado com a seriedade que deveria ser. Nossa tradição nos processos educacionais e também na saúde é historicamente marcada por uma cultura oposta: a da lei como razão única e absoluta, da manutenção da ordem pela imposição de modelos tidos como eficientes.

Estamos aprendendo, estamos conquistando essa capacidade!

Portanto é de se esperar que nessas condições os professores se questionem sobre o impacto que isso pode ter em sua vida profissional e pessoal.

Há evidências de que a resistência a inovações se amplia ou se manifesta mais fortemente quando estas se colocam como iminentes ou inevitáveis. Isso ocorre no ambiente acadêmico, onde é comum se defender mudanças em diferentes níveis, seja do ensino ou da estrutura institucional, e também como bandeiras de lutas. Os obstáculos à consecução dessas mudanças protegem o discurso, que, no entanto, não resiste quando há a oportunidade de concretizá-las na prática.

É possível ver-se, no ambiente acadêmico, o professor atribuir a antigas causas (que já não estão presentes) os seus problemas com o ensino, a instituição e os alunos. Na verdade, quando uma mudança concreta puder ocorrer e significar para o professor menor controle sobre os alunos e menos autoridade em um assunto, a resistência se coloca de modo palpável.

Compreender a resistência como um fenômeno inerente aos indivíduos em determinadas situações pode ajudar a descobrir estratégias para diminui-la, além de descaracteriza-la como uma dificuldade ou problema, do qual o professor é portador.

Cunha (1998, p. 12), no livro "O professor universitário na transição de paradigmas," nos fala de alguns pressupostos sustentadores de uma atividade pedagógica de cunho positivista, sendo a figura do professor caracterizada pela imutabilidade de sua ação. Diz a autora:

> O professor é a principal fonte da informação e sente-se desconfortável quando não tem todas as respostas prontas para seus alunos [...] a competência do professor é medida através de suas habilidades de "transferir" informações com precisão e segurança de forma que o aluno nunca perceba qualquer indecisão ou dúvida.

Para reagir a este modelo e construir uma prática docente inovadora, destacamos pressupostos que podem contribuir para uma sintonia no trabalho docente, tais como:

- **compreensão do mundo**: o entendimento de como esse professor vê o mundo em que vive e sua relação com as mudanças históricas, políticas, econômicas e sociais que o permeiam;

- **compreensão da educação**: o trabalho docente envolve uma premissa que é: que educador sou eu? O que é educar para mim? Neste momento, sinto, fundamentada principalmente na minha trajetória pessoal, que existem dois grandes caminhos: o caminho dos que acreditam que educar é transmitir conhecimento, e o fazem com competência, dedicação, mas sempre na perspectiva "vertical", ou seja, de "quem sabe mais" para "quem sabe menos", determinando que a qualidade desse conhecimento está pautada na qualidade do conhecimento do professor; o educando é apenas um receptor, que pode ser também dedicado, inteligente, participativo, porém sempre no papel passivo de receber e "guardar e reproduzir" o conhecimento em questão o mais fielmente parecido com seu professor.

Mas, há outro caminho, que é o da crença na construção do conhecimento e para tal é fundamental a participação do aluno, mas não como mero receptor, mas como partícipe ator envolvido com seu professor, na tarefa de descobrir, de construir um conhecimento.

Acreditar nisso, nessa perspectiva de "fazer pedagógico", é acreditar em valores muito sólidos, como participação; é acreditar na força do coletivo, é saber escutar, é saber rever, superar contradições; ou seja, o educador, ao optar por esse caminho, opta por uma maneira de "viver" que, evidentemente, tem seu ônus, tem suas marcas.

Acredito que uma das falas de Freire (1998, p. 96) traduza essa idéia de forma muito clara,

> O fundamental é que o professor e alunos saibam que a postura deles, do professor e dos alunos, é dialógica, aberta, curiosa, indagadora e não apassivada, enquanto fala ou enquanto ouve. O que importa é que professor e alunos se assumam epistemologicamente curiosos.

O mundo acadêmico é indiscutivelmente o palco da construção sistemática de saberes e isso dá a essa situação algumas características muito peculiares.

O professor, investido de sua autoridade de conhecedor profundo de uma determinada área de conhecimento, pode gerir essa autoridade de duas grandes maneiras: ele pode vê-la como uma autoridade constantemente inacabada, sendo

necessária, de forma constante, sua atenção para a possibilidade de novos olhares, novos saberes ou pode entendê-la como uma situação solidamente construída que não requer esse movimento de repensar ou refazer. Evidentemente que esse raciocínio não se aplica exclusivamente a categoria dos professores, mas, não podemos deixar de observar que nela, em especial, inovar, é mexer em certezas que compõem a imagem profissional, a fala de muitos anos, o agir já "incrustado" numa pessoa que tem uma ação direta em inúmeras outras, pois ele é o formador de seus alunos.

A ênfase aos procedimentos e estratégias para se reduzir a resistência à inovação se explica pelo fato de que, embora ela possa ser imposta por vias coercitivas, não será jamais adotada, o que a condena obviamente ao fracasso.

A adoção de uma inovação somente se dará pela da construção coletiva e, portanto, do convencimento, da capacitação, da motivação e da crença de todos os atores envolvidos, especialmente o professor.

MODELOS DE INOVAÇÃO: OS CAMINHOS ...

Como um refluxo ou conseqüência da crise econômica e social, a educação, de um modo geral, sofre com o baixo investimento de recursos e a não-priorização de necessidades, em contraste com um momento anterior de grande euforia quando houve a proliferação das escolas de terceiro grau e um grande aumento no número de estudantes. Esta crise é caracterizada por um ensino que se mantém sem modificações, enquanto a sociedade na qual está inserido se transforma de modo geral. Neste quadro, começa-se a questionar a qualidade do ensino que se pensa ministrar. Quase que, invariavelmente, os cursos tentam responder a essa crítica de forma isolada e parcial, fazendo reformulações na sua estrutura interna, principalmente nos conteúdos curriculares. Essas tentativas não conseguem modificar o quadro geral de uma maneira marcante, principalmente pelo fato de serem experiências isoladas e sem a necessária dose de planejamento e também pelo fato de que a mudança curricular não ocorre no vazio. Ao contrário, ela ocorre amparada e produzida por contextos socioeconômicos e políticos que o definem, possibilitam–no e geram-no (ESCUDERO, 1989).

O currículo não é, assim como não o é a educação, uma "estrutura neutra", já que é por ele que se realizam os fins em educação e estes são determinados ou alterados pelo equilíbrio de forças entre os interesses que cercam o sistema educativo. Já o conceito de inovação, compreendido como uma série de mecanismos e processos mais ou menos deliberados e sistemáticos, por meio dos quais se tenta produzir e promover mudanças nas práticas educativas vigentes, parece oferecer uma alternativa real de mudanças, num contexto em que a história mostra não ter havido nunca uma ruptura radical entre o novo e o velho (HUBERMAN, 1973).

A implementação de um processo de inovação nem sempre é vista como a sua fase mais importante, tendo sido considerada simplesmente como um processo linear e a conseqüência lógica de uma decisão que previa depois da adoção do projeto de inovação. No entanto, a prática vem demonstrando que o projeto inovador encontrava problemas e dificuldades para desenvolver-se.

Com os primeiros fracassos na implementação das reformas propostas, a inovação começou a ser considerada como uma fase de crucial importância, em que precisa vencer a resistência do professor ou da instituição.

Isto equivale a reconhecer que entre um projeto de inovação e sua execução existe uma série de elementos mediadores que nele incidem significativamente e confirmam a complexidade que envolve o projeto inovador.

Considerar a implementação segundo este ponto de vista implica aceitar que os métodos utilizados para estudar a implementação deverão ser abertos, reconhecidos o caráter "político" do processo e a necessidade de sucessivas negociações em direção a uma busca de congruência de interesses e intenções sobre a mesma proposta.

Penso ser importante aqui explicitar a idéia de negociação a que me refiro. Atribuo a esse processo a capacidade de discussão, compreensão e superação no embate das idéias defendidas pelos atores envolvidos.

Somente dessa forma, a meu ver, legitima-se a implementação de um processo inovador.

Nessa perspectiva de implementação, há diversos fatores e variáveis que incidem sobre a inovação e dependem das suas características, das estratégias

usadas para implementação e das características da unidade que adota a inovação.

Quanto às características da inovação, deve-se considerar tanto a sua clareza quanto a sua complexidade, vale dizer, a amplitude do projeto, seu custo e seu grau de centralização. Entre as estratégias de implementação, inclui-se a preparação dos professores, como sendo a essência da mudança, já que é necessário aprender novas formas de pensar e fazer, e a retro-alimentação, cuja função consiste em detectar os problemas e necessidades que vão surgindo na execução do projeto.

Alem disso, há que se considerar os recursos, a participação dos professores e, as varáveis políticas e as características da unidade de adoção.

Huberman e Morrish[10] mencionam três tipos principais de modelos de inovação, que ilustram por que caminhos se dão as mudanças: modelos de investigação e desenvolvimento, modelo de interação social e modelo de solução de problemas. Entendo que sua apresentação pode contribuir para a compreensão da reforma da FCM/UNICAMP, à luz da construção de uma inovação pedagógica.

INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Focaliza o processo de mudança em uma seqüência de fases,por meio dos quais uma inovação é inventada ou descoberta, desenvolvida, produzida e difundida entre aqueles que vão utilizá-la. O usuário é visto como passivo e o processo de mudança, como uma seqüência ordenada que tem início com a identificação de um problema, continua com o desenvolvimento de soluções e termina com a difusão do produto junto a um grupo destinado.

Esse modelo caracteriza a inovação como um resultado racional de atividades que passa da investigação ao seu desenvolvimento em grande escala, completado com divisão de trabalho e subdivisão da circulação do saber em diversos canais e pressupõe um grupo destinatário claramente definido, um consumidor passivo especificado que aceitará a inovação, se esta lhe é oferecida

[10] A descrição das características de cada um desses modelos está fundamentalmente baseada na contribuição desses dois autores.

de modo adequado e no momento oportuno. Esse modelo aceita custos iniciais elevados antes da difusão.

Cada uma das quatro fases de que consta esse modelo (investigação, desenvolvimento, difusão e adoção) se subdivide, por sua vez, em funções com objetivos específicos, critérios e relações com o processo total de mudanças. As fases de difusão e adoção são subestimadas, na medida em que se supõe que a compreensão correta do profissional que deverá adotar a inovação é quem conduzirá à sua incorporação. Geralmente, esse modelo supõe uma ajuda proporcionada ao professor a qual procede de fora, da figura de um consultor ou facilitador, que deve adaptar a inovação às práticas individuais. O modelo tem mérito de mostrar o processo de mudança em uma progressão lógica, desde o descobrimento até a utilização, e enfatiza a passagem da investigação ao conhecimento aplicado, porque supõe que os conhecimentos se transformam em algo útil.

INTERAÇÃO SOCIAL

Valoriza o aspecto de difusão, o movimento de mensagens de pessoa a pessoa e de sistema a sistema. Destaca a importância das redes interpessoais de informação, da liderança de opinião, dos contatos pessoais e da interação social. Enfim, a idéia é que cada usuário percorrerá o ciclo que vai desde o conhecimento até a adoção da inovação, graças a um processo de comunicação com seus colegas. Em sistemas descentralizados, que o britânico é um exemplo, essa estratégia pode tomar a forma de um professor que goze de respeito perante os demais e que, convencido da utilidade ou interesse da nova prática ou nova disposição, seja o elemento de enlace da inovação.

Nesse modelo, a unidade de análise é o indivíduo receptor e a percepção que este tenha de uma déia que vem de fora e como responde a ela. Baseia-se em resultados de estudos que apontam que o meio mais eficaz de difundir informação sobre uma inovação é o contato pessoal e, portanto, a chave de adoção dessa mesma inovação é a interação social entre os elementos do grupo de usuários ou adotantes. No que diz respeito à adoção de uma inovação, parece haver uma linha comum entre todos os indivíduos. Primeiro se toma

conhecimento da inovação que não vem de forma completa; o receptor é passivo e o conhecimento não lhe chega como resultado de uma necessidade, mas cria a necessidade de inovação. Em segundo lugar, vem o interesse: o receptor busca informação sobre a inovação, mas ainda não tem clara a sua utilidade sob o ponto de vista pessoal. Num terceiro momento, há um período da avaliação da inovação: o receptor aplica a inovação à sua situação presente e àquela que prevê para o futuro e, depois, decide se vai ou não utilizá-la. Na seqüência, há a prova da inovação e, se o julgamento é favorável, o receptor usa em pequena escala, para poder julgar sua utilidade em sua própria situação pessoal. Após se considerar os resultados da prova, toma-se a decisão de se adotar ou rejeitar a inovação.

Para que ocorra cada uma destas fases, o pretenso adotante da inovação geralmente recorre a diferentes fontes de informação, que podem ser pessoais ou impessoais, isto é, meios impressos ou não, mas de todo modo veiculado pelos meios de informação, que têm um papel destacado nas duas primeiras fases (conhecimento e interesse), enquanto que as fontes pessoais predominam nas fases de avaliação, prova e adoção.

Há algumas características que parecem definir a imagem do inovador como sendo a de pessoas que buscam informações em fontes impessoais e fora do contexto restrito, exercem liderança de opinião e são consideradas, de certo modo, "desviadoras", no sentido de que enfrentam a ordem estabelecida com energia e capacidade para suscitar a desaprovação e resistir a ela. Assim, quando nos referimos às fontes pessoais como influindo nas fases da adoção, há que se considerar que podem facilitar ou dificultar a adoção de uma nova idéia ou prática.

Um fator importante é a relação entre o líder e o grupo e, nesse sentido, há que se ter em conta que a identificação com um grupo ou com um líder desempenha um papel importante na difusão de novas idéias, uma vez que as pessoas adotarão e manterão atitudes e condutas associadas a um grupo de "referência". Assim, quanto maior a variedade e o número desses grupos, maior o número de inovadores. Uma sociedade que possua um grande número de indivíduos que se identificam com grupos de referência diversos e superpostos tenderá a ser inovadora.

SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

É o receptor quem precisa resolver os problemas, ainda que procure orientação com fontes externas. O processo de mudança pode ser iniciado pelo receptor ou pelo agente de mudança, mas o essencial é que o receptor deseje a inovação e participe plenamente de sua realização. As características básicas deste modelo são :

- o usuário é o ponto de partida. Nesse sentido, o modelo outorga o papel principal às necessidades ou circunstâncias reais do adotante (o que o modelo de interação não faz, já que o processo termina quando os destinatários aceitam a inovação, sem garantir nem a permanência nem a utilidade ou prejuízo que a adoção da inovação possa trazer ao usuário);
- o diagnóstico precede a identificação de soluções. O modelo tem um caráter clínico, no sentido de que se buscam problemas mais profundos debaixo dos sintomas mais visíveis. Pelo fato de que a organização é concebida como uma rede de grupos e relações, é natural que a fonte de problemas seja vista como derivada de dificuldades de comunicação e relações interpessoais. Em função desses aspectos, o modelo de solução de problemas atribui grande importância à formação em relações humanas;
- a ajuda externa não é diretiva. O agente de mudança tem a função de facilitar a orientação e a informação ao usuário, a fim de que este resolva problemas por si mesmo, isto é, o agente de mudança não substitui o usuário na solução do problema;
- os recursos internos são reconhecidos. Quando se fala de inovação como idéias ou artifícios novos que se introduzem em um sistema, esquecemo-nos de que a maioria dos usuários está utilizando forma insatisfatória aquilo que já conhece e tem facilmente a seu alcance. É importante que se valorizem esses conhecimentos cultivados e guardados no sistema, porque eles

serão mais importantes e apropriados para a solução de problemas que qualquer outro conhecimento que venha de fora;

- a mudança iniciada pelo usuário tem mais solidez. Geralmente, argumenta-se que as mudanças são impostas por autoridades, especialistas ou administradores; existe uma base muito frágil de motivação por parte do usuário e, portanto, escassas perspectivas de que a mudança seja duradoura. Isso se explica pelo fato de que o usuário deve não somente aceitar a inovação, mas também assimilá-la e é mais fácil que isso ocorra se ele a vê como algo próprio e aceita livremente para satisfazer uma necessidade sentida.

Assim, um fator que pode gerar o sucesso ou fracasso de uma mudança/inovação é o grau de motivação que apresentem os indivíduos envolvidos. Qualquer projeto ou plano de inovação efetivamente não funcionará na prática se aqueles que devem colocá-lo em andamento não mantêm nenhum grau de identidade com as idéias, não participam das decisões que vão ter que acatar e cumprir, não vêem sua utilidade e com freqüência não o entendem. Nesse sentido, valoriza-se o processo de motivação interna, que pode se dar por meio da inclusão do usuário no processo de decisão ou preparação da inovação. Isso introduz uma maior interdependência no sistema em geral.

O modelo de solução de problemas, por centrar no usuário o bom êxito da inovação, enfatiza o uso de técnicas que são empregadas geralmente pelos agentes de mudança: conferências, jogos, programas de avaliação do pessoal, demonstrações e até um trabalho mais intenso de dinâmica de grupos. O principio básico que orienta essas técnicas é que o aumento de comunicação ajudará cada um a ver os demais com mais objetividade e a cooperar mais prontamente.

Entre as técnicas de interação adequadas para a educação, destacam-se, sobretudo três:

- **formação em equipe**: os membros de um grupo de trabalho, se reúnem durante vários dias fora do seu local de trabalho, com ajuda de consultores e com o objetivo

de avaliar sua própria eficiência como equipe na solução de problemas e a função de cada membro no grupo. Essa circunstância está pensada para que os membros melhorem sua capacidade para se ouvirem e se compreenderem mutuamente, para melhorar a comunicação com vistas à diminuição dos conflitos internos;

- **comparação de resultados de uma investigação**: por meio de instrumentos de pesquisa, recolhem-se dados a respeito de atividades, opiniões e crenças dos membros do sistema. Os dados são resumidos e cada grupo examina seus próprios resultados em comparação com os demais. O fato de observar objetivamente os dados relativos a atitudes pessoais tem como meta ser um exercício que ajude a superar o sentimento de isolamento ou compreensão a que geralmente o professor está preso. Alem disso, situa os problemas num contexto em que se pode resolvê-los em vez de retê-los como armas para censurar ou culpar uns aos outros;
- **diagnóstico e solução de problemas de organização**: as pessoas se reúnem durante vários dias, à semelhança da técnica de formação em equipes, sendo, porém, diferentes os objetivos, pois, nesse caso, reúnem-se para identificar os problemas, discutir suas causas, decidir sobre as mudanças necessárias e planejar a sua execução. A partir disso, surgem novos objetivos que devem ser revisados periodicamente. Essa prática reforça a comunicação, a coesão do grupo e a atividade conjunta de soluções de problemas. Essas técnicas colocam em ação um "ciclo de reflexão" entre os

participantes, gerando, portanto, uma mudança progressiva de atitude.

Procurou-se, neste capítulo, rever a bibliografia a respeito da inovação pedagógica, vislumbrando sua história, suas peculiaridades e seus métodos de implantação mais estudados.

Vimos, portanto, que são vários e complexos os contornos, os papéis dos atores e as estruturas envolvidas numa inovação pedagógica; mas vimos também que o professor, o educador, é, indiscutivelmente, uma peça fundamental em toda essa trama.

E encontro nas palavras de Freire (2001, p. 49) a síntese de todas essas reflexões, em que pensar em educação é mais que um "fazer" pedagógico, é, em sua essência, um "fazer" político. Diz ele:

> Acho que uma das boas coisas que um jovem, uma jovem, um adulto, um homem velho, qualquer um de nós tem como tarefa histórica, é assumir o seu tempo, integrar-se, inserir-se no seu tempo. Para isso, porém, mais uma vez, eu chamaria a atenção dos moços para o fato de que a melhor maneira de alguém assumir o seu tempo, e assumir também com lucidez, é entender a história como possibilidade. O homem e a mulher fazem a história a partir de uma dada circunstância concreta, de uma estrutura que já existe quando a gente chega ao mundo. Mas esse tempo e esse espaço têm que ser um tempo-espaço de possibilidade, e não um tempo – espaço que nos determina mecanicamente. O que eu quero dizer com isso é que, no momento em que entendo a história como possibilidade, também entendo sua impossibilidade. O futuro não é um pré-dado. Quando uma geração chega ao mundo, seu futuro não está determinado, pré-estabelecido. Por outro lado, o futuro não é também, por exemplo, uma pura repetição de um presente de insatisfações. O futuro é algo que vai se dando, e esse "se vai dando" significa que o futuro existe na medida em que eu ou nós mudamos o presente. E é mudando o presente que a gente fabrica o futuro; por isso, então, a história é possibilidade e não determinação.

Entendo que pensar em educação e no ofício de educador é, indiscutivelmente, pensar com esse olhar da possibilidade. Mas é uma

possibilidade abarcadora da construção de um conhecimento epistemologicamente curioso, interferidor, gerador de transformação.

A inovação pedagógica, especialmente no campo da saúde, deve repousar em questões paradigmáticas que considerem sempre o cuidar ético, a assistência cidadã, a possibilidade de futuro a partir de agora, deste presente, que carrega marcas do passado, mas que não permite engessamentos, que não permite a paralisia; ao contrário, que abre brechas, trilhas, que constrói a liberdade.

OLHANDO PARA A INOVAÇÃO CURRICULAR

A escola se constitui no ponto de encontro de uma sociedade que avança de modo irregular e contraditório. Assim, ela reflete os fatores humanos que confluem na aula, por meio de seus protagonistas; nela (a escola) dão-se os conflitos como produto de uma sociedade de classes, o que vale dizer, as crises da família, as mudanças políticas, culturais e sociais e suas flutuações. Enfim, tudo o que define a sociedade em um dado momento serve para definir a escola e as relações nela contidas.

Parece bastante comum que grande parte daqueles que estão envolvidos com educação, sejam educandos, educadores e gestores, questionem-se se aquilo que ensinam possa ser aprendido e que tenha o significado ou o valor que lhe é atribuído. Várias perguntas nos vêm à mente neste momento: Será que devemos continuar ensinando o que nos propomos até então? São relevantes para o aluno os conhecimentos que estamos compartilhando neste momento?

Essas perguntas constituem hoje uma preocupação maior do que existia no passado, pelo fato de que muitos cursos universitários, no Brasil, vivem hoje o seu período de "maturidade", já que foram criados há algum tempo. Alguns dos profissionais formados por eles estão no mercado de trabalho e muitas das condições que estavam presentes quando da criação dos cursos já não existem em função das transformações sociais, econômicas e políticas destas três últimas décadas. Esses cursos fazem hoje sua própria autocrítica e este questionamento parece subentender uma acusação às instituições escolares de que ministram saberes pouco relacionados com as preocupações e necessidades dos alunos.

Essa crítica parte não só da imagem de uma escola obsoleta, centrada em paradigmas superados, como também expressa a aspiração de uma formação mais ampla que se ocupe de outros saberes e de outros olhares. Assim, quando essas questões são tratadas, seja no âmbito do ensino geral ou do ensino universitário em particular, fala-se na "qualidade do ensino", que precisa sofrer mudanças e melhorias (GIMENO, 1988).

Entendo que ainda de maneira pouco pretensiosa, é necessária uma referência ao conceito de "qualidade de ensino", que hoje é objeto de análises e discussões e surge como uma expressão correspondente ao que os americanos chamaram de "excelência" do ensino ou educação.

Em trabalhos recentes, alguns autores tentam identificar os fatores pelos quais se poderia "recuperar" ou alcançar um ensino de mais qualidade. Sarramona (1998) atribui à formação do professorado um peso determinante para que se atinjam índices satisfatórios de qualidade no ensino.

Em função disso, ele defende uma renovação ampla e profunda das matérias que hoje compõem os cursos de formação de professores, destacando a importância e as características do trabalho docente. Diz ele,

> As necessidades (ou carências) que um docente ou qualquer outro profissional possa identificar na sua formação dependem da capacidade de análise crítica que possua sobre seu trabalho, o qual, por sua vez, depende da qualidade dos conhecimentos que possui. (SARRAMONA, 1998, p. 55).

A "qualidade de ensino" reflete os sistemas de valores, os aspectos culturais, as ideologias e os interesses de uma instituição, de um sistema de ensino ou ainda a política educacional de um país. Esse conceito se pode aplicar a muitas e diferentes formas de educação.

A qualidade como eficácia interna dos sistemas e centros educativos se vincula às características consideradas qualitativas dos processos e produtos da educação: currículo, seleção e formação do professorado, tipo de lideranças e direção nas escolas, clima de classe e institucional, resultados educativos. Portanto, o alcance da qualidade educativa supõe a reforma ou modificação desses elementos qualitativos do sistema.

Em nossa realidade, parece ser lugar comum a compreensão de que a via de acesso para um ensino qualificado passa, invariavelmente, por uma mudança dos conteúdos adotados, isto é, por mudança curricular.

Isso parece ter suas bases no fato de que grande parte da teorização curricular esteve centrada nos conteúdos como resumo do saber culto e elaborado sob a formalização de diferentes disciplinas. A idéia de projeto curricular implica uma forma de organizar o conteúdo do ensino em torno de unidades complexas, O conceito de projeto curricular está ligado a elaborações cuidadosas dos conteúdos de uma parcela ou área do currículo.

Parece existir uma tendência a se centrar no currículo as possibilidades de reformas em educação, talvez porque a qualidade do que se ensina tenha, de fato, a ver com o conteúdo e, segundo, porque há pouca possibilidade de mudanças profundas no sistema educativo e, então, se opta por mecanismos mais sutis para se chegar a alguma parte[11].

No entanto, não parece haver evidências de que, quando essas tendências de modificações curriculares chegam a termo, os resultados sejam os esperados. Isso não parece surpreender, pois há como que um senso comum em considerar que, quando se trata de obter mudanças em educação, há uma "ausência de resultados", seja porque, "em muitos âmbitos, as mudanças em educação são vistas com desconfianças, como algo injustificado, incomum e até mesmo perigoso". Evidentemente, essa equivocada idéia de "falta de resultados" está pautada na percepção de que os resultados de eventuais mudanças ou inovações no campo da educação e também na saúde demandam muito tempo em termos de visibilidade do acerto ou do erro.

O tempo de assimilação, adaptação e, portanto, de resposta, numa perspectiva coletiva, é mais moroso o que demanda mais "paciência", ou juízo de valor menos açodado.

Neste sentido, Apple, (1986, p. 66) corrobora dizendo,

---

[11] Nota da autora: entendo que as mudanças nas políticas educacionais são complexas, e procuram atender aos interesses do mercado de trabalho; assim, a mudança mais pontual, no currículo, pode ser uma mola propulsora para uma mudança mais substancial, desde que as mesmas reflitam o desejo dos atores envolvidos de forma legítima.

> [...] O conhecimento aberto e encoberto que se encontra nas situações escolares e os princípios de seleção, organização e avaliação deste conhecimento são uma seleção, regida pelo valor, de um universo muito mais amplo de conhecimentos e princípios de seleção possíveis.

A noção de currículo para muitos educadores e pessoas ligadas à educação pode não suscitar problemas quanto ao seu significado, uma vez que é visto como simples organização daquilo que deve ser ensinado/aprendido. No entanto, não se chegou a um amplo acordo sobre o que significa entender o que Kemmis (1988) chama de *uma atividade prática, socialmente construída e historicamente formada.*

Sacristán (2000, p. 17) nos fala da expressão de um currículo,

> Os currículos são a expressão do equilíbrio de interesses e forças que gravitam sobre o sistema educativo num dado momento, enquanto que através deles se realizam os fins da educação no ensino escolarizado. Por isso, querer reduzir os problemas relevantes do ensino à problemática técnica de instrumentar o currículo supõe uma redução que desconsidera os conflitos de interesses que estão presentes no mesmo. O currículo, em seu conteúdo e nas formas através das quais se nos apresenta e se apresenta aos professores e aos alunos, é uma opção historicamente configurada, que se sedimentou dentro de uma determinada trama cultural, política, social e escolar; está carregado, por tanto de valores e pressupostos que é preciso decifrar. Tarefa a cumprir tanto a partir de um livro de análise político – social quanto a partir do ponto de vista de sua instrumentação "mais técnica", descobrindo os mecanismos que operam em seu desenvolvimento dentro dos campos escolares.

Na definição de Stenhouse (1984, p. 29),

> currículo é uma tentativa de comunicar os princípios e marcos essenciais de um propósito educativo, de modo tal que permaneça aberto a discussão crítica e possa ser trasladado efetivamente à pratica.

Para ele, pelo currículo se põe em prática uma proposta educativa.

O significado do currículo tem passado por processos de análise e discussões e é possível identificar historicamente a sua evolução, de modo a perceber as diferentes tendências de enfoque. A ênfase se pode colocar nas experiências do participante (enfoque personalista), nas interações docente-discente, com respeito ao meio sócio cultural (enfoque sócio-crítico), no

planejamento prévio e no controle posterior do processo de aplicação (enfoque tecnológico) (SARRAMONA,1988).

Para grande parte daqueles que trabalham no ensino, o currículo tem a função de prescrever objetivos, métodos e conteúdos, provavelmente porque ainda perdura nas escolas a noção do currículo como algo estático, vinculado somente ao conhecimento que se deseja transmitir. Nesse sentido, os componentes continuariam cumprindo funções de que fundamentalmente se ocupam: o que ensinar (conteúdos e objetivos), como ensinar (forma de estruturar as atividades para os objetivos) e como avaliar. As razões do "porquê" ensinar tendem a ser subestimadas.

Nessa visão, o currículo tem um papel definidor não só das atividades como também das intenções e planos de ação para os professores, com a grande ênfase aos conteúdos.

A visão de currículo, associada a conteúdos, continua presente nas questões que se levantam com respeito à qualidade de ensino, pelo fato de que, para responder a elas, pensa-se em mudanças e reformulações curriculares, tendo em vista modificações no conteúdo que se deve ensinar e aprender. Se, na maioria das vezes, essas tentativas não chegam a um bom termo, cabe, sem dúvida, uma avaliação crítica, que deveria centrar-se no fato de que os conteúdos não são algo desconectado da realidade, do mundo histórico, dos códigos sociais, do papel do professor e das instituições, na medida em que o currículo também não o é.

Assim, anterior à mudança de conteúdos, está invariavelmente uma mudança paradigmática, que só encontrará eco e será suporte para opções de conteúdo e métodos, se for construída coletivamente, sendo um retrato genuíno do desejo da coletividade envolvida.

A par dessa questão, entendo ser de suma importância o resgate de um conceito apontado por Freitas (1995, p.143-144), que é a categoria dialética objetivos/avaliação.

Percebi, em vários momentos em que acompanhei a Reforma Curricular da FCM/UNICAMP, que as discussões da "nova" organização curricular a ser construída perdia sua direção, seus pressupostos à medida que o raciocínio para

sua elaboração se pautava em "conteúdos" a serem selecionados e não nos objetivos a serem alcançados ao final do módulo pelos alunos.

Evidentemente que num trabalho pedagógico com pouca tradição coletiva e menos ainda interdisciplinar, a escolha do que é "importante" a ser ensinado se constitui numa grande armadilha, porque essa perspectiva é fragmentada e não permite ao grupo entender a questão maior que são os objetivos de formação referenciados ao profissional que se quer formar e se precisa formar à luz das demandas sociais. constituídos por várias disciplinas numa interação modular.

> A prática a que se refere o currículo é uma realidade solidamente construída através de comportamentos didáticos, políticos administrativos econômicos, etc., que encobrem muitas suposições, teorias parciais, esquemas de racionalidade, crenças, valores, que condicionam a teorização sobre o currículo. É necessária uma certa prudência inicial frente a qualquer colocação ingênua de índole pedagógica que se apresente como capaz de reger a prática curricular ou, simplesmente, de racionalizá-la. (SACRISTÁN, 2000, p. 13).

Visto dessa maneira, pode-se dizer que o currículo é uma realidade que reflete a própria realidade, anterior à sua existência. Nele se representam todos os sistemas de interesses que constituem a sociedade (econômicos, políticos, religiosos e sociais). À medida que a relação de forças entre esses interesses se modifica, o currículo das escolas sofre o mesmo tipo de influências ou pressões para modificar-se, já que ele é, antes de tudo, uma práxis. Assim, espera-se que as mudanças curriculares não sejam destituídas de conflitos de interesses, pois tem a ver diretamente com a escola, um sistema social submetido a diferentes interesses reveladores de projetos históricos também diferenciados.

O próprio fato de o conceito suscitar imagens que vão desde conjunto de conhecimentos ou matérias a serem separadas pelo aluno, resultados pretendidos de aprendizagem, tarefas e destrezas a serem dominadas, até a idéia de um programa que proporciona conteúdos e valores para que os alunos melhorem a sociedade com vistas à sua reconstrução social, evidencia o quanto o currículo assume diferentes papéis, provavelmente em função de diferentes momentos históricos.

A educação é um fenômeno basicamente social e essa dimensão aparece tanto na natureza do processo educativo como nos objetivos, conteúdos, hábitos e

valores que se transmitem na ação educativa. Assim, como a definição do currículo, descrevem-se as funções da própria escola e a forma particular com que devem ser enfocadas em um momento determinado. Desse modo, parece natural que as transformações sociais (no seu sentido mais amplo) tragam a necessidade de transformações do ensino que é ministrado e, logo, o currículo passa a ser objeto dessas medidas.

Visto assim, parece que o currículo está posto para ser sempre pensado e constantemente revisto e reformulado. Se considerarmos que é através do currículo que se realizam os fins em educação e que estes são determinados pela correlação de forças equilíbrio de forças entre os interesses que cercam o sistema educativo. É necessário observar com o necessário grau de comprometimento que a situação requer, que há um grande número de fatores a serem considerados no entrave que sofrem as tentativas de mudanças no ensino através de inovações curriculares que não podem ser atribuídos ao docente exclusivamente.

Parece não haver motivos para se considerar esse tema nem com ingenuidade, nem com a tão propagada assepsia científica. A educação não é uma empresa neutra, de tal modo que os educadores possam separar sua atividade educativa dos acordos tradicionais ou das formas de consciência que dominam as economias de maneira geral (APPLE, 1986).

O currículo como uma estrutura mediadora entre o sujeito e o contexto social, evidencia, desse modo, que não deve ser tratado como um fato, como um programa de atividades ou como resultado pretendido de aprendizagem. Antes, deve ser tratado como um processo, em que é possível fazer "cortes transversais", a fim de se observar como ele se configura em um momento dado, já que *sua* construção está ligada a práticas políticas e administrativas, condições estruturais, materiais e à própria formação do professorado[12].

Não perder de vista este significado do currículo parece ser importante quando se deseja intervir de forma a produzir mudanças no ensino que se ministra.

---

[12] Ver MOREIRA, A. F.; SILVA, T. T., *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortez, 2002 - onde essa idéia está bem explorada.

Entendo que essa discussão acerca dos aspectos constituintes de um currículo possa ser importante em meu trabalho, já que o caso estudado, a reforma curricular da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – FCM/UNICAMP, passa fundamentalmente por um novo modelo curricular de formação médica.

Nesse caminho que trilhei, acompanhando os movimentos desse processo, várias vezes percebi, em sala de aula, nas atividades de campo, nas reuniões de docentes ou ainda nos momentos de encontro da Comissão da Reforma, o grau de "engessamento", de "insegurança" que os atores envolvidos sentiam no momento de decisão, de tomada de posição frente ao modelo a ser inovado.

Como educadora que sou e como profissional de saúde, há 22 anos exercendo este ofício, solidarizei-me, ainda que silenciosamente, com a situação, porque percebo, no meu cotidiano docente e assistencial, quão defasado está, com alguma freqüência, o paradigma, a ser realizado da realidade possível apresentada; porém entendo que tal constatação não pode nem deve ser obstaculizante à inovação, à melhoria e ao aperfeiçoamento de um processo de formação.

Penso que Freire, (1992) ao dizer que a grande tarefa política é transformar o impossível de hoje no possível de amanhã, traduz uma postura de persistência, de resistência que todo educador comprometido com seu ofício, numa perspectiva politicamente ética, deva ter.

O RITO DE PASSAGEM: UMA EDUCAÇÃO CRÍTICA E LIBERTADORA NO SÉCULO XXI, UM DESEJO

O fim de um século e início do outro nos leva à celebração de uma aposta no futuro e à reflexão sobre o tempo ido nos diversos âmbitos da vida da humanidade. Porém, fundamentalmente, leva a iludir-se com projetos distintos dos vigentes (IMBERNÓN, 2000).

Naturalmente, há nessa situação algo de passagem, de necessidade de olhar de maneira simultânea para trás em busca de chaves que permitam perceber, dimensionar o presente e levantar o olhar, tratando de esboçar e, se fosse possível, de definir um horizonte do futuro.

Esse momento de cortes e de passagem no mundo da educação pode ser caracterizado como *momento de crise.* E remete-nos ao sentido que Freire (1998) atribuía-lhe: momento no qual o velho está agonizando ou morto, e o novo ainda não acabou de nascer. Momento, portanto, de incerteza (a morte do velho também aniquila as já velhas certezas) e de fragmentação (o vigente está em pedaços e não se sabe como recompô-lo).

Penso que todos esses conceitos atravessam o da educação e determinam boa parte de seus caminhos.

Contudo, a crise da educação neste início de século nos leva a um único cenário e a um único perfil, chamado de *globalização,* e à pretensa democratização do conhecimento que proclamam os apologistas da sociedade da informação.

Não só cada sociedade tem seu próprio tempo, mas também dentro dela convivem e superpõem-se tempos diferentes.

Ao repensar a educação e as instituições de ensino para este novo século, três preocupações se fazem presentes: uma primeira que chamo de ética, repousando nossas inquietações sobre questões como que tipo de pessoa queremos ser, quais valores são fundamentais de serem cultivados: enfim, que tipo de sociedade queremos ter.

A segunda está afeta ao âmbito político e sua interferência nos caminhos da educação. Sabemos que os modelos econômicos detêm forte impacto sobre os processos educacionais, como já apontado anteriormente neste trabalho. A relação de apropriação, legitimação e distribuição do poder na sociedade é resultado do impacto político dos países e, podemos dizer, é resultado de uma estratégia "globalizante" que massifica, que leva à subserviência, destituindo a educação do poder "fundamental" que tem de gerar crítica, de gerar autonomia.

A terceira e última preocupação relaciona-se com a necessária geração de um movimento dialético de criação de novos paradigmas, à luz da epistemologia, viabilizando a possibilidade de elaboração, ruptura e superação de uma idéia, definindo o homem como construtor da história situada política e socialmente.

O discurso da modernidade que prefigurou a instituição escolar e que inercialmente chegou até nossos dias experimenta hoje uma profunda crise e é

objeto de variadas tentativas de transformação e reforma. Nesse discurso, a escola ficava situada no centro das idéias de justiça, igualdade e distribuição de saberes para a criação de um sujeito histórico racional, autônomo e livre. Era construtora de cidadania, buscava construir sujeitos que pudessem construir sua vida, apoiados na bagagem de conhecimento que conseguiram gerar, o que os tornaria cidadãos livres e autônoma. No entanto, a modernidade política apenas realizou essa idéia de cidadania livre e autonomia numa perspectiva individual, quase que despojada da sua potencialidade coletiva.

Fenômenos sociais, como alienação, burocratização, exploração e exclusão, que caracterizam diversos traços da moderna sociedade emergente, assim o comprovam.

Os sujeitos são marcados pela ausência de consciência autônoma, estabelecendo-se uma relação de passividade; evidentemente, essa perspectiva contribui para uma sociedade crescentemente injusta, apoiada num progresso tecno-industrial que perpetua, que acentua as diferenças materiais e o acesso aos "bens" produzidos por essas pessoas, geradoras desse "progresso."

Evidentemente, nesse cenário, um tipo de "ética" emerge, o que poderíamos chamar de "ética sem estética[13]".

Os múltiplos discursos da chamada pós-modernidade em sua diversidade e heterogeneidade possuem alguns traços comuns: são contraditórios, ambíguos e multifacetados.

Transpondo os aspectos acima discutidos para a formação em saúde e especialmente para a formação médica, entendo que as maiores dificuldades num projeto inovador que adentre este novo século repousam na percepção clara com que estamos lidando hoje, com uma sociedade constituída por sujeitos apolitizados e que esclareço, não falo num prisma partidário, mas de consciência histórica e intervenção social.

Para tal é necessário que nos lembremos de Freire (1998, p. 23), que nos diz,

---

[13] Ver MCLAREN, P. *A vida nas escolas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1977 - em que o autor faz uma relação interessante sobre os determinismos da modernidade do ponto de vista social e o papel da educação numa perspectiva de enfrentamento.

> Uma das primordiais tarefas da pedagogia crítica radical libertadora [...] é trabalhar contra a força da ideologia fatalista dominante, que estimula a imobilidade dos oprimidos e sua acomodação à realidade injusta, necessária ao movimento dos dominadores. É defender uma prática docente em que o ensino rigoroso dos conteúdos jamais se faça de forma fria, mecânica e mentirosamente neutra.

Entendo que adentramos ao século XXI, incertos, inseguros, fragilizados, na condição de educadores comprometidos com a crítica, com a liberdade, com autonomia.

E penso que, assumirmos essa questão, esse olhar, é de fundamental importância no movimento de organização, de fortalecimento, de entendimento dialético das concepções de homem, de mundo, de educação e de saúde.

Formar pessoas passa a ser um exercício cotidiano de revisitar nossa prática docente, nossa inserção social, cultural, política e histórica, concatenando nesse "oceano" de incertezas o mais "possível", o "melhor" que pudermos fazer, numa possibilidade de fortalecimento coletivo, que aí, sim, tem o potencial de transformar a realidade.

Freire (1998, p. 14) dizia que "uma das coisas mais lamentáveis para um ser humano é ele não pertencer a seu tempo."

Nosso tempo é de grandes dificuldades em todos os planos "pensáveis" da organização humana, entretanto é nele que estamos e é nele que abraçamos nosso ofício de educadores. Assim, é nele que precisamos construir, transformar ainda que nos debatendo com todas as dificuldades presentes, mas é nele que temos o compromisso ético de seguir, trafegando entre o "real" e a "utopia".

O processo de formação em saúde é um trabalho que tem que estar intimamente compromissado com a melhoria das condições de vida da nossa população. Esse olhar, essa premissa deve nortear nosso fazer pedagógico, entendendo que a educação é uma ferramenta para a saúde. Através de um fazer pedagógico libertador, que gere capacidade de escolhas, porque em última análise, gera consciência social.

Durante a construção deste trabalho, sei que fica muito evidente a presença de Paulo Freire na minha formação como educadora e entendo que essa marca

deva ser percebida como uma maneira de ver e fazer um trabalho pedagógico, que acredito, carrega um potencial sonhador e transformador.

Portanto finalizo este momento de entendimento do que nos espera neste novo século, recuperando seu pensamento sobre a educação como um fazer necessariamente esperançoso e utópico;

> [...] Utópica porque, não "domesticando" o tempo, recusa um futuro pré-fabricado que se instalaria automaticamente, independente da ação consciente dos seres humanos.
>
> Utópica e esperançosa porque, pretendendo estar a serviço da libertação das classes oprimidas, se faz e se refaz na prática social, no concreto, e implica na dialetização da denúncia e do anúncio [...]." (FREIRE, 1998, p. 59).

CAPÍTULO III
A CONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: O CAMINHO ESCOLHIDO E SUAS RAZÕES

Projeto Pedagógico da FCM/UNICAMP que nortearam a concepção, implantação e gestão da Reforma Curricular e suas lógicas.

Optei por uma metodologia qualitativa, por considerá-la uma teoria científica em ação. As teorias são perspectivas de possibilidade de ordenação do real, de articulação dos diversos aspectos de um processo global, explicando, portanto, uma visão de conjunto.

As alternativas devem ser colocadas ao lado das grandes tendências epistemológicas que fundamentam não somente as técnicas, os métodos e as teorias, mas também a sua articulação com seus pressupostos filosóficos.

É, portanto, dessa forma que entendo o dimensionamento e o significado das opções técnicas, sejam essas quantitativas ou qualitativas. A escolha de uma técnica de coleta, registro e tratamento de dados ou dos procedimentos de recuperação de informações sobre um determinado fenômeno implicam não somente pressupostos com relação às concepções de método e de ciência, mas também a explicitação das concepções de sujeito e de objeto como também as visões de mundo implícitas em todo processo cognitivo.

Entendo que seja necessário relativizar as técnicas quantitativas ou qualitativas com relação a um conjunto maior; com isso quero dizer que esse uso, indiscutivelmente, ajudará a compreender sua dimensão no conjunto dos elementos da pesquisa e também revelará suas limitações de tal maneira que, para serem consideradas como opções na definição de alternativas da investigação ou como modelos científicos, precisam ser articuladas com outros elementos mais complexos. Assim, penso que as opções técnicas só têm sentido dentro do enfoque epistemológico no qual são utilizadas ou elaboradas.

Optei por trabalhar dentro da pesquisa qualitativa com um de seus métodos, o estudo de caso.

Segundo Ludke e André (1986, p. 17), o estudo de caso é um método da abordagem qualitativa de pesquisa porque encerra alguns aspectos essenciais:

- o caso escolhido para investigação é uma unidade;

> Antes de julgar (e para a história viva ou política o julgamento é a ação) é preciso conhecer, e para conhecer é preciso saber tudo o que é possível saber.
> Mas o que se entende por "conhecer"? Conhecimento livresco, estatístico, "erudição" mecânica – conhecimento histórico – intuição, contato real com a realidade viva e em movimento, capacidade de "simpatizar" psicologicamente até com o homem indivíduo. "Limites" do conhecimento (não coisas inúteis), isto é, conhecimento crítico, ou do *"necessário": portanto, uma "concepção geral" crítica.* (GRAMSCI apud MAQUIAVEL, 1988, p.187).

Discutirei, neste capítulo, a opção metodológica para a realização deste trabalho, entendendo metodologia como o estudo dos caminhos e do instrumental utilizado para fazer ciência, para abordar a realidade (DEMO, 1995, MINAYO, 1996).

Para tal, sintetizei os seguintes objetivos para o trabalho:

- Descrever os aspectos detectados no modelo de formação médica desenvolvido pela Faculdade de Ciências Médicas– FCM/UNICAMP que desencadearam a introdução da Reforma Curricular ora em implantação;
- Descrever os pressupostos assumidos no projeto pedagógico da FCM/UNICAMP que são tidos como inovadores a serem desenvolvidos no processo da Reforma Curricular;
- Analisar os pressupostos tidos como inovadores nos módulos já implantados, estudados à luz da organização do trabalho pedagógico e suas interferências nos aspectos de:
  - Objetivos e práticas avaliativas
  - Conteúdos e métodos
  - Organização curricular
- Analisar o caminho percorrido pela Comissão de Reforma Curricular para a construção dos pressupostos assumidos no

- os contornos e os limites do caso são mais claramente definidos ao longo do estudo;
- o caso é uma unidade dentro de um sistema amplo, mas o seu foco de interesse dirige-se para aquilo que ele tem de particular, de único;
- o caso é útil para investigar questões singulares que têm um valor em si mesmas.

Alguns desses aspectos também podem ser encontrados na definição dada por Triviños (1990, p.133-134) sobre o estudo de caso:

> É uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa aprofundadamente. Suas características são dadas pela natureza e abrangência da unidade. Além disso, a complexidade do Estudo de Caso está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação ao investigador em seu trabalho. O importante é lembrar que no Estudo de Caso qualitativo, no qual nem as hipóteses nem os esquemas de inquisição estão aprioristicamente estabelecidos, a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda o assunto.

Busquei caracterizar e analisar o processo de Reforma Curricular da FCM/UNICAMP por meio de várias ações que me permitiram entender a história, a prática docente e a percepção dos atores envolvidos no trabalho. Entendo que meu olhar de pesquisadora precisou diversificar a abordagem do fenômeno no sentido de compreendê-lo de forma mais ampla. Para isso, considerei alguns elementos, tais como:

Análise documental:

- Do projeto pedagógico da FCM/UNICAMP contendo os pressupostos assumidos pela Comissão de Ensino, em que se insere a Comissão de Reforma Curricular (ANEXO A),
- Das ementas dos módulos implantados (ANEXO B).

A análise documental tem como objetivo a compreensão da história do fenômeno, contextualizando-o e trazendo as informações desse momento.

Ludke e André (1986, p. 39) afirmam que:

> Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador.
>
> Representam ainda uma fonte "natural" de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto.

Entrevistas estruturadas com os Coordenadores da Comissão de Reforma Curricular, procurando evidenciar a trajetória do processo quanto à sua concepção, implantação e gestão.

Procurei, com esse recurso, aproximar-me da história da Reforma Curricular, extraindo das falas de seus coordenadores o papel que cada um desenvolveu neste trabalho, as dificuldades enfrentadas, as correções como estratégias de construção e sensibilização dos docentes e discentes envolvidos. As entrevistas foram gravadas após as questões serem entregues por escrito a cada Coordenador; (APÊNDICE A).

A seguir, foram transcritas e encaminhadas para cada Coordenador, para que ele as validasse. Entendo que esta parte da coleta dos dados foi extremamente significativa para meu entendimento do processo e desvelamento das questões políticas, históricas e sociais presentes num movimento de reforma de currículo.

Penso que Sacristán (2000, p.17) nos mostra com clareza a força que o currículo tem num processo de formação e de que ele é composto. Diz ele:

> Os currículos são a expressão do equilíbrio de interesses e forças que gravitam sobre o sistema educativo num dado momento, enquanto que através deles se realizam os fins da educação no ensino escolarizado. Por isso, querer reduzir os problemas relevantes do ensino à problemática técnica de instrumentar o currículo supõe uma redução que desconsidera os conflitos de interesses que estão presentes no mesmo. O currículo, em seu conteúdo e nas formas através das quais se nos apresenta e se apresenta aos professores e aos alunos, é uma opção historicamente configurada, que se sedimentou dentro de uma determinada trama cultural, política, social e escolar; está carregado, portanto, de valores e pressupostos que é preciso decifrar. Tarefa a cumprir tanto a partir de um nível de análise político-social quanto a partir

do ponto de vista de sua instrumentação "mais técnica", descobrindo os mecanismos que operam em seu desenvolvimento dentro dos campos escolares.

Observação e registro da prática docente por meio de um diário de campo

O diário de campo é uma matriz de indicadores estabelecidos pelo pesquisador como relevantes para avaliação do trabalho docente desenvolvido nos módulos observados. O diário de campo foi elaborado com o objetivo de descrever os vários aspectos do trabalho docente em sala de aula ou em atividades de campo que pudessem indicar qual concepção pedagógica adotada pelo educador e a existência ou não de uma inovação pedagógica. Assim, conteve recursos didáticos utilizados pelos docentes, atitude dos docentes em relação aos discentes, uso de outras formas de comunicação, descrição detalhada da atividade pedagógica durante a aula, entre outros (BORDENAVE, 2000). Esse instrumento de observação tem sido referido na literatura como uma importante ferramenta na avaliação do cotidiano do trabalho docente, pois ele pode revelar a dinâmica que muitas vezes não é explicitada no plano teórico (FREITAS, 1985).

A observação, segundo Ludke e André (1986), pode tornar-se uma maneira rica de se compreender e verificar a ocorrência do fenômeno estudado, além de possibilitar ao pesquisador recorrer aos seus conhecimentos e experiências pessoais.

Nesse sentido, fui, nesse período de observação, que ocorreu de abril a dezembro de 2002 e de março aos quinze primeiros dias de maio de 2003, percorrida por inúmeros sentimentos relativos ao ofício de educadora; tenho muito claro que em toda minha formação acadêmica, vários teóricos contribuíram sobremaneira para a construção de meu conhecimento docente, porém a presença de Paulo Freire é, para mim, um norte em como conceber um trabalho pedagógico denso qualitativamente, transformador na parceria com o educando, e acima de tudo, detentor de um caráter inovador.

Dentre seus escritos, destaco a "Pedagogia da Autonomia e seus saberes necessários à prática educativa", e o faço porque, em todos esses meses, assisti a magníficas aulas e a outras desprovidas de qualquer talento pedagógico; esses

momentos mobilizaram-me no sentido de entender o que de "magnífico" e o que de "desprovido de talento" aconteciam nessas ocasiões. E aí várias questões se sobrepõem:

- a competência técnica do educador, seu conhecimento sobre uma determinada área de saber é, indiscutivelmente, uma evidência no sucesso de um trabalho pedagógico;
- a perspectiva de comprometimento com a construção desse conhecimento com os educandos é, a meu ver, o que dá "brilho", dá sentido a esse ofício de educador, a essa competência, a esse conhecimento. É como se déssemos voz a uma coisa freqüentemente ouvida na academia: "ele sabe, porém não sabe ensinar."

Assim, a prática de observação das atividades desenvolvidas na FCM/UNICAMP foi um processo de aproximação com a realidade da formação médica dessa Universidade que, entre outros recursos (análise documental, entrevistas, uso de instrumento de percepção), possibilitou-me conhecer as dificuldades, os acertos que uma reforma curricular encerra.

A caracterização da matriz que compôs o diário de campo foi construída levando-se em conta a literatura sobre o fazer pedagógico, e os aspectos relevantes do processo de ensino-aprendizagem. Percebi que esse recurso foi muito valioso como um guia na prática de observação, porque me permitiu um olhar mais constante, uma percepção mais apurada de todos os eventos acompanhados; por outro lado, essa forma de trabalho não limitou minha observação somente às questões contidas no diário. Ao longo de minha pesquisa, fui construindo uma atenção sobre outros aspectos que percebia serem importantes para o trabalho pedagógico. Assim, entendo que esse foi um recurso de grande eficácia que, somado aos outros, me auxiliou no entendimento da Reforma.

Passo agora a detalhar o diário de campo, explicitando seus componentes: (APÊNDICE B).

- **Data**: Identificação em dia, mês e ano do evento observado;

- **Curso**: Identificação da turma do curso de medicina envolvida no ato da observação, já que foram acompanhados os três anos da Reforma.
- **Apresentação física da sala de aula**: Procurei descrever o tipo de sala de aula ou espaço físico utilizado, porque entendo que ele pode facilitar ou não uma ação pedagógica na medida que suas características podem dificultar o deslocamento do docente ou proporcionar uma condição mais confortável de aproximação entre educador e educandos. Assim, o espaço foi descrito como anfiteatro; sala de aula para, no máximo, trinta alunos; auditório; espaço aberto, como quadra de esporte; outros espaços, como sala de reunião de Unidades Básicas de Saúde; enfim, procurei identificar a estrutura física no sentido de descrevê-la, traduzindo de forma mais fidedigna a realidade envolvida .
- **Número de alunos**: As turmas do curso de medicina são de 110 alunos, entretanto são divididos em grupos menores em algumas situações de aprendizagem. Entendo que explicitar o número de alunos da atividade observada revela um dos aspectos do cenário do trabalho pedagógico que envolve várias características do desenvolvimento do processo de ensino - aprendizagem. Outro aspecto que procurei descrever neste item foi a eventual mudança do número inicial de alunos em relação ao fim da atividade desenvolvida. Entendo que a diminuição da presença discente durante a aula pode revelar os acertos e dificuldades de uma estratégia de ensino;
- **Nome do docente**: Os docentes observados foram identificados pelo número da observação daquele momento, por exemplo, "ob. 23", ou seja, vigésima terceira observação realizada no trabalho, respeitando-se assim o sigilo da identificação.
- **Tempo de atividade docente**: Neste item dividi o tempo de exercício da atividade docente com intervalos de 4 anos, a partir

de um ano até o extremo superior de mais de 15 anos. A idéia de descrever esse aspecto do trabalho docente vem no sentido de traduzir, de explicitar, como se configura o corpo docente desta Faculdade. Não pretendi estabelecer uma relação de mais qualidade com maior tempo de ofício, umavez que podemos afirmar que o tempo pode ser um elemento favorecedor, gerador de mais densidade e aprimoramento ou pode ser também um elemento cristalizador de paradigmas, engessando a capacidade de avanço e superação.

- **Faixa etária do docente**: Estabeleci intervalos etários de 5 anos,começando a partir de 25 até o extremo superior de mais de 50 anos. Nesse aspecto tive a mesma interpretação usada no tempo de docência, entendendo que o envelhecimento não necessariamente é tradutor de maturidade e sabedoria.
- **Tipo de atividade**: Procurei identificar todo o escopo de atividades desenvolvidas nos módulos observados, situando-os como atividades de campo e aulas teóricas, e explicitando neste item o estudo dirigido que, embora seja desenvolvida numa perspectiva de aula teórica, sua organização é grupal e, por isso, pareceu-me relevante apontar quando isso acontecia.
- **Módulo**: Aqui foram elencados todos os módulos implantados até o terceiro ano da Reforma, no sentido de identificar o momento da observação.
- **Lógica do trabalho pedagógico**: Neste item procurei descrever todos os recursos usados pelo docente, os quais fizeram parte do momento pedagógico, dividindo-os em alguns subgrupos, a saber:
    - **Postura corporal**: descrevi como o professor em questão usou sua postura corporal no sentido de perceber em que medida esse aspecto pode ou não interferir no desenvolvimento de seu trabalho

pedagógico, CUNHA (1989); HERNANDEZ, (2000); ZABALZA, 1994). Assim, categorizei seis possibilidades de uso, incluindo uma intitulada "outros", a qual pudesse abrigar uma opção que não se encaixasse nas anteriores. São elas: movimentando-se pouco, somente na frente da sala, circulando pela sala, sentando-se junto aos alunos, colocando-se de forma mais informal, colocando-se de forma mais formal.

- **Recursos didáticos**: descrevi aqui todos os recursos didáticos que compuseram os momentos observados como, lousa, transparência, data show, filmes, slides, trabalho em grupo, seminários, estudo dirigido e abrindo uma categoria intitulada - "outros", que pudesse abrigar um recurso não descrito nas outras categorias.
- **Atitude com a classe**: procurei descrever as posturas mais freqüentes que a literatura sobre o trabalho pedagógico tem evidenciado, como mais ou menos assertivas na perspectiva de construção do conhecimento. Foram apontadas, então, as atitudes afetuosa e acolhedora, distante, formal e verticalizada, descontraída e brincalhona, interativa e a categoria "outros", conforme já explicada nos itens anteriores. Entendo que aqui há um julgamento, uma percepção, ou seja, um elemento subjetivo, porém vários autores estudiosos do trabalho pedagógico e especialmente Cunha (1989) apontam de maneira enfática para a relevância deste aspecto da ação do educador como elemento de fundamental importância no processo de ensino-aprendizagem. Acrescento a esta explicação que, evidentemente, não estabeleci nesta análise uma

avaliação estereotipada do que é ser descontraído ou brincalhão como sinônimo de ser "bonzinho" ou "sorridente" e isso ser adequado à construção do conhecimento. O que defendo é a necessária vinculação, o necessário compromisso entre o educador e educando que, evidentemente, é permeado por atitudes facilitadoras, como a do acolhimento, a interatividade, que podem traduzir-se de forma mais descontraída ou não, mas que encerram seriedade e responsabilidade com a densidade do conhecimento a ser construído.

- **Postura em relação à participação em classe**:

  considerei de grande relevância a observação de comportamentos por parte do docente, no sentido da adoção de posturas que poderiam estimular ou não a construção do conhecimento. A literatura é muito clara e densa no quanto, durante o trabalho pedagógico, se estabelecem ações que não são explícitas quanto ao seu sentido, mas são evidentemente percebidas pelos educandos como estímulo à melhora de seu desempenho e participação; a forma como elas acontecem pode estimular a curiosidade epistemológica, tão necessária à aprendizagem ou embotá-la. Assim, estabeleci as seguintes categorias:

  - **Tecendo comentários quanto à participação discente por meio de estímulos à inclusão**: Procurei observar a presença de posturas docentes que estimulassem a inclusão do aluno no debate.
  - **Tecendo comentários quanto a participação discente por meio de estímulos à exclusão**: Procurei observar a presença de posturas

docentes que estimulassem a exclusão, dificultando o estabelecimento de uma prática pedagógica participativa.

- **Problematizando as dúvidas juntamente com os alunos**: Procurei observar uma postura docente em que a construção do conhecimento fosse estimulada, entre outras formas, pelo processo de problematização das dúvidas, o que contribuiria para um processo educativo emancipatório e, portanto, com potencial inovador.
- **Ignorando as dúvidas dos alunos**: Procurei observar posturas docentes que, de forma velada, no âmbito da informalidade, dirimissem uma perspectiva inovadora do uso informal da avaliação como ferramenta importante do processo de ensino aprendizagem.
- **Atitude do discente em relação ao docente**: Neste item, procurei descrever posturas dos alunos em relação ao professor as quais explicitassem a relação estabelecida. Entendi que essa avaliação deveria vir a seguir da identificação da atitude do professor em relação à classe, já que são situações que se inter-relacionam.
- **Linguagem do docente**: Nesta categoria, procurei identificar aspectos da comunicação, entendendo-a como um elemento que pode ou não facilitar uma relação pedagógica inovadora, aproximando, facilitando a construção do conhecimento. Assim, estabeleci oito

possibilidades relativas ao tom de voz: adequado, inadequado, baixo, alto, monofônico, usando ou não o microfone e outros. Quando o item era identificado como inadequado, procurei evidenciar o que gerava essa situação, identificando, por exemplo, o fato do tom de voz ser baixo, dificultar a escuta e gerar dispersão.

- **Comunicação verbal**: Procurei identificar a forma como a comunicação era utilizada em onze possibilidades: clara, com exemplos práticos, estimuladora de trocas de informações, aproximadora, confusa, lógica e seqüencial, formal, informal, questionadora, inibidora de questionamentos e outras.
- **Comunicação não verbal**: Identifiquei quatro possibilidades do uso da comunicação não verbal; uso de sinais paraverbais, aqui entendidos como qualquer som produzido pelo aparelho fonador, usado no processo comunicativo, que não faça parte do sistema sonoro da língua usada, Silva (1996). Esses sinais traduzem sentimentos, características de personalidade e uma forma de relacionamento interpessoal.

Entendo que um processo comunicativo repousa numa perspectiva explícita, a verbal, embora, mesmo assim, possamos ter várias interpretações da mesma fala, e numa outra que é oculta, ou melhor, é subliminar, é subjetiva, mas que é perceptível e pode demandar toda uma lógica de pensamento, de crenças paradigmáticas em que o docente acredita e as quais carrega no seu trabalho. A sintonia entre o que se "fala" com o que "nosso rosto, nosso corpo" expressa, pode indiscutivelmente, ser um facilitador no processo de ensino aprendizagem.

Assim foram elencados: uso de comunicação cinésica, uso de gestos faciais e outros.

- **Inovação pedagógica**: Sendo este o objeto deste trabalho, procurei identificar em algumas categorias que abarcassem a presença de um processo inovador, quer no campo dos objetivos de formação, no âmbito dos conteúdos e sua organização curricular, quer no método, quer numa perspectiva paradigmática, ou ainda na relação com o discente. Procurei também verificar a inovação no campo da avaliação, dividindo-a em formal e informal. Passarei agora a detalhar cada item constituinte das categorias afetas à inovação.

- **No campo dos objetivos de formação,** estabeleci três aspectos, a saber:

  - **Ampliando a densidade técnica**. Procurei, neste item, desvelar aspectos do conhecimento que de uma forma inovadora ou por sua própria essência, pudessem ampliar os objetivos propostos no módulo observado.

  - **Introduzindo elementos de outras áreas**. Procurei aqui descrever em que medida outros elementos, conhecimentos advindos de outras áreas de saber, distintas da presente no módulo em questão poderiam estar presentes durante o processo de observação do trabalho pedagógico.

  - **No campo dos conteúdos e organização curricular**. A percepção da existência de elementos da interdisciplinaridade e da problematização foi objeto desta categoria, dada a grande importância deles numa reforma

curricular. Entendo ser fundamental explicar a introdução do outro aspecto constitutivo desta categoria, que é a observação da aproximação dos conteúdos, o que chamei de justa posição. Durante os primeiros contatos com o processo da Reforma, procurei participar de algumas aulas e atividades de campo, no sentido de aprimorar minha matriz de observação, e percebi que, em muitas situações, não seria possível dizer que a situação observada detinha princípios de interdisciplinaridade, porém era notória uma postura de "aproximação" de conteúdos, num exercício de conhecimento da interdisciplinaridade. Esse aspecto pareceu-me relevante à medida que o processo da reforma envolvia novos fazeres pedagógicos e essa constatação era visível no sentido de um exercício no fazer pedagógico por parte dos docentes, nesse novo modelo de formação.

- **No método**: Aqui procurei identificar a presença de uma metodologia usada nos módulos implantados em que fosse possível detectar a inovação; assim, estabeleci outras categorias, como a revisão de um método existente, a possível presença dos princípios da problematização e da construção de conhecimento, aqui entendido como um processo coletivo, de parceria entre educador e educando. Por último, introduzi outro aspecto, a ligação entre teoria e prática.

- **No campo conceitual (paradigmático).** Nesta categoria procurei identificar a presença da inovação em cinco perspectivas:
  - **Na formação médica.** Procurei desvelar a presença ou não de uma concepção inovadora no processo de formação médica que apontasse para um fazer médico crítico, com visão de inserção social, política e histórica, entendidas como determinantes de um padrão de saúde.
  - **No conceito de saúde.** Neste item buscou-se entender qual o conceito envolvido, procurando-se evidenciar a concepção de saúde como um direito cidadão, construído em parceria com o Estado, profissionais de saúde e com o próprio cidadão. Observou-se ainda a perspectiva de entendimento de saúde não como "ausência" de doença, mas de equilíbrio frente a todas as interfaces do existir humano.
  - **No conceito de educação.** Aqui procurou-se compreender que concepção de educação estava presente e seu possível caráter inovador, advogando a idéia de educação como um processo dialético, de parceria entre educador e educando, gerador de autonomia, liberdade e crítica.
  - **Revendo paradigmas do contexto social e da promoção da saúde.** Esta categoria envolve a observância da possível inovação envolvida na compreensão do contexto social como elemento contributivo para o padrão de

saúde e também que concepções estão envolvidas nas ações de promoção á saúde.

- **Na relação com o discente.** Nesta categoria procurou-se desvelar quais as possíveis inovações presente no aspecto relacional entre educador e educando; para tal, estabeleci 4 possibilidades que me pareceram relevantes nesta categoria. São elas:
- **Estabelecendo uma relação dialógica.** Neste item procurou-se identificar a presença desse tipo de postura e sua contribuição no campo da inovação.
- **Evitando a verticalização da relação discente/docente.** Observou-se a presença de uma postura em que o educador e o educando estabelecessem uma relação de parceria, horizontalizada.
- **Estabelecendo um trabalho coletivo.** Procurou-se desvelar uma postura docente estimuladora da construção do conhecimento de forma coletiva;
- **Outras.** Como nas categorias anteriores, estabeleci um campo em que pudessem ser contido outros aspectos da relação com o discente com aspectos relevantes no âmbito da inovação.

- **Na avaliação.** Nesta categoria, procurei entender como acontecia o processo avaliativo durante o processo de formação médica na perspectiva da reforma curricular. Estabeleci

aspectos que a literatura aponta como contributivos a uma prática inovadora. São eles:

- **Estabelecendo um caráter processual.** Procurei observar se o exercício da avaliação era entendido como "um dos momentos" do processo de ensino aprendizagem, tendo, portanto, uma dimensão de processo, de continuidade ao longo da construção do conhecimento.
- **Incluindo a avaliação como elemento da formação.** Procurei verificar o uso da avaliação como elemento constituinte do processo de ensino - aprendizagem na medida que este pode ser um retroalimentador do processo, fomentando acertos e gerando mais elementos para a densidade da aprendizagem.
- **Construindo conjuntamente com os alunos os objetivos da disciplina.** Procurei verificar em que medida se estabeleceram os objetivos de aprendizagem de forma conjunta com os alunos e como esse processo aconteceu, entendendo que a definição dos objetivos feita coletivamente demanda, em decorrência, o que será avaliado, o que pode permitir um avanço do processo de ensino - aprendizagem.
- **Retornando aos resultados obtidos como fomento à revisão do processo ensino/aprendizagem.** Os resultados obtidos num processo avaliativo podem se

constituir num instrumento de crescimento, de ampliação e avanço da construção do conhecimento; assim procurei evidenciar essa perspectiva no trabalho docente desenvolvido nos módulos implantados.

- **Estabelecendo um caráter classificatório.** Procurei observar o uso classificatório da avaliação nos módulos implantados, entendendo-o como um uso não contributivo à inovação no campo da avaliação.
- **Outros.** Como nas categorias anteriores, estabeleci um campo em que pudessem ser contidos outros aspectos da avaliação não vislumbrados nas opções anteriores.

➢ **Descrição da atividade.** Feita a matriz de observação, estabeleci um espaço, no sentido de descrever a ação observada como aula, atividade de campo ou outras situações afetas ao trabalho, procurando trazer para o texto uma maior aproximação com a realidade observada. Transcrevi, de forma literal, diálogos travados entre o docente e seus alunos, ou outras falas que pudessem corroborar para o melhor entendimento da realidade apresentada no momento da observação.

Comentário. Ao término de cada observação, fiz um comentário à luz dos pressupostos descritos na literatura como um trabalho pedagógico inovador e evidentemente, considerando minhas convicções como educadora.

O foco de observação foram as aulas ministradas no 1º, 2º e 3º anos, como também algumas atividades de campo; entre elas, as visitas domiciliares

com profissionais do Programa de Saúde da Família do município de Campinas, o Paidéia, atividade realizada com alunos do 1º ano. Conforme citei anteriormente, minhas observações ocorreram de março de 2002 até maio de 2003.

A reforma curricular da FCM/UNICAMP propõe que seu curso aconteça com um formato curricular modular.

A descrição mais precisa deste assunto farei no próximo capítulo; entretanto, a título de demonstração das horas observadas neste trabalho, elaborei uma tabela relacionando o tempo de observação aos módulos e período do curso: 1º, 2º e 3º ano.

Assim, a Tabela 1 – Número de horas de observação das atividades docentes desenvolvidas nos módulos da Faculdade de Medicina – UNICAMP, entre março de 2002 a maio de 2003 mostra-nos como se processou a atividade de observação do curso em questão.

TABELA 1 - NÚMERO DE HORAS DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES DOCENTES DESENVOLVIDAS NOS MÓDULOS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/ UNICAMP – MARÇO/ 2002 A MAIO/2003

MÓDULO	ANO DO CURSO	CARGA HORÁRIA DO MÓDULO	HORAS OBSERVADAS
Morfofisiologia Humana I	1º ano –2º semestre	315 horas	315 horas
Ações de Saúde Pública II	1º ano -2º semestre	60 horas	60 horas
Temas Longitudinais II	1º ano – 2º semestre	30 horas	30 horas
Neurociências	2º ano - 1º semestre	270 horas	100 horas
Temas Longitudinais III	2º ano - 1ºsemestre	30 horas	30 horas
Relação Parasito - Hospedeiro	2º ano - 2º semestre	240 horas	240 horas
Epidemiologia & Saúde	3º ano - 1º semestre	60 horas	60 horas
TOTAL DE HORAS MINISTRADAS E OBSERVADAS		1005 horas	835 horas

Como podemos perceber, observaram-se 835 horas de um total de 1005 horas ministradas, o que perfaz um aproveitamento de 83,08% das atividades realizadas. Optei por acompanhar integralmente alguns módulos o que não me

permitiu, observar todos os módulos oferecidos nesse período. Entendi que, para meu processo de compreensão da Reforma Curricular, era de grande importância ter a noção das dificuldades, dos acertos, enfim de todo o processo desenvolvido em alguns dos módulos implantados. Assim, optei por acompanhar alguns módulos de forma integral e minha escolha pautou-se nos seguintes critérios:

- escolher um módulo ofertado no 1º ano que envolvesse, pelo seu conteúdo, a possibilidade de observação mais rica de um trabalho pedagógico no modelo modular e acompanhá-lo integralmente;
- acompanhar o trabalho desenvolvido em módulos que estavam sendo ofertados pela primeira vez; nesse sentido optei por acompanhar o módulo "temas longitudinais" o qual se constitui numa experiência inédita e percorre o curso integralmente nos seus seis anos;
- procurar estabelecer escolhas para a observação que, pela sua disposição em termos de carga horária, me permitisse um acompanhamento de um número maior de módulos.

Além das atividades docentes desenvolvidas em sala de aula e de campo, acompanhei também algumas reuniões do corpo docente de um dos módulos a serem implantados no 2º semestre do 3º ano do curso, que aconteceria em agosto de 2003, a fisiopatologia integrada. Percebi que essa experiência foi muito interessante no sentido de entender as dificuldades da construção de um trabalho que tenta investir numa perspectiva interdisciplinar, mas que sofre o viés da ênfase nos conteúdos. Nessas ocasiões, vários docentes se reuniam para compor um conteúdo interligado, a partir do que, anteriormente, era ministrado de forma compartimentalizada.

Entendo ser relevante pontuar que os docentes em questão se constituíam em médicos com mais de 15 anos de profissão e com uma atividade assistencial muito intensa paralela ao seu trabalho como professores. Percebo que na área da saúde e em medicina, especificamente, o ensino no âmbito da assistência perpassa a ação, perpassa o fazer muito fortemente e,embora estejamos numa

universidade de ponta, com um trabalho em pesquisa de grande importância, a definição dos objetivos de aprendizagem ainda repousa com ênfase nas experiências pessoais de cada professor, o que se soma ao grande equívoco que a maior parte dos educadores ainda comete, que é iniciar o desenho de seu trabalho pedagógico a partir de conteúdos e depois, num momento mais distante, pensar em objetivos de formação e, conseqüentemente, em avaliação.

A literatura sobre o trabalho pedagógico é rica sobre a organização do trabalho e nela destaco a grande contribuição de Freitas (1995, p. 95), que aponta para esse assunto, mostrando que:

> Os objetivos demarcam o momento final da objetivação/apropriação. A avaliação é um momento real, concreto e, com seus resultados, permite que o aluno se confronte com o momento final idealizado, antes, pelos objetivos. A avaliação incorpora os objetivos, aponta uma direção.
>
> Os objetivos, sem alguma forma de avaliação, permaneceriam sem nenhum correlato prático que permitisse verificar o estado concreto da objetivação.

Esse entendimento de que a avaliação incorpora os objetivos, na perspectiva de superação de sua compreensão, é de fundamental importância para a organização de um trabalho pedagógico, especialmente no campo da inovação.

Assim percebi, no processo de observação desses encontros de elaboração de um módulo, que determinados "saberes" pedagógicos são essenciais para uma dinâmica de organização de "vários conhecimentos" de "várias pessoas".

Detenho-me nessa afirmação porque entendo que o trabalho pedagógico coletivo, que pode ser interdisciplinar, envolve algumas características pessoais que pela sua própria essência, são complexas, como, por exemplo, saber ouvir reflexivamente, saber ceder, saber articular de forma não personalista, entre outras.

Na medida que transito por um trabalho em que a idéia é somar, agregar vários saberes advindos de profissionais que são, na sua formação básica, médicos e, nessa situação, encontram-se no papel de educadores e educadores

de um processo com ideais inovadores, as ferramentas, os saberes necessários no campo da educação tornam-se prementes e a constatação da sua ausência revela uma organização pedagógica frágil, fragmentada, pautada no "saber fazer" que vem de uma acumulação de conhecimento, que é do educador e não de seu aluno, embora aqui devamos considerar que esse educando também carrega uma herança na crença da transmissão de conhecimento e não na sua construção, podendo ter, por isso, atitudes pouco receptivas ao novo. O foco de "construção" desse saber, que exigiria clareza no âmbito docente de quem se quer formar, quais os objetivos que queremos alcançar, tudo isso se perde, restando como trabalho pedagógico coletivo e pretensamente interdisciplinar uma colcha de retalhos não muito harmônica, com pedaços mais bonitos e outros, confusos e, marcadamente, sem a característica de ser o retrato de um grupo, e sim de um "agrupamento" de pessoas.

Participei também de várias reuniões organizadas pela Comissão da Reforma Curricular, em que os gestores de cada módulo levavam as questões relativas ao trabalho desenvolvido. Percebi, nessas ocasiões, que o desejo de formar médicos de uma forma mais inovadora, com características de um potencial agente de transformação social era muito forte no grupo; havia interesse por parte dos envolvidos nessa direção; entretanto fica evidente também a falta de estrutura institucional, no sentido de viabilizar de fato esse espaço.

Assim, os professores envolvidos tinham naquela situação "mais uma tarefa" a ser cumprida dentro dos afazeres já assumidos na assistência e na docência, o que gerava, com muita freqüência, ações pautadas na improvisação, em atitudes tomadas de forma açodada, sem a maturação adequada.

Procurarei, ao longo do capítulo de discussão dos dados, discorrer sobre esses aspectos observados de forma mais detalhada, situando-os na lógica de construção da Reforma Curricular.

Entendo que todos as opções de ferramentas escolhidas no âmbito da metodologia qualitativa procuraram caracterizar a lógica do trabalho docente executado na Reforma Curricular da FCM/UNICAMP, procurando desvelar as

várias facetas de uma proposta que quer tomar para si a concepção inovadora de um modelo de formação.

Uso de Instrumento de Pesquisa Fechado Tipo Atitudinal ou Likert

Somado a essa perspectiva qualitativa, entendi que o uso de um recurso metodológico quantitativo poderia ser contributivo no entendimento do processo. Assim, introduzi na minha opção metodológica o uso de um instrumento fechado, denominado atitudinal ou Likert, que poderia corroborar na compreensão de como todos os atores envolvidos percebiam o processo de implantação da Reforma Curricular.

Meu entendimento, ao usar os recursos qualitativos e quantitativos, foi de que, além da possibilidade de ampliação de informações e novas correlações no momento da análise do conteúdo coletado, seria concretizada a oportunidade ímpar de se fazer o cruzamento das informações das duas diferentes modalidades de instrumental de pesquisa, propiciando, na realidade, que ambas tivessem o caráter de complementaridade,

> uma vez que a visão quantitativa de um problema pesquisado e de seu universo se encontra, assim, claramente subordinada à visão qualitativa, que tanto a precede quanto a segue. Dessa forma, ao passar da constatação quantitativa para a busca do significado de suas conclusões, pude regressar ao âmbito do qualitativo, o que é imperativo e inevitável quando se deseja desvendar o oculto. (HORKHEIMER citado por SILVA, 2000, p.170).

O instrumento de percepção usado nesta pesquisa teve sua construção pautada nas premissas assumidas no processo de formação apontadas no Projeto Pedagógico (ANEXO A, p. 17 e ANEXO B), que se constitui nas ementas de cada módulo implantado.

Em ambos os documentos são apresentadas, as habilidades e competências consideradas indispensáveis na formação médica da Unicamp. A partir delas, foram construídas 10 dimensões, que seriam categorias de análise, e por meio de quatro a seis asserções em cada uma, procurou-se perceber qual era a percepção dos atores envolvidos com relação à Reforma Curricular.

As dimensões usadas foram:

- Pressupostos da Reforma Curricular
- Objetivos de formação em cada módulo
- Trabalho pedagógico coletivo
- Interdisciplinaridade
- Formação médica humanizada
- Relação entre padrão de saúde e situação econômica
- Interligação entre módulo básico com o clínico
- Processos avaliativos no processo de formação
- Trabalho multiprofissional
- Ética na formação médica

Passarei agora a detalhar cada dimensão, explicitando seus objetivos quanto à percepção:

- **Pressupostos da Reforma Curricular (D-1)**

  Esta dimensão procurou tratar da observação da consonância dos objetivos estabelecidos em cada módulo com os estabelecidos na Reforma Curricular da FCM/UNICAMP.

- **Objetivos de formação em cada módulo (D-2)**

  Esta dimensão procurou tratar da observância do estabelecimento por parte dos docentes, dos objetivos a serem alcançados em cada módulo.

- **Trabalho pedagógico coletivo (D-3)**

  Esta dimensão tratou da observância da presença de um trabalho pedagógico coletivo entre os docentes da FCM/UNICAMP envolvidos no processo da Reforma Curricular.

  Nessa dimensão, observou-se, por exemplo, se os objetivos de formação do módulo foram construídos de forma coletiva e outras questões pertinentes ao trabalho docente.

- **Interdisciplinaridade (D-4)**

  Esta dimensão tratou da observância da presença de um trabalho pedagógico interdisciplinar dentro da reestruturação curricular da FCM/UNICAMP, entendendo o conceito como a interação de disciplinas na perspectiva epistemológica, de objetivos de formação e no plano metodológico.

- **Formação médica humanizada (D-5)**

  Esta dimensão tratou da observância da presença de ações pedagógicas que buscassem estimular uma formação humanizada, geradora de atitudes discentes solidárias, cidadãs e atenciosas para com o cliente.

- **Relação entre padrão de saúde e situação socioeconômica (D-6)**

  Esta dimensão trata da observância de um trabalho docente que relacione o padrão de saúde e a situação socioeconômica das pessoas, estimulando os discentes a compreenderem a importância dessa questão em seu processo de formação.

- **Interligação entre o módulo básico com o clínico (D-7)**

  Esta dimensão trata da observância da existência da integração entre o módulo básico com o clínico; esse pressuposto é explicitado no Projeto Pedagógico da FCM/UNICAMP e nos eixos norteadores da Reforma Curricular e diz respeito a um trabalho integrado entre os docentes mais envolvidos com a formação profissionalizante com os da parte básica. Entendi ser importante a separação dessa dimensão da que tratava da interdisciplinaridade, pois, embora essa interligação pudesse estar pautada num trabalho interdisciplinar, o que, como pesquisadora, estava chamando minha atenção era a presença de uma sintonia entre o conhecimento chamado de "básico", ofertado inicialmente no

curso, com sua importância no plano mais profissionalizante; daí a separação dessas duas dimensões.

- **Processo avaliativo como parte do processo de formação (D-8)**

  Esta dimensão trata da observância da compreensão dos docentes em relação às práticas avaliativas como parte do processo de formação em medicina e em que medida a avaliação proposta tem subsidiado contribuições à Reforma Curricular da FCM/UNICAMP.

- **Trabalho multiprofissional (D-9)**

  Esta dimensão trata da observância de um trabalho docente voltado para o estímulo da compreensão entre os discentes, relativo à importância de um trabalho multiprofissional na atenção à saúde.

- **Ética na formação médica (D-10)**

  Esta dimensão trata da observância de um trabalho docente voltado para o estímulo de uma postura ética no processo de formação médica. Esta dimensão é apresentada no Projeto Pedagógico como essencial ao futuro médico formado na FCM/UNICAMP.

De posse das dimensões, elaborei de quatro a seis asserções, algumas afirmativas e outras negativas, com o objetivo de captar a percepção dos docentes e discentes para os aspectos contidos em cada dimensão.

Assim, em relação a cada asserção, o respondente tinha a possibilidade de optar dentre quatro opções: concordo plenamente, inclinado a concordar, inclinado a discordar e discordo plenamente. Optou-se por um número par de opções de resposta para cada asserção visando evitar-se que pudesse ocorrer tendência centrante, ou seja, a possibilidade de uma postura indiferente conforme recomenda Bruno (1999).

Para cada uma das opções foi por mim atribuído previamente um valor entre 1 (mínimo) e 4 (máximo) pontos (APÊNDICE C).

A delimitação de cada valor foi definida de acordo com o conteúdo específico das várias dimensões e suas respectivas asserções, tendo sempre como suporte os fundamentos teórico-metodológicos de sustentação da pesquisa em questão.

O instrumento quantitativo utilizado foi analisado quanto ao conteúdo, validade de asserção e confiabilidade; e em relação aos resultados atitudinais finais, a prova estatística utilizada foi o teste não paramétrico do qui-quadrado. (APÊNDICE D).

Na análise de conteúdo, o instrumento foi construído levando em conta os documentos considerados relevantes, como o Projeto Pedagógico, as ementas dos módulos implantados, aspectos já citados anteriormente. Porém procurou-se estabelecer parâmetros para a construção das asserções, tais como:

- A asserção é necessária?
- Os respondentes têm informações necessárias para responder à asserção?
- A asserção não gera dúbio entendimento?
- A fraseologia usada contribui para o esclarecimento do que está sendo analisado?
- Cada asserção contribui para a compreensão dessa dimensão como um todo?

Com o intuito de privilegiar uma melhor compreensão desta ferramenta metodológica, tomarei como exemplo a asserção número 6, que pertence à dimensão número oito, intitulada "*Processo avaliativo como parte do processo de formação*".

Diz a asserção nº 6: "*A avaliação de aprendizagem de um módulo é decorrência dos objetivos estabelecidos na mesma.*"

Diante dessa afirmação, os docentes e discentes teriam que optar por uma das quatro opções apontadas anteriormente: ***concordo plenamente, inclinado a concordar, inclinado a discordar e discordo plenamente.***

A opção que demonstraria uma maior consciência da importância do estabelecimento de objetivos como condição básica para a construção de uma

avaliação seria *"concordo plenamente"*, que recebeu a pontuação máxima, 4 pontos; seguida de *"inclinado a concordar,"* 3 pontos; *"inclinado a discordar,"* dois pontos e *"discordo plenamente"*, 1 ponto, o que indicaria um distanciamento maior da compreensão deste aspecto do trabalho pedagógico.

Assim, para cada asserção em cada dimensão foram estabelecidas pontuações e em algumas delas, a asserção foi pontuada de forma inversa, ou seja, a discordância plena, valia quatro pontos, como, por exemplo, na asserção nº 3, pertencente à dimensão nº 6 intitulada *"Relação entre padrão de saúde e situação socioeconômica", em que se* afirmava: *"As condições soci-econômicas de uma população não definem seu padrão de saúde".*

Evidentemente, a concordância com essa afirmação demonstraria uma falta de percepção gritante dos condicionantes de um padrão de saúde; portanto a *concordância plena* valeu 1 ponto, seguida da *opção inclinado a concorda,* com dois pontos; *inclinado a discorda,* com 3 pontos e a *discordância plena,* com 4 pontos.

Nesse sentido, foram atribuídos pontos para cada asserção, de maneira que refletissem, da melhor forma, a percepção das dimensões às quais pertenciam, o que contribuiria, em última análise, para a compreensão da lógica existente na formação médica orientada por uma perspectiva inovadora e o quanto isso poderia refletir-se na organização do trabalho pedagógico realizado na FCM/UNICAMP.

As dez dimensões e as quarenta e oito asserções a elas relacionadas foram estruturadas e pulverizadas[14] ao longo do instrumento aplicado, ficando a relação dimensão/asserção como nos mostra o Quadro 4 - Dimensões pesquisadas e suas respectivas asserções.

[14] Entende-se por pulverização das asserções a distribuição aleatória delas, objetivando-se que o respondente não relacione as asserções com as dimensões a que elas pertencem, evitando-se com isso que não haja influência nas respostas de preconceitos dos respondentes em relação às dimensões envolvidas.

QUADRO 4 - DIMENSÕES PESQUISADAS E SUAS RESPECTIVAS ASSERÇÕES

DIMENSÕES	ASSERÇÕES
D1 – Pressupostos da Reforma Curricular	8, 25, 47, 23, 29
D2 - Objetivos de Formação em cada Módulo	1, 16, 33, 38
D3 - Trabalho Pedagógico Coletivo	5, 13, 28, 44
D4 – Interdisciplinaridade	10, 18, 26, 48
D5 – Formação Médica Humanizada	2, 9, 20, 39
D6 – Relação entre padrão de saúde e situação sócio-econômica	3, 12, 19, 34, 46
D 7– Interligação entre o módulo Básico com o Clínico	4, 15, 27, 31, 41, 45
D8– Processo avaliativo como parte do Processo de Formação	6, 14, 24, 30, 40, 43
D9 – Trabalho Multiprofissional	7, 11, 21, 32, 36
D10 – Ética na Formação Médica	17, 22, 35, 42, 37

O instrumento de pesquisa fechado foi aplicado aos docentes envolvidos com o desenvolvimento da Reforma Curricular, ou seja, docentes que lecionavam no 1º, 2º e 3º anos do curso de Medicina, num total de 150, número este fornecido pela Coordenação da Reforma. Desses foram selecionados, aleatoriamente, 50. Considero importante esclarecer que em relação aos discentes do 2º e 3º anos, estes totalizavam 220 alunos, sendo 110 em cada ano considerado, dos quais também se selecionaram aleatoriamente, 50 indivíduos para cada turma. A amostra total foi, portanto, de 150 respondentes, num total de 370 instrumentos distribuídos. O tamanho da amostra seguiu os parâmetros do tratamento estatístico usado nesta pesquisa (APÊNDICE D).

Esse instrumento foi apresentado inicialmente à Coordenação da Reforma Curricular, para seu conhecimento e aprovação, sendo então os instrumentos encaminhados para cada gestor de módulo, que os encaminhou para os docentes integrantes.

Dada a dificuldade de acesso a todos esses docentes, optou-se pela entrega dos instrumentos para o gestor do módulo, como já descrito anteriormente. Entendo ser necessário explicar que, nessa abordagem, procurou-

se sensibilizar o professor gestor com relação à importância do preenchimento dos instrumentos, não somente em função do meu trabalho de pesquisa, mas também como um subsídio que poderá contribuir para os três últimos anos da Reforma.

Dessa forma foram passadas todas as informações relativas à escolha metodológica desse doutoramento e a que esse recurso quantitativo se encaixava. Estabeleceu-se uma data de entrega, quando eram recolhidos por mim, junto ao gestor.

Percebi que, de maneira geral, a proposta do instrumento foi bem recebida pelos docentes, com vários professores usando o espaço deixado para considerações pessoais.

Com os alunos, os instrumentos foram usados durante as aulas do módulo "Temas Longitudinais." Foi lhes explicado o objetivo do instrumento em questão e com a concordância do gestor do módulo, foram destinados aproximadamente 30 minutos para seu preenchimento. Entendo ser importante descrever como foi o processo com o alunado, porque o comportamento do 2º ano foi bastante diferente do 3º ano.

A receptividade dos alunos do 2º ano foi muito boa, com muitos deles fazendo comentários pessoais, questionando-me com relação à pesquisa e demonstrando uma postura de concordância e defesa da Reforma Curricular. Já com os do 3º ano, a postura inicial foi marcada por um certo "cansaço" em serem questionados; eles comentavam que se sentiam como "cobaias" que foram submetidas a vários testes e questionamentos que, na sua grande maioria, não lhes geraram retornos. Em função do exposto, tive que estabelecer dois momentos para o preenchimento do instrumento pelo 3º ano.

Minha opção por trabalhar com os docentes e discentes pautou-se nos seguintes aspectos:

- a percepção docente obtida por meio do instrumento acima mencionado foi acrescida pela observação do trabalho docente em sala de aula ou atividades de campo, o que aproximou o "discurso" e a "prática";

- a percepção dos discentes me pareceu de grande relevância, pois eles são, em última instância, os atores que recebem esse trabalho pedagógico e o vivenciam como parceiros desse processo de construção de conhecimento;
- esse aspecto relacionado à atitude dos docentes/discentes, somado aos outros recursos metodológicos usados no trabalho, permitiu um entendimento mais coletivo, institucional das dificuldades enfrentadas num processo de Reforma Curricular que pretenda ser inovador.

Cálculo e Interpretação da Atitude dos Respondentes

Para análise da atitude dos respondentes em face da Reforma Curricular da FCM/UNICAMP, dividiu-se em níveis, a saber: "muito positivo", "positivo", "negativo" e "muito negativo".

O intervalo total de pontuação foi calculado considerando-se a diferença entre a pontuação total máxima e mínima possível, levando-se em conta o número total de asserções aprovadas, nesse caso 38 asserções, e o fato da escala de pontuação utilizada na tabulação do instrumento de medição ter seus valores extremos 1 e 4.

Esse intervalo total foi sub-dividido em quartis, associando-se cada quartil ao nível de atitude "muito positivo" e assim, sucessivamente, como mostra o Quadro 5 – Nível de Atitude e Intervalo de Pontuação:

QUADRO 5 – NÍVEL DE ATITUDE E INTERVALO DE PONTUAÇÃO

Nível de Atitude	Intervalo de Pontuação
Muito Positivo	104-128
Positivo	80-103
Negativo	56-79
Muito Negativo	32-55

Em seguida, calcula-se o valor da soma das pontuações por respondente. Esses valores são agrupados por intervalo de pontuação, chegando-se à freqüência para cada nível de atitude.

Construiu-se a distribuição de freqüência envolvendo todos os respondentes, bem como se estratificou a amostra por categoria de respondentes, apresentando-se suas respectivas freqüências.

Cálculo e Interpretação das Médias das Asserções e Dimensões Validadas

Inicialmente, calculou-se o valor médio por asserção, somando-se as pontuações obtidas por respondente em cada asserção e dividindo-se pelo total de respondentes. Em seguida, calcularam-se as médias das dimensões pesquisadas somando-se as médias das asserções validadas correspondentes a cada dimensão (Ver Quadro 5) e dividindo–se pelo número de asserções validadas que compuseram cada dimensão.

Considerando-se que as pontuações das asserções e das dimensões podem assumir valores de 1 a 4, dividiram-se os resultados das médias em três zonas, segundo Bruno (1999), a saber: de 1,00 a 1,99 – Zona de perigo; de 2,00 a 2,99 – Zona de alerta, e de 3,00 a 4,00 – Zona de conforto. Caso a média das asserções ou das dimensões apresente um valor na zona de perigo, alguma providência urgente é requerida. Caso a média apresente um valor na zona de alerta, algo deverá ser feito tão logo quanto possível. Se o valor da média se encontrar na zona de conforto, nenhuma providência é requerida a curto prazo.

O quadro 6, a seguir, ilustra as explicações anteriores e recomenda cores a serem usadas nos gráficos das dimensões e asserções segundo as zonas possíveis:

QUADRO 6 – INTERVALOS DAS MÉDIAS E INTERPRETAÇÃO

INTERVALO DAS MÉDIAS	ZONAS	COR NO GRÁFICO
1,00-1,99	Perigo	Vermelho
2,00-2,99	Alerta	
3,00-4,00	Conforto	Verde

Apresentarei no Capítulo IV discussão dos dados colhidos mediante a metodologia ora apresentada.

CAPÍTULO IV
A PESQUISA:
UM OLHAR MULTIFACETADO DA REALIDADE

> O conhecimento é uma aventura incerta que comporta em si mesma, permanentemente, o risco da ilusão e do erro. Entretanto, é nas certezas doutrinárias, dogmáticas e intolerantes que se encontram as piores ilusões; ao contrário, a consciência do caráter incerto do ato cognitivo constitui a oportunidade de chegar ao conhecimento pertinente, o que pede exames, verificações e convergências de indícios [...]. Uma vez mais repetimos: o conhecimento é a navegação em um oceano de incertezas, entre arquipélagos de certezas. (MORIN, 2000, p. 86).

A Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp foi fundada em 21 de maio de 1963, sendo considerada o embrião do que viria a ser a Universidade Estadual de Campinas.

Nesses 40 anos, foi se constituindo em uma das cinco melhores faculdades de medicina do país, tendo mais de 2100 alunos na fase de Graduação e mais de 1200 na Pós-graduação.

Abriga em sua unidade o curso de Enfermagem, com 26 anos de existência, e é a maior unidade da Universidade. Até 2000, o curso seguia uma estrutura curricular dividida entre um curso básico e um profissionalizante, culminando com dois anos de internato, o 5º e 6º ano.

A matriz curricular era constituída por um conjunto de disciplinas, algumas com característica de pré-requisito, sendo que o curso básico era oferecido no Instituto de Biologia e o profissionalizante, na FCM.

A partir de 2001, o curso passa a ser modular, onde cada módulo se constituiu num determinado número de disciplinas que, a princípio, deveriam tecer um trabalho interdisciplinar.

Outro enfoque da Reforma Curricular era o estabelecimento de conteúdos que tivessem uma abordagem clínica, permeando a construção do conhecimento, estimulando, dessa forma, no aluno, o entendimento precoce da importância de

cada assunto tratado no seu ofício médico. Apresentarei os módulos já institucionalizados, pois o curso até o presente momento (2003) não tem disposto em catálogo os módulos dos 4º, 5º e 6º anos.

Assim o **1º ano** do curso passou a conter os seguintes módulos:

- Morfofisiologia Humana I
- Célula
- Temas Longitudinais I
- Prática de Ciências I
- Ações de Saúde Pública I
- Morfofisiologia Humana II
- Temas Longitudinais II
- Prática de Ciências II
- Ações de Saúde Pública II
- Medicina e Saúde

O 2º ano

- Neurociências
- Temas Longitudinais III
- Prática de Ciências III
- Saúde e Sociedade I
- Princípios de Farmacologia
- Laboratório de Habilidades I
- Relação Parasito-hospedeiro
- Temas Longitudinais IV
- Prática de Ciências IV
- Saúde e Sociedade II
- Introdução à Patologia
- Laboratório de Habilidades II

O 3º ano

- Semiotécnica da Observação Clínica
- Fisiopatologia Integrada I
- Prática de Ciências V

- Temas Longitudinais V
- Epidemiologia & Saúde I
- Temas Longitudinais VI
- Epidemiologia & Saúde II
- Semiologia e Propedêutica
- Fisiopatologia Integrada II
- Prática de Ciências VI

Gostaria de pontuar que nossa pesquisa está delimitada aos três primeiros anos do curso de Medicina; assim nossas observações e coleta de outros dados estiveram circunscritas exclusivamente a esse período.

Nosso objetivo, exposto no capítulo referente à metodologia, foi compreender o processo de nascimento e implantação dessa reforma curricular. Portanto entendemos que outros trabalhos que possam avaliar a implantação completa dos seis anos enriqueceria sobremaneira o estudo da inovação curricular na formação médica desenvolvida na UNICAMP.

Ao longo de minha pesquisa, especialmente pelas entrevistas com os Coordenadores da Reforma Curricular da Faculdade (APÊNDICE A), fui construindo minha compreensão das razões que levaram a instituição a trilhar o caminho de rever seu formato curricular.

Assim podemos perceber na fala da Coordenadora C4[15] que vários problemas no processo de formação eram apontados pelos alunos e pelos docentes e um dos mais freqüentes dizia respeito à falta de integração entre os docentes do curso básico e os da clínica; ***"... então a primeira coisa foi descer ao básico, chamar uma conversa geral com os departamentos de lá, entender que não era uma queixa só da clínica, era também do básico, que não sabiam o que eles (clínica) queriam deles."***

É importante destacar que nos cursos da área da saúde e obviamente também de medicina, os conteúdos curriculares sempre sofreram esta divisão:

[15] Serão identificados os quatro Coordenadores da Reforma Curricular, pelas siglas C1 até C4.

básico/clínica, ou seja, o conhecimento de microbiologia, uma disciplina do básico, era ofertada de forma desconectada do aspecto específico da profissão.

Se o enfoque, por exemplo, nessa disciplina, era o estudo de agentes gram-positivos, a relação destes com a sua prevalência no ambiente hospitalar, ou sua importância em determinados cenários socioeconômicos constituíam-se enfoques não comumente explorados, estabelecendo, portanto, uma desconexão com um conhecimento mais interligado com a assistência médica, o que, evidentemente, contribuiria sobremaneira com a capacidade do aluno de construir de forma mais ampla seu conhecimento sobre o assunto.

Dessa forma, o aluno apreendia uma enorme quantidade de conhecimentos sobre microbiologia no 1º e 2º ano, e quando chegava o 4º ano, quando sua relação com a parte profissionalizante do curso era mais próxima, ele já não lembrava mais nada ou não conseguia construir o vínculo entre essas duas áreas de saber.

Nesse sentido, a Reforma Curricular entendeu que essa questão se constituía em um dos principais problemas apontados especialmente pelos alunos e, portanto, atuar sobre isso se tornava imperativo no processo, como podemos observar na fala do Coordenador C1:

> ***"...Tinha uma tese de uma professora do Fundão (Universidade Federal do Rio de Janeiro) que mostrava que um aluno – eu lembro, foi muito importante para minha cabeça, mostrava que um aluno de medicina aprendia aos vinte e seis anos, (imaginando que ele tenha entrado com 20 anos na faculdade), 16 mil vocábulos novos, que serviriam para falar três idiomas. E o que ficava principalmente nesta estrutura curricular básico/clínica, na melhor das hipóteses, era 20% de tudo isso; era isso que a gente sentia... às vezes o aluno chegava, depois de ter estudo um monte de anatomia, ele não sabia dizer que estrutura anatômica tinha sido lesada num infarto."***

O caminho para mudar essa situação dentro da FCM passou por iniciar uma reflexão mais coletiva, juntando docentes e alunos como observamos novamente na fala de C1:

> ***"Nós organizamos um seminário; tivemos que parar a escola, e a participação dos professores foi pequena, mas dos alunos foi em massa, tinha uns 500 alunos praticamente. Nesse seminário a gente tentou ver o que estava acontecendo e aí saiu uma proposta, a idéia de mudar o currículo. Entretanto eu percebia que a faculdade não aceitava este tipo de ideologia, não queria discutir o perfil do médico que formava."***

E também de C4:

> ***"... E daí surgiu à idéia de um seminário de três dias quando a gente tentou convocar toda a comunidade e foi discussão sobre o nosso currículo, que médico a gente queria formar e quantas diretrizes a gente estaria mudando no currículo e foi uma coisa bastante democrática no sentido de que a gente teve até a participação dos alunos na proposta curricular, no modelo curricular em que eles colocavam o currículo integrado; essa proposta, tudo bem, podia estar na cabeça de um monte de gente, mas quem mais queria eram os alunos, partindo de um grupo deles que estudou o currículo e ensino médico e propuseram isso (o currículo integrado) e aí foi reestudada por nós, docentes e Coordenação."***

Considero relevante contextualizar o momento de implantação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina.

É importante perceber que, embora os docentes envolvidos entendam que esse caminho foi democrático, estimulando a participação de todos, fica também patente a reserva de alguns docentes quanto a esse processo.

Fica claro também nas falas dos coordenadores entrevistados que embora houvesse um desconforto em relação ao profissional formado, um sentimento quanto

à necessidade de mudanças no modelo curricular, a participação docente era mais tímida, ou, em alguns casos, de resistência.

Nesta pesquisa, tratamos da revisão bibliográfica sobre inovação pedagógica, observando que há uma dimensão de analise que se refere **ao que é inovado**. Nesse momento estamos considerando uma unidade de inovação, ou seja, uma estrutura, um sistema, um paradigma, uma relação social, uma forma de relacionamento entre educador e educando.

No caso da FCM, o que estava sendo analisado era mais que um currículo, eram quais as perspectivas de formação que essa inovação poderia desenhar, ou seja, a possibilidade de um médico mais comprometido com a realidade social de seu país, um profissional que detivesse uma postura mais ética, mais humanizada, entre outros aspectos.

Em seu projeto pedagógico (2001, p.11), a FCM desenha como seu objetivo maior de formação:

> O objetivo do curso de medicina é formar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes para o exercício da medicina numa postura ética, numa visão humanística, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Entretanto, qualquer perspectiva de formação é construída lentamente, com a adesão e contribuições de toda a comunidade envolvida e, para isso, o tempo é um fator de vital importância, no sentido de ser um facilitador para o entendimento, e maturação de todos os atores.

Na entrevista que realizei com os Coordenadores, perguntei como eles perceberam o processo de implantação e gestão da Reforma e percebi que, embora houvesse um consenso de que o movimento pudesse ser definido como democrático, ou seja, ter se constituído num chamamento a toda a comunidade, ele não representou um trabalho efetivamente "de todos", havendo uma grande parcela do corpo docente posicionando-se de forma resistente.

Penso que essa "resistência" deva ser analisada com maior cuidado, entendendo que, para uma inovação poder brotar, poder nascer de forma legítima, sólida, é fundamental que a comunidade docente tenha uma forte identidade

coletiva, uma cultura de acordo e de cooperação naquilo que poderíamos chamar de grandes referências, de grandes pressupostos instigadores da inovação.

Entretanto a literatura e minha experiência docente mostram-me, de forma muito clara, quão difícil é esse processo; são várias as questões que interferem nessa construção, e entre elas destaco o entendimento do ofício de educador como uma atuação secundária à formação inicial, ou seja, em primeiro lugar aparece a profissão de médico, de enfermeiro e depois o ensino de medicina, de enfermagem, entendido como uma conseqüência da profissão o que evidentemente, se constitui num imenso equívoco.

Entendo que as relações políticas, institucionais na perspectiva de mercado de trabalho, também se constituem num outro grande entrave para a construção de uma inovação de forma genuína.

Nesse sentido, valho-me das palavras de Sordi (2001, p. 8), que diz:

> O momento de incerteza social, a insegurança diante da vida que se altera velozmente não pode nos imobilizar diante da complexidade de nossa tarefa de formar profissionais para este mundo. A insistência em olhar a realidade a partir de um único referencial pode nos induzir ao erro, à cegueira tomada como álibi. Ao mesmo tempo, prisão e segurança.

A participação, a incorporação e conseqüente defesa de um processo inovador passam por uma seqüência de ações como bem nos mostrou Hernandez (2000); ela surge ou parte dos professores, embora exista um grupo que o impulsione, no caso, os alunos; entretanto, em seu cerne, está a satisfação profissional e pessoal dos professores que, indiretamente, introduzem mudanças no processo de ensino/aprendizagem.

Podemos perceber pelas das falas dos professores[16] que responderam ao instrumento de percepção, que há o entendimento "do que mudar" e por que fazê-lo, porém a forma encontrada, indica divergências, como podemos observar na fala de P15:

[16] Indicaremos os professores pela letra P, os alunos do segundo ano pela letra S e os do terceiro pela letra T, todos acompanhados de seus respectivos números, conferidos no momento da tabulação dos instrumentos de pesquisa. A tradução das falas é literal, observando-se somente questões gramaticais.

"Os objetivos da Reforma Curricular parecem estar bem definidos, mas não bem divulgados ou bem conhecidos pelos docentes".

Há uma grande preocupação com a grade de horários, cronograma... Faltando tempo para a real integração. ... A Reforma aconteceu, mas a infraestrutura não mudou. Muitos dos problemas encontrados não poderão ser melhorados, sem a melhoria da estrutura. A Universidade continua não valorizando a excelência em atividades docentes para a progressão na carreira. Somente a atividade de pesquisa conta para isso. Desse modo, é difícil o docente se envolver mais efetivamente com as atividades de ensino. A Reforma curricular/FCM parece não reconhecer este aspecto. "

A percepção desse professor revela a compreensão da necessidade, dos objetivos propostos pela Reforma, entretanto pontua com muita clareza as dificuldades que surgirão nesse percurso.

A organização do trabalho docente em nosso país é, evidentemente, geradora de muitas dificuldades, como as apontadas por esse professor.

Evidentemente, as atividades de pesquisa, a publicação de produções, aqui entendidas como uma devolução à sociedade, a qual é pagadora, contribuidora para com as instituições públicas, como é o caso da UNICAMP, devem constar como fazeres exigidos e necessários ao ofício docente. A questão é a valorização de igual maneira da atividade de ensino, especialmente na graduação. O trabalho de formação é um processo requeridor de uma capacitação pedagógica densa, laboriosa e que demanda tempo para a sua construção.

Nesse contexto, nosso professor vê, entende a necessidade de mudança, mas, por outro lado, a burocratização de sua implantação pode engessar sua participação e adesão de maneira mais sólida.

Os resultados encontrados em nossa pesquisa de percepção corroboram nessa direção; a percepção dos docentes é bastante favorável à Reforma, embora nas suas falas encontremos as dificuldades do percurso.

O Quadro 7 – Sumário da Atitude dos respondentes em Face da Reforma Curricular da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, 2003 mostra-nos a

percepção dos atores envolvidos em relação à Reforma Curricular, evidenciando que é percebida de forma satisfatória.

QUADRO 7 – SUMÁRIO DA ATITUDE DOS RESPONDENTES EM FACE DA REFORMA CURRICULAR DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS /UNICAMP/ 2003

INTERVALO DE PONTUAÇÃO (EXTREMOS DA ESCALA 1 E 4)	NÍVEL DE ATITUDE	TOTAL [a] (N = 150)		PROFESSORES [b] (N = 50)		ALUNOS [b] 3° ANO (N = 50)		ALUNOS [b] 2° ANO (N = 50)	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
104-128	Muito Positiva	57	38	12	24	22	44	22	44
80-103	Positiva	87	58	38	76	25	50	25	50
56-79	Negativa	3	2,0	0	0	3	6	0	0
32-55	Muito Negativa	3	2,0	0	0	0	0	3	6

a) $x^2 = 138,96 > x^2_{tabelado} = 11,34$; g.l. = 3 ; p<= 0,01

b) $x^2 = 19,46 > x^2_{tabelado} = 16,81$; g.l. = 6; p<= 0,01

Como podemos perceber a percepção da Reforma Curricular é muito boa segundo a percepção de todos os respondentes, sendo que a pontuação média geral atingiu 81,25% (104,00 pontos) da pontuação média máxima possível (28) [17].

O teste não paramétrico do qui-quadrado unidirecional evidenciou que o valor calculado (138,96) foi maior que o tabelado (11,34), para um nível de significância de

[17] A pontuação máxima é obtida multiplicando-se o número de asserções validadas pela pontuação máxima possível em cada asserção que é quatro (escala de resposta do instrumento de 1 a 4). Portanto multiplicando-se o número de asserções validadas que foi 32 pela pontuação máxima (4) chega-se a pontuação máxima do instrumento que é 128.

1%, significando que a distribuição de freqüência encontrada, envolvendo todos os respondentes, não é obra do acaso.

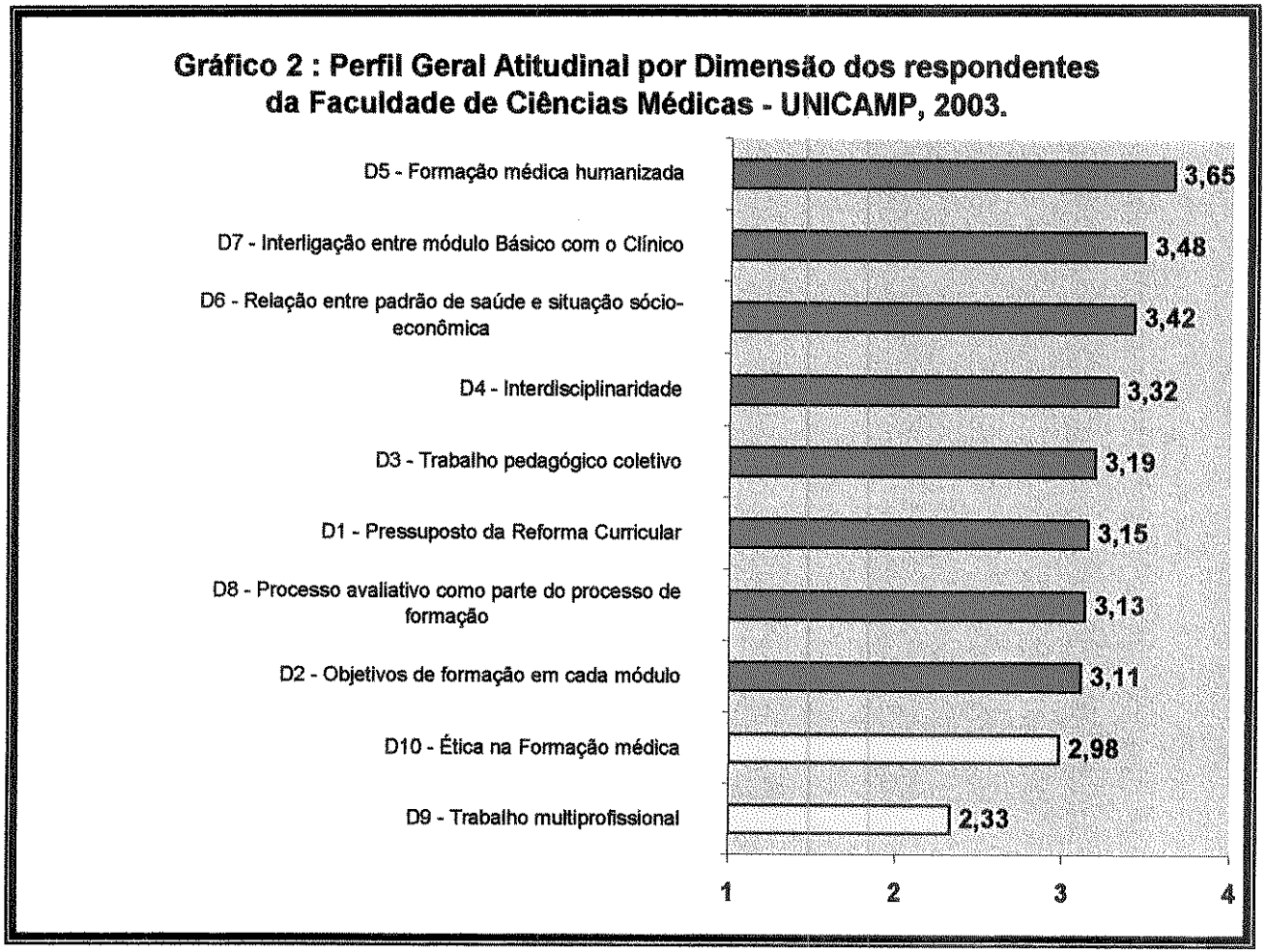
Analisando-se ainda o Quadro 4, nota-se que as distribuições por categoria de respondentes são diferentes. As três categorias, entretanto, apresentam resultados bastante favoráveis à Reforma Curricular da FCM /UNICAMP.

Complementarmente, vale ressaltar que, no caso dos professores, tivemos uma pontuação média geral de 79,37% (101,59 pontos) da pontuação média máxima possível (128 pontos). Com relação aos alunos do 3º ano, tivemos uma pontuação média geral de 83,12% (106,39 pontos) da pontuação média máxima possível (128 pontos). Finalmente, com relação aos alunos do 2º ano tivemos uma pontuação média geral de 81,17% (103,89 pontos) da pontuação média máxima possível (128 pontos).

O teste não paramétrico do qui-quadrado de interdependência relacionando as categorias de respondentes com os níveis de atitude evidenciou-se que o valor calculado (19,46) foi maior que o tabelado (16,81), para um nível de significância de 1%, significando que as diferentes distribuições de freqüência encontradas para cada categoria de respondentes (professores, alunos do 3º ano e alunos do 2º ano) não foram obra do acaso.

O Gráfico 2 – Perfil Geral Atitudinal por Dimensão mostra-nos as pontuações médias para cada dimensão considerada.

Gráfico 2 : Perfil Geral Atitudinal por Dimensão dos respondentes da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, 2003.



Observamos que as dimensões número 9 e 10, respectivamente, trabalho multiprofissional e ética na assistência médica, são as de menor pontuação, estando na zona de alerta. Entendo que alguns aspectos devam ser considerados nesta análise como o fato de os docentes em questão virem de um modelo de formação cujo estímulo ao trabalho multiprofissional não era uma prática corrente. Conforme podemos observar na evolução dos modelos de atenção à saúde no Brasil (p. 10), a perspectiva de uma assistência que envolvesse toda a equipe de saúde é uma opção mais recente, surgindo por volta do meio da década de 90.

Em nosso instrumento de pesquisa de percepção e no diário de campo, observamos que a maior parte dos docentes tem mais de 10 anos de formação, sendo formados ou "influenciados", de alguma forma, por uma matriz que não valorizava esse tipo de lógica de trabalho.

Evidentemente, não estamos aqui estabelecendo uma regra, porém nos parece que essa característica relativa à prática docente possa estar interferindo, sendo mais difícil para esses educadores valorizarem essa maneira de entender a assistência à saúde se eles não experimentaram tal situação, se não viveram uma ação em saúde compartilhada por vários profissionais da área.

É importante lembrar que nosso cotidiano de assistência à saúde sofre forte hierarquia de decisão, sendo ainda o médico o detentor final ou absoluto no que tange ao diagnóstico e encaminhamento das possibilidades terapêuticas.

Com relação à dimensão D-10, que trata sobre o papel da ética na formação médica, penso que inúmeros aspectos perpassam essa discussão e entre eles vejo que a noção de valores pessoais dessa ordem está em nosso mundo atual, bastante fragilizada e a escola reflete essa situação.

É óbvio que qualquer docente, qualquer educador em medicina, comprometido com uma formação cidadã, estimulará em seus alunos a atenção para essa postura.

Porém eu acredito que o entendimento político, histórico de como esses valores nascem, florescem e se perpetuam na humanidade exija uma discussão mais densa, mais constante, num processo de formação em saúde, aqui especialmente de medicina.

Acompanhei as atividades desenvolvidas no módulo "Temas Longitudinais" durante o 1º semestre do 2º ano e vi a preocupação, por exemplo, de estimular, de fomentar o interesse nos alunos pela discussão desses valores, abrindo espaços para outras áreas de saber, como a filosofia. Mas, acredito, é claro que há um avanço quando a Reforma entende que esse módulo passa a ser necessário em todos os anos, como já está acontecendo; entretanto somente isso não garante a certeza de que esse aspecto da formação está bem sedimentado e compartilhado por todos os envolvidos, alunos e professores. Penso que a percepção de valores éticos, de cidadania se constitui num processo contínuo, construído verdadeiramente por todos e tem que ser reiterado, "re-assumido" cotidianamente, especialmente num mundo que caminha de forma tão desigual como o nosso.

Entendo ser importante, neste momento, atentarmos para a asserção nº 35, que diz o seguinte: **"Para ser um bom médico, é imprescindível ser ético".**

Nessa asserção, a pontuação privilegiava a concordância plena, com 4 pontos. Observamos, durante o tratamento estatístico, que essa asserção obteve uma média de 3,67 pontos, ou seja, uma pontuação que está na zona de conforto, refletindo uma postura de quem entende ou está começando a entender a importância desse valor no ofício médico.

A mesma situação aconteceu com a asserção nº 42, que afirmava: **"No processo de formação médica a discussão sobre ética deve estar presente em todos os módulos."** Esta asserção teve 3,20 pontos, indicando uma concordância de que esse é um aspecto da formação de suma importância e estar presente no curso inteiro é uma proposta da Reforma Curricular, o que, ao compararmos com outros currículos médicos, se constitui numa inovação.

Por último, penso ser relevante observamos a asserção nº 22, que diz: **"A construção de valores éticos não é tarefa a ser desenvolvida na escola e, sim, na família".** Aqui registramos a concordância plena da maior parte dos respondentes que demonstra entender que a universidade pode e deve ser palco da construção da ética, valor evidentemente ligado ao núcleo familiar, mas, que deve encontrar eco na instituição de ensino, especialmente no momento de formação profissional.

Em contrapartida, observamos falas discordantes ou que denotam alguma incerteza quanto a esse tema; assim percebemos, com base em algumas delas, que a compreensão dos discentes com relação ao aspecto ético de sua formação é ainda, um processo em construção, como observamos na fala de S4:

> *"Alguns conteúdos dos módulos precisam ser reavaliados, como ética, saúde pública e IPC, pois têm uma densa carga horária mas parecem não passar nenhum "conhecimento novo"".*

Ou ainda, de forma "mais grave", como T26,

> *"Estão sendo cortadas matérias teóricas essenciais para a formação sólida de um bom médico. A humanização e a ética são importantes contanto que o técnico e o saber teórico – clínico não sejam deixados de lado. Eu preferiria levar meu filho a um médico que fosse bom tecnicamente e fizesse diagnóstico preciso, mesmo sendo "pouco ético" e " humano ", a levar meu filho a um médico super ético, porém que resvala em conceitos e princípios teóricos de medicina".*

Fica evidente que este aluno está convencido de que o saber técnico-clínico é o mais importante em sua formação; na medida que o conceito de ética, de cidadania é compreendido como uma postura de vida, como uma forma de lidar com as pessoas, não é possível entendê-las como características "parciais", permitindo a existência de médicos ou de pessoas "pouco éticas" ou "super éticas".

Construir esses conceitos passa a ser uma tarefa conjunta entre a família e a escola; essa construção, especialmente no mundo da saúde e, aqui, no âmbito da formação médica, é condição vital para a defesa, para a contribuição de outros valores, como acesso à saúde igual para todos, dignidade na assistência médica e o reconhecimento do direito cidadão à saúde.

Mas nós não podemos deixar de pensar que essas "certezas" quanto ao que é importante para o processo de formação médica não são certezas que nasceram "do nada"; a escola, inserida num modelo econômico capitalista, "vendeu" essa idéia que foi aceita como verdade por muitos de nós.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

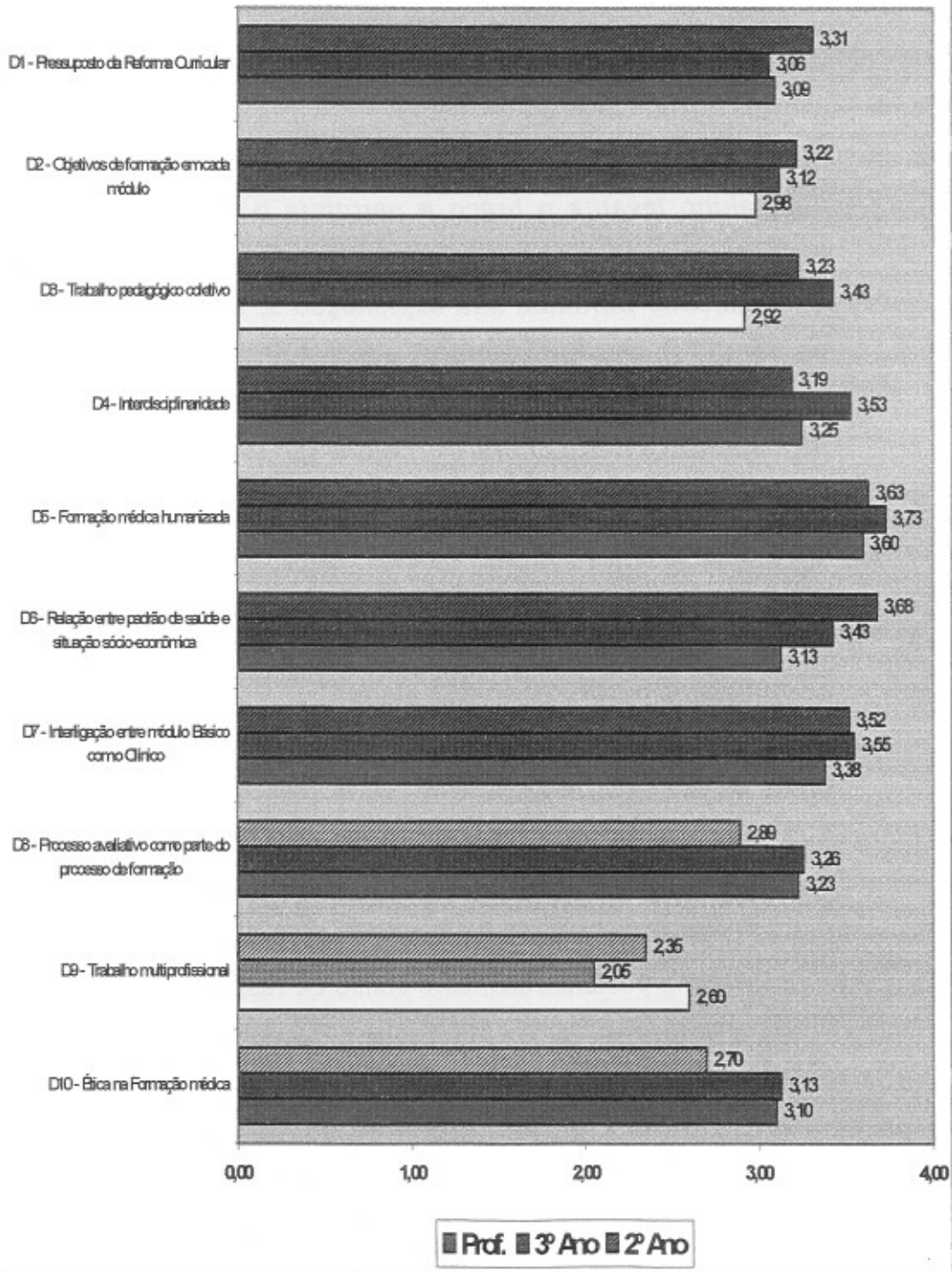
Quando um aluno entra numa das melhores escolas de medicina do país, é informado de que o currículo a ser ofertado é fruto de um "novo olhar" em relação ao processo de formação; sua insegurança e desejo de permanecer naquilo que era considerado "o certo", o "já aprovado", é imensa.

O novo passa a ser amedrontador e, evidentemente, transita por valores pessoais, que recém saíram de um processo de construção, que é a adolescência.

O Gráfico 3 – Perfil atitudinal por dimensão dos alunos do 2º e 3º anos e docentes da Faculdade de Ciências Médicas / Unicamp, 2003 à seguir, mostra-nos que as dimensões D1, D4, D5, D6 e D7 tiveram uma boa percepção por parte dos envolvidos, oscilando entre 3 a 4 pontos, o que identifica numa zona de conforto.

Percebemos, então, que estes apóiam e entendem como relevantes, respectivamente, aspectos como consonância dos objetivos estabelecidos nos módulos com os assumidos na Reforma Curricular, Interdisciplinaridade, formação médica humanizada, correlação entre padrão de saúde e nível socioeconômico e a interligação entre o curso básico e o profissionalizante.

Gráfico 3 – Perfil atitudinal, por dimensão, dos alunos do 2º e 3º anos e docentes da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, 2003.



As asserções relativas à Dimensão nº 1, a qual trata da observação da consonância dos pressupostos assumidos pela Reforma Curricular, foram as de nº 8, 23, 25, 29 e 47 e estas denotam uma compreensão positiva de todos os respondentes; entretanto nossa observação de campo mostrou que alguns docentes demonstram dificuldade ou divergência em relação à "operacionalização" desses pressupostos, como observamos, por exemplo, por um trecho do diário de campo, O - 38 [18]:

> ***"Um aluno levanta o braço e pergunta o que é Interferon? A Professora responde e não pergunta se ele entendeu nem ele se manifesta. Continua sua explanação e, num dado momento, pergunta "se eles entenderam" e a classe responde em tom alto "não". A professora continua sua explicação ignorando a fala dos alunos; estes continuam conversando e reclamando mais explicitamente sobre o tamanho das letras dos slides.***
>
> ***As explicações, após uma hora de aula, passam a ser mais confusas, com falas truncadas. Vários alunos se levantam e saem da classe. A aula mantém ritmo expositivo com pouquíssima participação dos alunos.***
>
> ***A professora volta a perguntar: "Alguma dúvida? E responde antes deles: "Não, né? ".***

Fica evidente perceber que, num processo de formação, existe uma distância entre o que é assumido no plano teórico e o que é viabilizado na prática.

Quando a Reforma Curricular defende os pressupostos de uma formação médica humanizada, numa postura ética, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (p. 11 do Projeto Pedagógico), evidentemente essas características são possíveis de serem desenvolvidas num processo de ensino-aprendizagem em que a "dúvida", a "construção conjunta entre educador e educando" estejam presentes, contribuindo para um cenário facilitador desse tipo de formação.

---

[18] Indicaremos as referências às observações executadas pela letra O seguida do número da observação.

Ao olharmos a observação acima apresentada, percebemos que esse docente não compactua ou não se sente em condições de estabelecer em sua aula uma discussão para a construção do conhecimento, para a parceria pedagógica, elemento fundamental numa educação mais pró-ativa e, portanto, estimuladora de posturas mais críticas, e "inquietas" do ponto de vista epistemológico.

Esse trecho da observação nos remete à discussão da Dimensão 2, que trata do estabelecimento dos objetivos de formação em cada módulo. Aqui estamos verificando como os atores envolvidos percebem esse movimento de construção de objetivos dentro de cada módulo, à luz dos pressupostos da Reforma. Observamos no Gráfico III que os docentes tiveram uma pontuação de 2,98 pontos, o que denota uma zona de alerta. A fala de P43 exemplifica essa dificuldade:

> ***"Durante o desenvolvimento do módulo os objetivos deveriam ser periodicamente retomados. O excessivo número de docentes no módulo torna mais difícil e fragmentado o processo de ensino-aprendizagem e seus objetivos". P43***

É importante perceber que o docente acima estabelece uma correlação em que a dificuldade de "manutenção dos objetivos" esbarra no número "excessivo de docentes", o que não nos parece ser uma relação plausível. Evidentemente que o trabalho coletivo executado num grande número de pessoas pode gerar uma dificuldade maior no que tange à identificação e compreensão das questões trabalhadas; porém fica claro, e a literatura corrobora nesse sentido, que um fator facilitador num trabalho coletivo é a legitimidade do que é construído. Nas entrevistas que realizamos com os Coordenadores da Reforma, fica evidente que, embora houvesse um esforço para chamar todos os envolvidos, a participação docente foi menor, resvalando no entendimento de uma alteração na lógica pedagógica a ser implantada, o que para alguns se constituiu num fator de distanciamento ou discordância.

Essas questões relativas às dimensões mais bem avaliadas aparecem também em falas dos docentes e discentes e pode depreender-se que, por serem

importantes, geram preocupação no sentido de permanecerem vivas nesse processo de formação. Observamos tal situação na fala de P 53, que diz:

> ***"A tendência dos módulos em perder gradativamente os objetivos iniciais precisa de estímulos para que sejam mantidos os objetivos da Reforma".***

Ou ainda na de T3, que deixa clara sua preocupação com alguns dos aspectos colocados acima. Diz ele:

> ***"Considero que a reforma é oriunda de uma idéia excelente: integrar, humanizar, aprofundar. Entretanto ela está apoiada sobre alicerces frágeis. É comum sofrermos com docentes e departamentos que não se esforçam para se adequar à nova realidade e acabam por prometer mudanças para as próximas turmas. E as "cobaias" da turma XXXIX?? Seremos eternamente prejudicados pelo despreparo e descaso alheios?"***

A Dimensão número 4 trata da interdisciplinaridade e observa uma avaliação positiva em todos os grupos. Entendi, nesse percurso, que a boa percepção apresentada sobre esse assunto está mais ligada ao "desejo" de construir esse tipo de trabalho pedagógico do que propriamente estar realizando-o. As inovações postas nesse processo de formação passam, evidentemente, por algumas áreas que, tradicionalmente, não têm se constituído prática pedagógica comum entre os docentes de maneira geral e com especial destaque na formação médica. Assim, trabalhar de forma interdisciplinar ou numa visão anterior, trabalhar de forma coletiva é, indiscutivelmente, um desafio, uma seara não muito povoada em nossa realidade acadêmica no que tange à saúde, como podemos perceber em alguns depoimentos;

> ***"Uma grande dificuldade da Reforma é convencer os docentes a trabalharem em conjunto com seus colegas de outros departamentos. A convivência de alunos do currículo novo com os do currículo tradicional gera muita insegurança nos alunos do currículo novo, que é aproveitada por docentes conservadores e imobilistas." P 20***

"Há ainda tremenda falta de infraestrutura; a integração entre as disciplinas poderia e deveria ser ainda maior. Deveria ter uma maior integração do conteúdo dos módulos entre os diferentes anos... A poderosa burocracia é "o" obstáculo para a realização da mudança curricular." P28

Sentimentos como medo, insegurança, resistência se manifestam com muita freqüência nos atores envolvidos num processo que pretenda ser inovador.

Apple (1983, p. 152) ao falar do currículo como algo "apresentado" ao professor e não construído por ele, mostra-nos que os sentimentos acima citados podem ser maximizados numa perspectiva de pouca interação. Diz ele:

> O incremento do emprego de sistemas curriculares pré-empacotados como formatos básicos para desenvolver o currículo resulta virtualmente em que a interação entre professores não seja necessária. Se qualquer coisa é racionalizada e especificada antes da sua execução, então o contato entre professores sobre os problemas práticos do currículo se minimiza.

As dificuldades apontadas pelos docentes evidentemente têm eco em seus alunos que, de alguma forma, sentem-se inseguros frente a uma formação que se coloca como inovadora, em um curso que tem uma tradição, um nome no cenário nacional.

A fala de T 19 reflete de forma clara o exposto:

"Há uma repressão por parte de alguns alunos veteranos ou docentes que, por discordarem da reforma curricular, imprimem uma visão de má formação médica nos alunos que vivenciam a reforma, fazendo com que muitos alunos, às vezes, sintam-se "tentados" a voltar ao currículo antigo.

Assuntos como ética, ciências sociais aplicadas à saúde, etc., às vezes são percebidos como "não fundamentais" à formação, por "extrairem o tempo" de outras disciplinas mais importantes que são "as disciplinas médicas"".

Numa reforma curricular ou em qualquer inovação, é fundamental que os atores envolvidos possam debruçar-se sobre os problemas, sobre as dificuldades enfrentadas, porque somente dessa forma, ou melhor, somente numa perspectiva coletiva, o processo de mudança, a inovação pretendida, poderá criar suas raízes, suas peculiaridades e, portanto, refletir-se como algo legítimo para todos.

Mas, para isso acontecer, há que se pesquisar, aqui entendido como uma característica inerente ao ofício de um educador. É claro que o entendimento do ato de pesquisar está circunscrito à compreensão do "inacabamento" que devemos ter em nossa existência humana, como alavanca de um processo contínuo de aprendizagem ou de percepção daquilo que, no campo profissional que é o palco de nossa discussão, possa ser aprimorado ou até revisto.

Freire (1998, p. 32) nos esclarece quanto a essa idéia, dizendo:

> Fala-se hoje, com insistência, no professor pesquisador. No meu entender o que há de pesquisador no professor não é uma qualidade ou uma forma de ser ou de atuar que se acrescente à de ensinar. Faz parte da natureza da prática docente a indagação, a busca, a pesquisa. O de que se precisa é que, em sua formação permanente, o professor se perceba e se assuma, porque professor, como pesquisador.

Nas entrevistas que realizei com os quatro coordenadores da Reforma Curricular, percebi que o aspecto relacionado à formação pedagógica dos docentes é vista como uma área que demanda uma atenção maior. Vários deles colocaram que entendem que esse movimento de se constituir um profissional competente para um educador igualmente competente requer estudo, requer uma preparação para outros saberes, como percebemos na fala do coordenador C2;

> ***"Eu também acho que toda essa dificuldade que nós encontramos poderia ter sido minimizada se nos tivéssemos um núcleo de apoio pedagógico na área de educação. Eu digo isso porque a história da universidade é de contratação de médicos, bons médicos, e que foram contratados para ministrarem aulas como docentes*** **e que, é lógico, não se trata simplesmente de passar a experiência clínica, do tipo é "assim que eu faço e é assim que tem que ser".**

Ou ainda na fala de C3:

> **"Por exemplo, os bons residentes eram contratados como docentes, e não necessariamente um bom residente será um bom professor, *e nós, nesse período todo, nunca tivemos um amparo, uma orientação, no nível de fundamentos pedagógicos, a não ser nas disciplinas como didática e pedagogia na pós-graduação, que não traziam nada, para mim não contribuíram de forma alguma, não era por aí. Então eu aprendi no nível médio que depois de dar um determinado conteúdo, eu fazia uma prova, então na medicina vai ser assim também; eu dou três semanas de matéria, ele vai ter que aprender tudo, eu vou perguntar tudo na prova.***
>
> ***.... Porém com a parte pedagógica isso não aconteceu, porque a gente encontra resistência até nos docentes, como eu falei para você, o docente diz: "é assim que eu sei dar aula e ponto", "nós estamos indo muito bem, estamos tirando A no provão", e nós sabemos que A no provão é 50% da prova, ou seja, você nivela por baixo. Então eu acho que falta este núcleo e seria muito bom que ele existisse agora porque teremos um embate maior agora no curso clínico em que a resistência, com certeza, será muito maior".***

Evidentemente, as falas acima apresentadas demonstram a inquietação que as avaliações institucionais e outros parâmetros de juízo externos ao processo acarretam num processo de inovação no âmbito do ensino/aprendizagem.

No caso da FCM/UNICAMP, as diretrizes curriculares colocadas pelo Ministério da Educação sinalizam, evidentemente, uma direção, uma possibilidade de formação médica; os trabalhos desenvolvidos pela CINAEM, também contribuem nessa perspectiva. Entretanto, uma indagação me acompanha neste trajeto como pesquisadora: Ao mudarmos um currículo, ou seja, um conjunto de saberes assumidos como relevantes por uma instituição e seus participantes,

estamos mudando, ou chamando a mudar, as pessoas que vivenciam esse processo, como professores, alunos e a própria instituição em seus níveis diretivos.

Dessa forma, esse processo deveria ter "princípios gerais", grandes diretrizes, viabilizados por uma dinâmica cujos os processos de superação das contradições deveriam se caracterizar pela especificidade, pelo sentimento de "unicidade" que cada "fazer pedagógico", que cada ator envolvido deveria ter.

Gramsci (1987, p. 12), ao falar da consciência coletiva, reportava-se ao que chamava de unificação da multiplicidade. Dizia ele,

> Uma consciência coletiva, um organismo vivo só se forma depois que a multiplicidade unificou-se através do atrito dos indivíduos; não se pode dizer que o "silêncio" não é multiplicidade. Uma orquestra que ensaia, cada instrumento por sua conta, dá a impressão da mais horrível cacofonia; porém, estes ensaios são uma condição para que a orquestra viva como um "instrumento" só.

Um processo inovador passa por uma trajetória semelhante; a confluência das idéias, o "entendimento" e, mais que isso, a "crença" no processo; são questões que demandam tempo, parceria, cumplicidade de todos as pessoas envolvidas.

Durante minha pesquisa, observei que esse "modus operandi" estava mais presente em alguns pressupostos da Reforma Curricular, entre eles, por exemplo, no da interligação entre os módulos básico e clínico. Ao observamos o gráfico III, notamos que esta percepção (integração básico-clínico), que é a dimensão número 7, é mais forte entre os alunos do 3º ano, que se constituirão na 1ª turma formada dentro do modelo novo, seguidos dos colegas do 2º ano e docentes.

Vale relembrar que essa questão da integração básico-clínica era uma falha apontada de forma muito forte entre os alunos nas primeiras discussões sobre a Reforma; algumas falas nos mostram essa percepção:

> ***"A Reforma Curricular é uma idéia maravilhosa e de grande potencial, mas acredito que <u>todos</u> devam estar cientes dos***

objetivos que ela propõe, desde docente, comissão de ensino, quanto os alunos".

A Reforma não deve ser apenas acadêmica, isto é, no curso de graduação, mas deve ser estendida também para as residências médicas, para uma mudança de mentalidade daqueles que fazem parte da FCM/UNICAMP. Nosso conhecimento tem que ser assim: integrado, mais amplo, com sentido de utilidade e, sobretudo com muita ética; a FCM/UNICAMP é nossa casa!" T21.

" O meu discurso foi determinado pela minha passagem como integrante da primeira turma da Reforma; eu acredito que daqui a uns 6 anos, todas as falhas que sofremos não serão mais observadas; nós, "primogênitos", sofremos mais, entretanto, será uma dádiva para os que usufruirão da Reforma quando ela estiver pronta, porque serão médicos melhores, mais integrados, com maior capacidade de resolução." T23

"Eu sou muito otimista em relação à Reforma Curricular e acho que, apesar de vários problemas, ela está dando certo e contribuirá para uma ótima formação médica humanista e integrada." T33

Numa de minhas observações, participei de uma reunião em que alguns docentes organizavam um módulo a ser implantado no ano seguinte.

Os docentes se constituíam em médicos, na sua maioria, e alguns biólogos; havia a participação da gestora de um dos módulos já implantado no 2º ano, como convidada, com a finalidade de contribuir no processo de integração básico – clínica e também na construção dos objetivos e conteúdos a serem definidos. Entendo que o trecho da observação aqui apresentada demonstra a percepção dos envolvidos de que **integrar** significa trabalhar **de forma coletiva** para que, dessa forma, seja possível pensar num trabalho pedagógico com característica interdisciplinar. Assim, parece-me que, em alguns módulos, essa dinâmica leva a um movimento que defino aqui como uma justaposição, ou seja,

uma aproximação de objetivos que evidencia um entrosamento maior e qualitativamente melhor, condição facilitadora para a interdisciplinaridade.

Uma das docentes diz à gestora do módulo já implantado:

> ***"Acho muito bom você estar aqui porque nós somos a continuação do seu módulo e desse jeito o risco de repetirmos conteúdo, definindo "mal" nossos objetivos é menor, vocês não acham?".***

Outro professor concorda dizendo:

> ***"Eu tenho certeza de que a gente vai acertar mais do que errar; no nosso tempo, as coisas não tinham muita ligação, não tinham sentido, vocês lembram?".*** As pessoas concordam com gestos de cabeça e com expressões faciais de afirmação. Eles comentam que ***"estudar naquele tempo"*** **era uma coisa como um** ***quebra-cabeças***; ***levava a maior parte do tempo pra juntar, e depois mais tempo ainda para entender, o que nem sempre era conseguido."***

Entendo, como uma profissional de saúde formada nessa perspectiva dicotomizada entre os saberes "básicos" dos saberes "clínicos", que o trabalho pedagógico que integre esses dois campos é de fundamental importância, potencializando uma construção de conhecimento mais densa e qualitativamente superior. Dificilmente essa realidade não é consenso entre os docentes envolvidos com a área da saúde; porém, como fazer esse trabalho, como trabalhar nessa perspectiva pedagógica é ainda grande problema e que, como temos percebido nesta pesquisa, demanda esforços de sensibilização, de crença de todos os envolvidos, num novo desenho curricular e condições pedagógicas para a sua realização .

A dimensão número 5 trata da humanização da formação médica e nesse sentido pude constatar que há uma preocupação dos docentes em reforçar a postura humanizada que um profissional médico deve ter. Essa questão passa pelo raciocínio inverso da dimensão anterior, que tratava da integração de dois grandes blocos de saberes, o básico e o clínico.

Historicamente, a percepção de que a assistência à saúde só pode ser viável de for detentora de uma perspectiva humanizada é, há pelos menos 25 anos, um ponto de convergência na discussão do trabalho em saúde.

Há uma compreensão de que problemas orgânicos podem ser equacionados de uma forma mais efetiva na medida que aspectos como acolhimento, uma postura de mais proximidade, mais humanizada, são percebidos pelo cliente.

Os docentes da FCM/UNICAMP são, do ponto de vista de faixa etária, na sua grande maioria, profissionais que viveram essa discussão mais intensamente e, portanto, têm maior legitimidade na defesa dessa idéia.

O embate no final da década de 80 com a criação do SUS já se constituiu num momento cujos aspectos de compreensão do processo de saúde/doença valorizavam, de forma inequívoca, uma assistência à saúde mais humanizada e, portanto, mais receptiva para o entendimento dos condicionantes socioeconômicos que só podem ser postos pelo cliente, se este se sentir acolhido, percebido em todas as suas dificuldades.

Na aula ocorrida em 06/05/2002, por meio da observação número 1 – **O1**, essa postura fica muito nítida e pudemos perceber, em todo o transcorrer da atividade, o chamamento para a valorização desse comportamento como uma "marca" de fundamental importância no ofício de medicina:

> ***"O professor passa, então, a discorrer sobre as fases da compreensão do corpo humano, passando do morfológico até o molecular dos dias de hoje. Lê outro poema e pergunta se alguém conhece e vários alunos dizem que sim; os alunos comentam , o ruído aumenta por pouco tempo e o professor começa a perguntar o que vem à mente deles ao dissecar uma pessoa, ou a vê-la em "camadas"; os alunos respondem que a pele é um "invólucro" e embaixo está a "essência".***
>
> ***O Professor pergunta qual é a essência. E os alunos respondem que "é o coração!!!"***

Nesse momento o professor está no fundo da classe e alguns alunos olhando para frente, para um poema projetado na parede; outros olhando para trás e para ele; O professor anda pela classe até chegar à frente e fala em tom solene:

"Acho que vocês entenderam tudo: é a essência que deve guiar um médico, é a essência sempre, e a essência, meus queridos, é o respeito, é a dignidade que todo ser humano deve ter!"

Entendo ser relevante compartilhar as expressões faciais dos alunos durante essa observação. Na medida que o professor lia os versos de Drumonnd, as expressões dos alunos oscilavam com se estivessem, "agradavelmente surpresos", "reflexivos"; alguns, "pensativos", como se estivessem se dando conta da complexidade envolvida no "cuidar" de pessoas, mas a grande maioria (e aí a questão quantitativa é importante de ser apontada; o número de alunos nessa aula era de 110, o que confere um grau de dificuldade maior no trabalho pedagógico), postava-se como entendedor de que a dignidade, a percepção da essência é um dos elementos fundamentais para uma formação médica de qualidade.

No sentido de entender o ato pedagógico como essencialmente ético, remeto-me a Freire (1988, p. 36-37), que diz: "ensinar exige estética e ética",

> Só somos porque estamos sendo. Estar sendo é a condição, entre nós, para ser. Não é possível pensar os seres humanos longe, sequer, da ética, quanto mais fora dela. Estar longe ou pior, fora da ética, entre nós, mulheres e homens, é uma transgressão. É por isso que transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador.

Trazendo para o objeto deste estudo às palavras de Freire, entendo a postura dos docentes envolvidos nessas disciplinas e penso que podemos estender à maior parte dos docentes da FCM/UNICAMP, que transita por um caminho que enseja a ética e a humanização do cuidar. Mais do que objetivos bem definidos no que diz respeito a essas duas características, acompanhei um trabalho que tinha no fazer, na maneira de se colocar frente à situação de assistência, um olhar humanizado e ético para com as pessoas; a corporificação

do exemplo, sabemos, é um "recurso didático" da melhor qualidade e muita eficácia.

A dimensão número 6 trata da relação entre padrão de saúde e situação socioeconômica; as disciplinas introdutórias relacionadas a esse aspecto são as MD 142 e MD 242, denominadas Ações de Saúde Pública I e II. Em suas ementas, definem que:

Com *um trabalho didático pedagógico, centrado na perspectiva da produção do conhecimento de modo construtivista, que opera com vivência, problematização, teorização, pretendem propiciar um trabalho dos alunos tutorados por docentes, num território de saúde na cidade de Campinas, que visa à construção de conhecimentos e habilidades para um graduando de 1º ano de medicina, sobre:*

- o mundo das necessidades de saúde e sua expressão como problemas de saúde;
- os territórios de saúde no município;
- as práticas de saúde na rede municipal de serviços;
- as possibilidades de intervenções tecnológicas nos diferentes níveis de atenção;
- o trabalho multiprofissional e multidisciplinar em saúde.

Como podemos perceber, os conteúdos apresentados estão muito bem selecionados, representando um conjunto de saberes fundamentais para uma primeira aproximação com a realidade socioeconômica da população de nossa cidade.

A observação ocorrida no dia 22/08/2002 evidencia a vivência nessa perspectiva;

> ***"O professor volta a fazer questionamento com relação aos problemas sociais observados e suas feições vão ficando menos tensas, dando lugar a uma postura mais descontraída. Um aluno mantém-se distante e o professor demonstra não incomodar-se com a situação. O professor passa, então, a perguntar para um aluno como foi a sua visita. Ele vai dizendo***

que a fez em parceria com o seu colega ao lado (o que estava distante). Ambos começam a discorrer sobre impressões de forma calma e contam ao professor o que imaginaram ser possível de ser executado; o professor concorda com todas as propostas e os alunos demonstram satisfação. O professor encerra a atividade dizendo aos alunos que é muito importante que "cada dia" seja vivido em toda a sua complexidade, porque "cuidar das pessoas é um processo continuo, criativo e de parceria". Os alunos sorriem.

Entendo que o relato de um trecho da observação da aula de 16/08/02 contribui neste ponto:

" O professor retoma a aula e pede aos alunos que leiam o caso clinico que consta no roteiro de aula. O professor chama a atenção para as anotações dos casos e explica que são reais e que foram transcritos exatamente daquela forma. Fala então que são "falhas de doutores" que não colheram os dados de forma correta e discute a importância disso. Fala que essas informações traduzem uma realidade social, sendo, portanto, uma "ferramenta" expressiva no tratamento médico. O professor diz: "a medicina é mais que técnica, é uma ciência que mexe com o social".

Numa reforma curricular ou em qualquer inovação, é fundamental que os atores envolvidos possam debruçar-se sobre os problemas, sobre as dificuldades enfrentadas, porque, somente dessa forma, ou melhor, somente numa perspectiva coletiva, o processo de mudança, a inovação pretendida, poderá criar suas raízes, suas peculiaridades e, portanto, refletir-se como algo legítimo para todos.

Quando estamos falando de um processo de formação, entendo que o "tempo", "a maturidade" dos envolvidos são diferentes e, especialmente falando de discentes e docentes, essa questão torna-se mais determinante.

Penso que, quando um aluno defende de forma tão enfática o "espaço" que o conhecimento técnico - clínico deva ter na sua formação, ele o faz porque está

convencido quanto ao paradigma "boa formação igual a conhecimento técnico/clínico." Nesse momento, a dimensão ética, humanizada, ou uma visão mais ampla dos condicionantes socioeconômicos evidentemente não aparecem com a mesma força, porque não foram construídas, envolvem uma mudança de paradigma no que diz respeito ao que é relevante numa formação médica.

Porém esse aluno construiu sua certeza na própria escola, pelo senso comum de que o bom profissional é "o que sabe tudo", não é "o bonzinho, de boas atitudes", entendendo que ética e uma postura humanizada não são em hipótese alguma sinônimo das duas características acima citadas.

Assim, quando uma Reforma Curricular pretende apostar numa construção de conhecimento que entende ser "indispensável" ao seu aluno entre outras coisas, "uma postura ética frente ao seu paciente e à comunidade" (projeto pedagógico, p.17), está se falando de uma inovação no campo paradigmático, ou seja, em que pese à "obviedade" de uma postura ética, está aqui se afirmando que ética é uma característica tão importante quanto o conhecimento técnico; portanto estamos falando **do que é inovado** e me parece que **como,** está sendo construída essa inovação pode ou não determinar o seu sucesso.

Ao afirmar isso, gostaria de retomar a discussão da formação dos professores; parece-me que o domínio de saberes relativos à educação é cada vez mais uma condição necessária para um processo de ensino/aprendizagem mais assertivo, detentor de densidade em sua construção.

Digo isso porque, quando penso em minha trajetória docente, vejo que, muitas vezes, o fato de conhecer profundamente um determinado assunto no âmbito da saúde, não me permitiu "construí-lo" com meus alunos de uma maneira mais fácil ou com melhores resultados.

Ou seja, o fato de ser conhecedora de um certo saber, não se constituiu numa condição suficiente para permitir que meus discentes pudessem também ser conhecedores desse mesmo saber. O que vai definir um processo de ensino/aprendizagem de melhor qualidade é a soma de várias questões, como a compreensão e a adoção de uma concepção de educação ampla, crítica, o estabelecimento de uma postura de construção de conhecimento de parceria

efetiva, um bom conhecimento técnico sobre o assunto aliado a um bom conhecimento pedagógico-didático, entre outros aspectos.

Quando um médico, uma enfermeira, um engenheiro passa a exercer o ofício de "educador de medicina", "de enfermagem" ou "de engenharia", é fundamental que, além dos conhecimentos técnicos da profissão, ele se aperceba das necessidades das ferramentas de trabalho para, efetivamente, se tornar um educador de fato.

Meu conhecimento como enfermeira, há 23 anos, foi, evidentemente, importante na construção do meu trabalho pedagógico, mas tenho clareza de que meu conhecimento ou minha preocupação com minha formação "no mundo da educação" se constituiu na possibilidade do acerto em estimular meus alunos quanto à necessidade de considerar alguns aspectos como, por exemplo, a ética, a capacidade de visão da inserção socioeconômica como elementos sustentadores de uma assistência à saúde mais digna e cidadã.

O fazer, o cuidar de pessoas todos esses anos evidentemente foi se constituindo num pano de fundo, numa coleção de experiências que foram assinalando acertos, que foram constituindo caminhos; porém, quando eu passei a debruçar-me em como se partilha isso, como que se constrói esse conhecimento, essas experiências com os alunos, eu passei a entender que o ofício de enfermeira não era suficiente para esse tipo de trabalho; eram necessários outros saberes que, aliados ao primeiro, me capacitavam a ser uma educadora de saúde.

Em todo o caminho de minha pesquisa, constatei esse sentimento, esse olhar nas das falas dos coordenadores, de vários professores e de inúmeros alunos.

Quando tratamos de uma inovação no âmbito curricular, uma questão tão importante quanto entender "o que inovar" é entender "como fazê-lo"; é absolutamente óbvio que um médico deva ser ético em seu ofício, mas há que se perguntar: "como se constrói" esse conhecimento? "como se ensina humanidade" , como se ensina generosidade, dignidade para esses futuros médicos?

"Como se trabalha junto, de forma coletiva?" E se assim o conseguimos, "como se faz interdisciplinaridade?"; "como se avalia, e em que medida a

avaliação é fomento para o próprio processo de formação?"; ou seja, várias questões de um "saber em educação" estão postos e entendidos como pressupostos epistemológicos na perspectiva de sucesso de uma inovação pedagógica. Porém a assunção dessas inquietações não se constitui uma prática comum entre nós, membros da academia.

Penso em Freire (1998, p. 27) e em seu livro "Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa", de forma simples e brilhante este educador fala que ensinar exige reflexão crítica sobre a prática,

> A prática docente crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. O saber que a prática docente espontânea ou quase espontânea, "desarmada", indiscutivelmente produz é um saber ingênuo, um saber de experiência feito, a que falta a rigorosidade metódica que caracteriza a curiosidade epistemológica do sujeito. Este não é o saber que a rigorosidade do pensar certo procura. Por isso, é fundamental que, na prática da formação docente, o aprendiz de educador assuma que o indispensável pensar certo não é o presente dos deuses nem se acha nos guias de professores iluminados intelectuais escrevem desde o centro do poder, mas, pelo contrário, o pensar certo que supera o ingênuo tem ser produzido pelo próprio aprendiz em comunhão com o professor formador.

Assim, entendo que, ao exercitarmos a possibilidade de nos vermos "inacabados" ou constantemente em movimento no processo de construção do conhecimento, podemos constituir uma postura mais sensível às reflexões inovadoras dentro do trabalho pedagógico.

Santos (1987, p. 48) nos fala sobre essa idéia, dizendo:

> O Conhecimento pós-moderno é um conhecimento sobre as condições de possibilidade incentivado a emigrar para outros lugares cognitivos e postos sobre as condições de possibilidade da ação humana projetada no mundo a partir de um espaço – tempo local.

Assim, podemos depreender que esse conhecimento nunca é absoluto e contém a idéia de movimento, além de ser entendido como uma "teia" que se relaciona e se ramifica.

Nessa perspectiva, o conhecimento é localizado historicamente em sua produção, o que nos remete ao conceito de provisoriedade e relatividade. Para isso, temos que abraçar a compreensão de que o homem é um sujeito histórico e que toda a sua produção é pautada na referência dessa concepção, o que nos leva a acreditar que o conhecimento não é produzido ao acaso e, sim, a partir das necessidades e contradições humanas e sociais.

Evidentemente que se trabalharmos nessa perspectiva de construção do conhecimento, temos que estabelecer uma visão de avaliação desse processo compatível com ela.

Como observamos no Gráfico 3, a dimensão número 8 trata da avaliação como parte do processo formativo em medicina. Como percebemos, essa dimensão encontra-se numa zona de alerta entre os alunos do 2º ano, com 2,89 pontos, ficando numa situação mais confortável com os alunos do 3º ano e professores.

Entretanto, no nosso processo de observação , nas falas dos coordenadores e no espaço aberto dos instrumentos de percepção, sentimos que esse campo requer maior atenção por parte de todos os envolvidos, no sentido de refletir uma prática mais consoante com as inovações desejadas nesse modelo de formação.

Assim, nas entrevistas com os coordenadores, percebemos o quanto esse aspecto se constitui numa área fragilizada, como, por exemplo, na fala de C4:

> ***A única coisa que eu faria diferente era ter instituído um núcleo de avaliação mais forte inicialmente, porque eu acho que é um ponto falho em nosso currículo, porque a avaliação poderia estar sendo feita em cada módulo de forma mais integrada e para isso seria necessária a orientação desse núcleo. Esse núcleo não existe, tentou-se formar, mas não foi possível, fizemos um seminário de avaliação muito interessante, porém sem continuidade; nesse ano os alunos fizeram muitas críticas a um determinado módulo e a gestora se sentiu agredida, mas eu acho que foi bom, porque, de alguma forma, levou a uma discussão.***

Ou ainda na fala de C1:

> *O que eu faria muito diferente é a questão da avaliação – eu começaria com instrumentos de avaliação definidos, criteriosos, para ir acompanhando o processo. Se a gente errou sério em alguma coisa, foi na questão da avaliação; todos nós temos clareza do quão difícil é avaliar e como nossa "memória" nesse sentido é marcada por um sentimento de exclusão, de medo; enfim, de falta de participação. Embora soubéssemos disso, não mexemos nessa questão ou, se mexemos, sabemos que foi pouco, que esse problema existe e é sério. Eu ouço muito os alunos dizerem que o conteúdo até está mais integrado, que a linguagem está mais sintonizada, mas, na hora da prova, as questões de anatomia não têm nada a ver com as de fisiologia e assim por diante. Veja, os alunos estão dizendo isso, então é porque isso acontece e nós, docentes, vamos fazer o quê? Isso gera um sentimento de desconfiança que se eu estivesse no lugar deles, também sentiria. Mas acho que a avaliação também deveria ser introduzida no âmbito da instituição, da Reforma como um processo; dessa forma, teríamos elementos para avaliar nossos acertos, nossos erros.*

E também na de C3:

> *Acho que um dos princípios seria a informação - fazer com que a informação chegasse mais prontamente, da forma mais clara possível ao corpo docente. Para que houvesse maior integração e também com relação aos alunos, principalmente no tocante à avaliação, que é um dos pontos que, no momento, a gente ainda tem muito a trabalhar. A gente sente falta de um processo de avaliação que seja mais eficaz; e também envolver, talvez mais, discutir de forma mais detalhada em cada área e tentar envolver o máximo possível.*

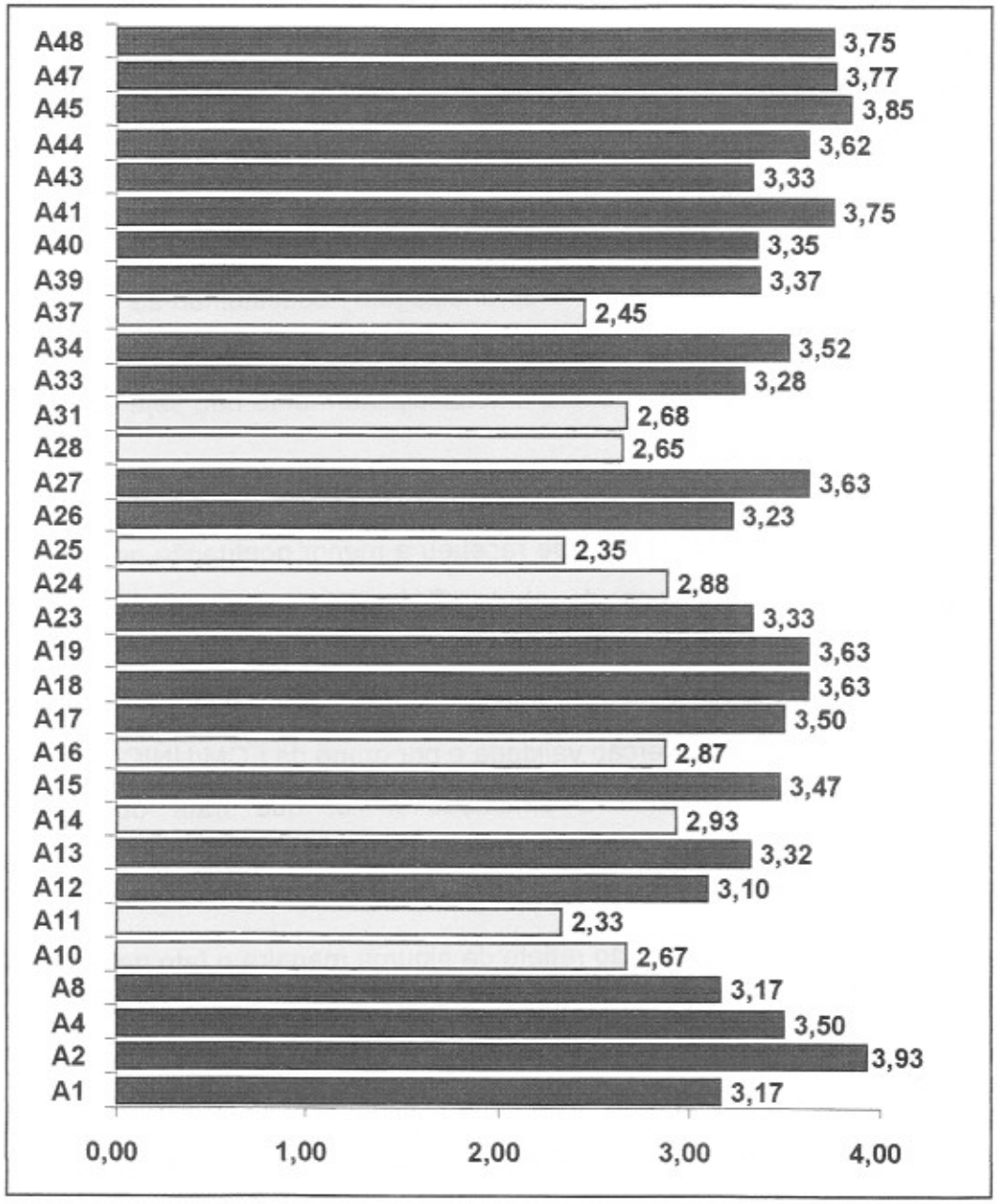
O Gráfico 4 nos mostra a pontuação média geral por asserção validada dos respondentes da FCM/UNICAMP. Apresenta todas as asserções validadas, que compuseram as dez dimensões de análise estabelecidas neste trabalho.

É importante perceber que tivemos nove asserções em zona de alerta, distribuídas da seguinte forma:

- Asserção nº 10 - D4 - **Interdisciplinaridade**;
- Asserção nº 11 - D9 - **Trabalho multiprofissional**;
- Asserções nºs 14 e 24 - D8 - **Processo avaliativo como parte do processo de formação**
- Asserção nº 16 - D2 - **Objetivos de formação em cada módulo**
- Asserção nº 25 - D1 - **Pressupostos da Reforma Curricular**
- Asserção nº 28 - D3 - **Trabalho pedagógico coletivo**
- Asserção nº 31 - D7 - **Interligação entre o módulo básico com o clínico**
- Asserção nº 37 - D10 - **Ética na formação médica.**

Passarei à análise de cada uma separadamente e, a seguir, observaremos as médias por grupo de respondentes.

GRÁFICO 4 – PONTUAÇÃO MÉDIA GERAL POR ASSERÇÃO VALIDADA DOS RESPONDENTES DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/ 2003



A asserção 10 **Interdisciplinaridade é uma forma de trabalho pedagógico que prevê que todos os envolvidos conheçam o conteúdo de todas as disciplinas desenvolvidas** está relacionada à dimensão nº 4 – Interdisciplinaridade, recebendo 2,67 pontos na média geral; menos pontuada entre os alunos do 2º ano, 2,45 pontos seguida dos docentes, com 2,60 pontos. Como discutimos anteriormente, essa dimensão foi a quarta mais bem avaliada por todos os respondentes e parece-nos que está mais ligada ao entendimento de que esse tipo de trabalho pedagógico se constitui, numa possibilidade enriquecedora e ampla dentro do processo de ensino/aprendizagem, constituindo-se mais num "desejo", embora nas falas e nas observações que fiz, nas reuniões preparatórias de novos módulos, a forma de trabalhar interdisciplinarmente não seja um campo tranqüilo para os docentes.

A asserção 11 **Um diagnóstico médico depende de diagnósticos de vários especialistas da área da saúde** recebeu a menor pontuação geral média, 2,33, dentro, portanto, da zona de alerta. É importante ressaltar que tanto docentes como alunos tiveram pontuação baixa, particularmente os alunos do 3º ano cuja pontuação média foi de 2,05 pontos conforme nos mostra o Gráfico 4 – Pontuação média geral por asserção validada e por grupo da FCM/UNICAMP.

Essa asserção pertence à dimensão nº 9, que trata do trabalho multiprofissional, sendo a mais mal avaliada entre todas as dimensões, com 2,33 pontos.

Entendo que essa asserção reflete de alguma maneira o fato de a maioria dos docentes ter sido formada numa matriz cujo estímulo ao trabalho multiprofissional não era um aspecto de grande relevância, cujos saberes de saúde eram dicotomizados e a grande referência era o saber e a intervenção médica. É muito difícil, no nosso trabalho docente, formar pessoas numa perspectiva que nós, como alunos ou profissionais, não vivemos. Fica uma possibilidade circunscrita ao "livro", ao que "hoje tem que ser ensinado", porém sem a vivência do processo.

Com relação à asserção 25, que diz: **A reforma curricular da FCM/ UNICAMP não tem objetivos bem conhecidos pelo corpo docente** tivemos a

pontuação geral média de 2,35, que também se encontra dentro da zona de alerta, sendo importante ressaltar que ela foi mal pontuada entre docentes e alunos, especialmente os alunos do 3º ano, com a pontuação de 2,05. Essa percepção aparece em várias falas já apresentadas neste trabalho, o que nos leva a pensar que a construção desses objetivos talvez devesse ser "revisitada" por todos os envolvidos, no sentido de poder retratar de forma mais fidedigna o desejo de docentes, discentes, direção e da própria instituição.

Quanto à asserção 37, que diz: **A competência técnica não está relacionada à competência ética,** observamos que a pontuação geral média foi de 2,45, também ficando na zona de alerta, sendo que a má pontuação se deveu exclusivamente ao posicionamento dos discentes; em particular, dos alunos do 2º ano, com média geral de 1,85, estando, então, na zona crítica, o que requer, evidentemente, ações de correção urgentes. A fala de S2 confirma essa situação. Diz ela:

> ***O excessivo desenvolvimento humano do aluno causa tédio nos que têm personalidade mais técnica e essa diferença deveria ser respeitada.***

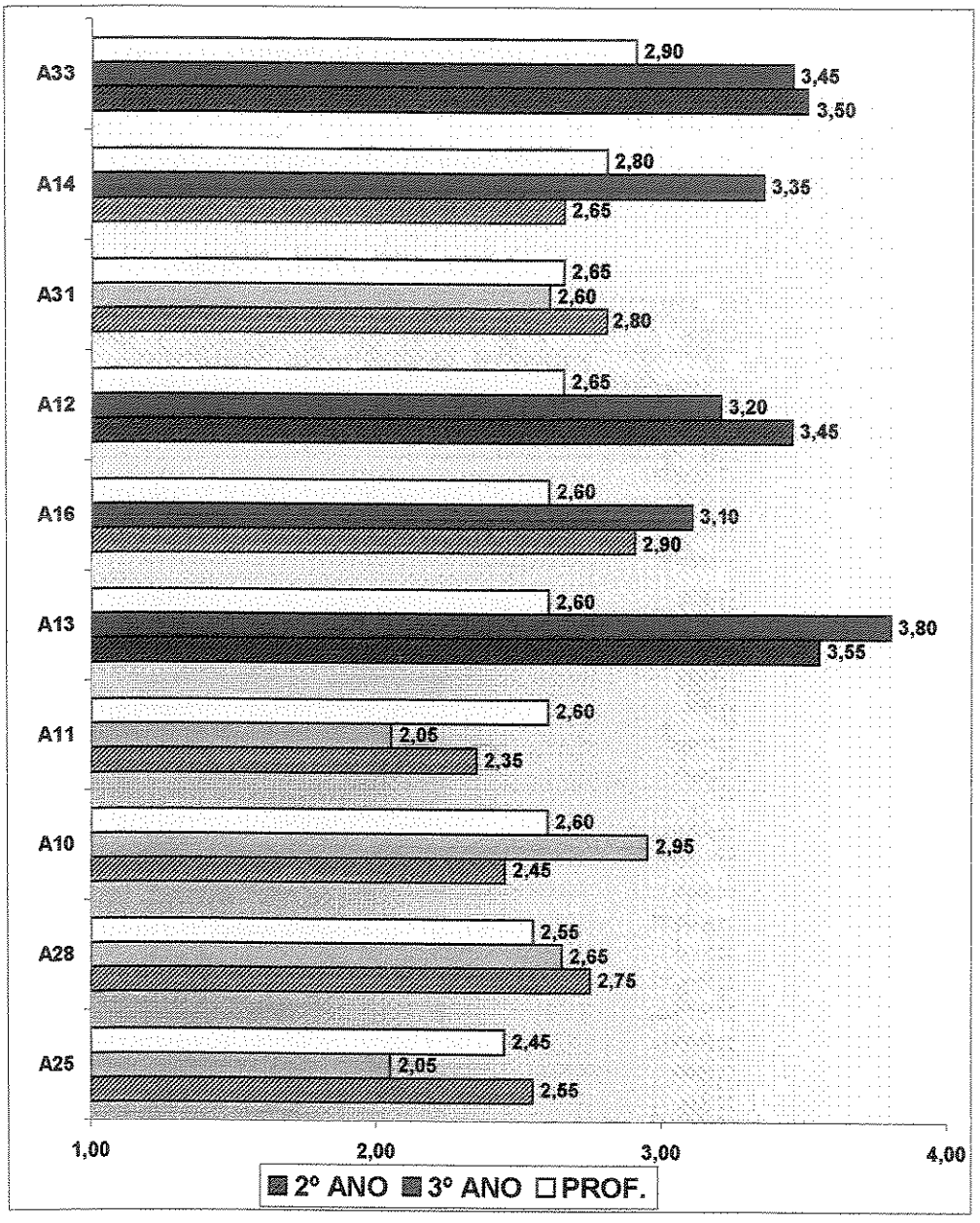
Podemos depreender que os resultados encontrados na dimensão 10 – Ética na formação médica, corroboram a percepção de que a mudança curricular carrega um sentimento muito forte de uma "possível" perda de "competência" técnica, como já discutido anteriormente, e nesse sentido percebemos que o modelo tecnicista é visto ainda pelos atores envolvidos como um "porto seguro", o que é perfeitamente compreensível, dado que esse caminho nós já percorremos e, portanto, conhecemo-lo nos seus acertos e nas suas falhas.

A seguir, apresentaremos o Gráfico 5 – Pontuação média geral por asserção validada e por grupo de respondentes na FCM em 2003, dividido em três gráficos, para melhor visualização. Gostaria de explicitar que o critério de ordenação se deu considerando a média do grupo dos docentes numa ordem decrescente.

Entendo que esse gráfico abarca mais do que as asserções validadas; ele revela o eco da Reforma por seus atores, traduzindo o movimento de compreensão e adesão de todos os envolvidos nesse processo.

No Gráfico 5a, podemos observar que na asserção nº 33, que diz: **O trabalho pedagógico de estabelecer objetivos de aprendizagem é mais facilmente alcançado no formato de módulos em vez de disciplinas,** os docentes demonstraram sua dificuldade de concordância, o que é bastante compreensível, já que o trabalho pedagógico, nesse modelo, prevê uma abordagem interdisciplinar, o que não configura uma forma de trabalho usual entre os professores. Já os alunos do segundo e terceiro ano entendem essa forma de construção de conhecimento como produtiva que, evidentemente, propicia uma possibilidade de troca maior, com um potencial qualitativo maior. Esse mesmo enfoque é percebido na asserção nº 16, que diz: **A junção de várias disciplinas em um módulo levou mais facilmente à determinação de objetivos de aprendizagem;** novamente os professores e agora os alunos do 2º ano respondem de forma menos positiva em contraponto aos alunos do 3º ano, que atestam uma assertividade no trabalho modular; ou seja, os alunos vivenciam os acertos e as inseguranças do trabalho docente, demonstrando que construir o conhecimento de forma mais integrada e ampla se constitui numa forma de trabalho pedagógico acertada. As asserções nºs 13 e 10, que tratam, respectivamente, do trabalho coletivo e da interdisciplinaridade, mostram que a prática pedagógica exercida dessa maneira contém uma possibilidade de qualidade no processo de ensino-aprendizagem muito maior e muito mais ampla, porém, as exigências para executá-la são complexas, exigem uma "adoção" coletiva de paradigmas epistemológicos muito densos, o que demanda um aspecto extremamente importante, que é o tempo.

GRÁFICO 5A: PONTUAÇÃO MÉDIA GERAL POR ASSERÇÃO VALIDADA E POR GRUPO DE RESPONDENTES DA FCM/UNICAMP/2003



Tempo de construção de uma convivência cujos os saberes se misturam, transformam-se; tempo de maturação de um novo modo de construção de conhecimento e é evidente que essas questões sejam mais difíceis, num primeiro momento, para quem as executa, ou seja, os docentes.

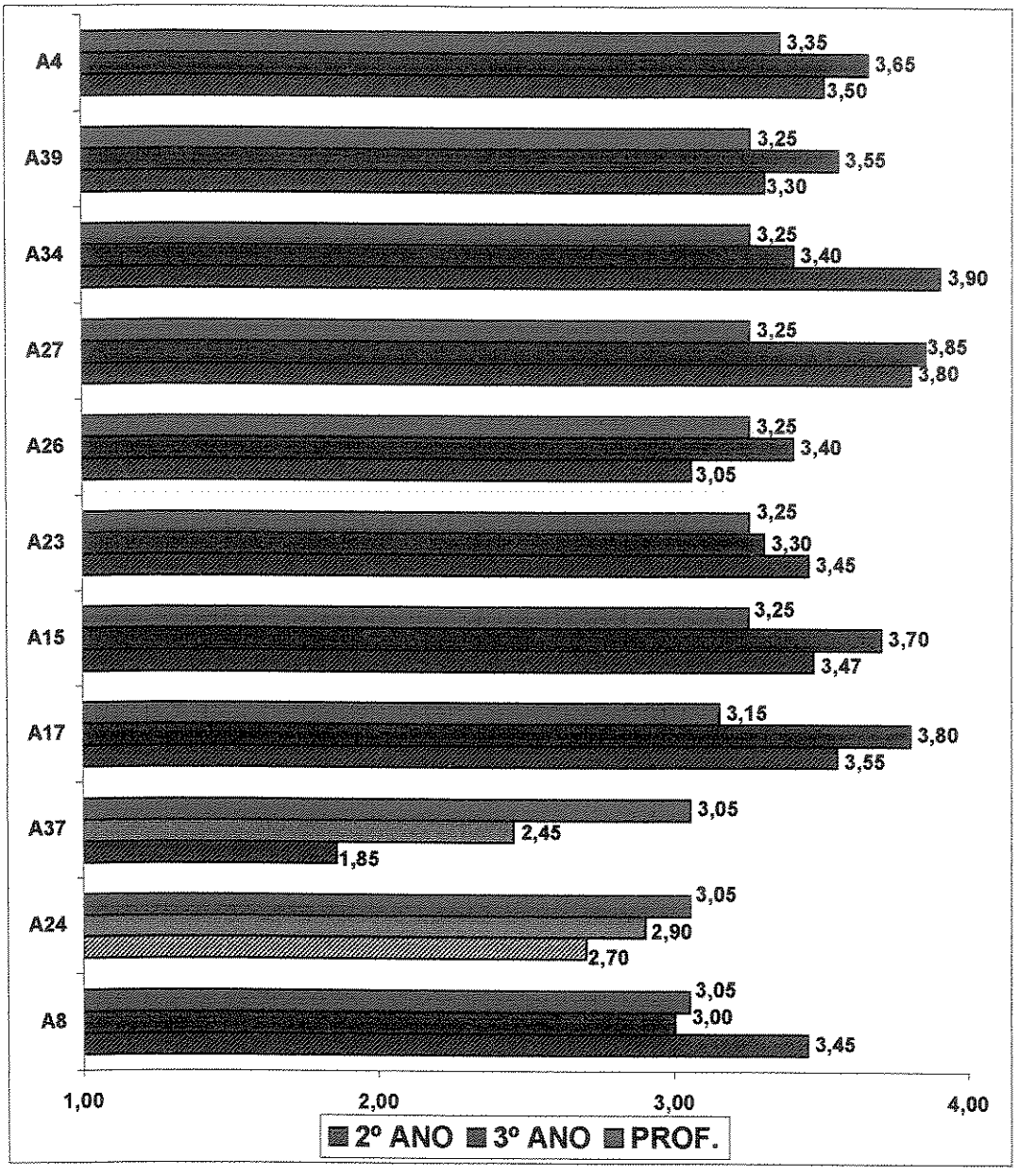
Ficam, portanto, mais evidentes as razões que levaram os atores envolvidos, professores e alunos, a perceberem as asserções número 28 e 25, que tratam, respectivamente, da interdisciplinaridade e pressupostos da reforma de maneira não muito confortável. É compreensível, nesse caminhar pedagógico, que aspectos como flexibilidade, adaptabilidade, construção efetiva dos pressupostos assumidos pela reforma sejam, por um período de tempo não muito curto, pouco palatáveis para os integrantes do processo.

Quando observamos o Gráfico 5b, percebemos os aspectos aglutinadores, que demonstram uma percepção semelhante, de concordância entre docentes e discentes.

As asserções nº 4, 15 e 27 tratam da interligação entre o módulo básico com o clínico e podemos perceber claramente uma atitude de adoção entre professores e alunos, entendo e concordando que o processo de formação médica da FCM/UNICAMP deseja uma construção de conhecimento com maior integração entre os módulos básico e clínico. Evidentemente que há uma distância entre o desejo e a concretização desse modelo de formação, mas a consonância, a identidade do projeto é uma necessidade para que ele possa acontecer de fato.

Inserção mais precoce do aluno na comunidade, o desenvolvimento de habilidades no plano do relacionamento interpessoal, o conhecimento mais preciso da realidade socioeconômica dos pacientes, a noção ética do cuidar são aspectos compreendidos como importantes e necessários a esse processo de reforma.

GRÁFICO 5B: PONTUAÇÃO MÉDIA GERAL POR ASSERÇÃO VALIDADA E POR GRUPO DE RESPONDENTES DA FCM/UNICAMP/2003



Chama-nos a atenção a percepção da asserção nº 37, que diz: **A competência técnica não está relacionada à competência ética.** Nessa asserção, a discordância plena valia a maior pontuação, que correspondia a 4 pontos. O entendimento dos discentes revela uma postura bastante preocupante na medida que demonstra a força da idéia, reiterada pela própria escola,

infelizmente, de que o conhecimento técnico não está relacionado a uma construção ética, política e social. O conhecimento é neutro e repousa sob a organização de saberes que prevêem a resolução das questões afetas exclusivamente ao aporte técnico.

Quando tomamos o Projeto Pedagógico da FCM/UNICAMP (ANEXO A, p. 13), observamos na descrição do perfil de formação do futuro ***médico:***

Postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso social como uns dos aspectos considerados relevantes no exercício da medicina. Em contrapartida, constatamos falas dos discentes que entendem que tais competências não se relacionam, ou não deviam tomar tanto espaço do currículo como o sugerido.

Penso que está em jogo aí uma questão paradigmática maior, o entendimento e adoção da idéia de saúde como um direito cidadão.

Vivemos num país onde os indicadores de saúde relativa à atenção básica ainda são muito ruins; temos um sistema de saúde, o SUS que, no plano teórico, é indiscutivelmente uma das melhores concepções de modelo de saúde já construída no último século; entretanto seu gerenciamento, sua operacionalização é profundamente comprometida por uma lógica político-administrativa perversa, corrupta e obviamente ineficiente.

Faculdades de medicina como a FCM/UNICAMP, USP, UNIFESP, entre outras, constituem-se em "ilhas de excelência", onde o acesso ao paciente, as relações na assistência, acontecem numa perspectiva mais ética, mais crítica, com um olhar para a inserção social e outros fatores de interferência em seu estado de saúde. Isso acontece dessa forma porque há uma redoma de vidro, que é o ambiente universitário, o hospital escola, onde os recursos, a lógica de atendimento está inserida no próprio processo de ensino-aprendizagem e, portanto, segue padrões mais rígidos.

Nosso aluno, nesse ambiente, tem a possibilidade de entender que a assistência, de maneira geral, já é "suficientemente ética, justa", não sendo tão necessária a retomada tão freqüente de discussões nesse âmbito.

Somado a essa percepção, vemos que a clientela de alunos desses cursos e em nossa Universidade acontece da mesma forma, é oriunda de uma classe social diferenciada, com uma convivência com a pobreza, com um entendimento do que é exclusão social, microscópio.

Em nosso instrumento de percepção, algumas asserções foram perdidas, como já foi explicado no capítulo da metodologia, pelo fato de todos os respondentes assinalarem a mesma opção, não havendo dispersão e, dessa forma, a asserção se constituindo num fato, todos concordam ou discordam fortemente do aspecto apresentado.

A asserção nº 35 dizia que **Para ser um bom médico é imprescindível ser ético.** Tivemos nessa afirmação a concordância plena dos docentes e discentes, o que nos leva a depreender ser consenso que o ofício de medicina deve conter essa crença e essa prática sempre. Porém, ao analisarmos as falas e os resultados dessa parte de nossa pesquisa, essa concepção, essa idéia parece ficar no plano teórico, como se fosse um direito adquirido, uma característica que se nasce e, por isso, não precisa ser exercida no cotidiano, não precisa ser revisitada com freqüência.

Sou responsável por uma disciplina intitulada Ética e Cidadania, que é desenvolvida com os alunos do 1º ano do curso técnico de enfermagem do Colégio Técnico de Limeira – COTIL/UNICAMP. São alunos de 15 a 16 anos e temos um conteúdo curricular que objetiva o desenvolvimento crítico de valores éticos, morais e cidadãos agregados ao conhecimento dos principais indicadores sociais de nosso país. Tenho percebido, nesses seis anos de trabalho, que é possível e necessária a construção dessa discussão na escola, embora seja, evidentemente, um processo, às vezes, denso, porque percebo que num primeiro momento a postura discente é de catalogar a disciplina como uma coisa chata, pesada, e no meu caso, até por sua faixa etária, muitos reagem como se aquele momento fosse uma continuação do "sermão" de casa.

Entretanto, na medida que essa discussão vai se dando no concreto, passa a dizer respeito àquele paciente atendido com lesões advindas de uma diabetes que não teve o cuidado que merecia. Quando Ética e Cidadania passam por um

recém-nascido prematuro que vem ao mundo nessa condição, por absoluta pobreza, isso é palpável, isso é dolorosamente visível e minha experiência docente tem me mostrado que, nesse momento, o aluno se transforma e, muitas vezes, dá inicio à construção de uma perspectiva de valores que até então estava adormecida na prateleira dos valores que idealmente deveríamos ter.

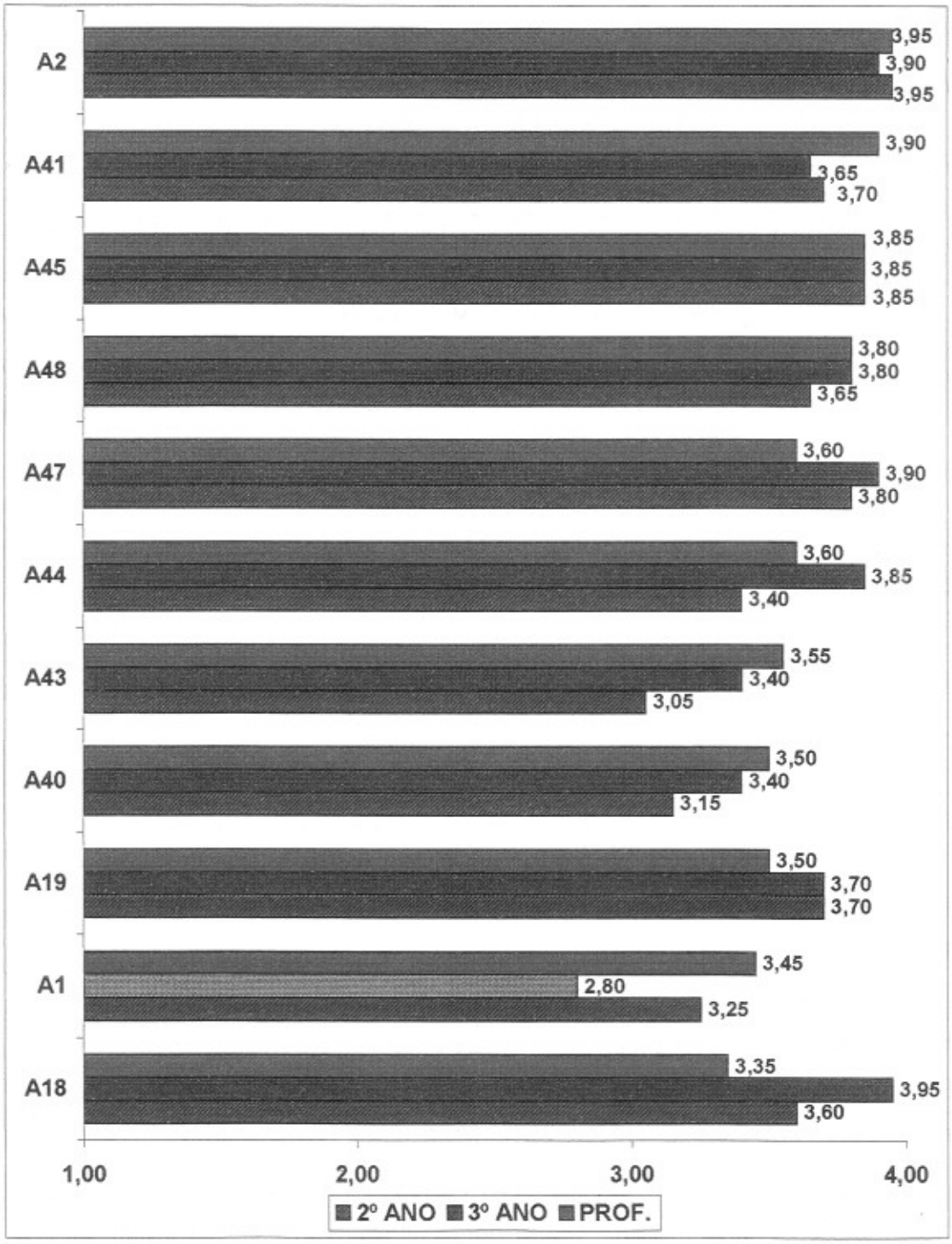
Em minha pesquisa, observei que em alguns módulos essa construção aconteceu de maneira mais efetiva como, por exemplo, nas Ações em Saúde Pública e no módulo -Temas Longitudinais; de forma mais pontual, observei que nos módulos introdutórios, como o intitulado célula e o morfofisiológico, alguns docentes estabeleciam relações muito interessantes na perspectiva de estimular, de construir e problematizar com os alunos o acesso à saúde e seus condicionantes sóciopolíticos.

O Gráfico 5c reflete aquilo que encontra mais conforto na percepção dos envolvidos e nos chama a atenção o comportamento dos envolvidos acerca da asserção nº 1 que dizia, **Em cada módulo foram estabelecidos objetivos de aprendizagem.**

Sabemos que o trabalho modular, que se caracteriza por um trabalho coletivo, prevê uma perspectiva interdisciplinar. Tal perspectiva é uma possibilidade de fazer pedagógico, que demanda tempo, afinações de entendimentos no âmbito epistemológico e que, portanto, se constrói mais lentamente.

Percebemos que os discentes do 3º ano, que se caracterizam por ser a primeira turma a vivenciar esse novo modelo curricular, obviamente devem ter sentido mais dificuldade de entendimento do que deveria ser alcançado naquele módulo porque, muito provavelmente, os docentes envolvidos nas primeiras construções também o tinham. Na medida que as vivências foram acontecendo e que o processo passou a ser mais coletivo e, portanto, mais transformado, essa questão nos parece estar sendo mais bem conduzida.

GRÁFICO 5C: PONTUAÇÃO MÉDIA GERAL POR ASSERÇÃO VALIDADA E POR GRUPO DE RESPONDENTES DA FCM/UNICAMP/2003



A discussão do estabelecimento dos objetivos de aprendizagem nos leva a outra discussão que está intimamente ligada a esta, que é a da avaliação.

As asserções que compuseram a dimensão D - 8 que chamamos de "processo avaliativo como parte do processo de formação" foram as números 6, 14, 24, 30, 40, e 43; elas procuram encontrar a percepção dos envolvidos na Reforma Curricular da FCM/UNICAMP de como esse aspecto do processo de ensino-aprendizagem estava acontecendo.

A asserção número 6 dizia que **a avaliação de aprendizagem de um módulo é decorrência dos objetivos estabelecidos neles;** para essa afirmação, a concordância plena correspondia a quatro pontos. A média de pontos dos respondentes foi de 2,73, o que indica uma inclinação a concordar que a avaliação de um processo de ensino-aprendizagem deva corresponder aos objetivos determinados pelo professor e acordados com os alunos. Como não houve uma boa dispersão nessa asserção, ela não passou pelo processo de validação estatística, mas como já explicamos anteriormente, as asserções não validadas traduzem uma postura dos atores envolvidos que deve ser também objeto de análise neste trabalho. Já a asserção número 14 trata do fato de a avaliação espelhar o que de fato foi assumido ou acordado entre educador e educandos, o que recai novamente pelo estabelecimento de objetivos bem definidos. Freitas (1995) nos fala dos pares objetivos/avaliação e conteúdos/métodos, chamando nossa atenção para a fundamental importância que o estabelecimento deles pode gerar num processo de ensino/aprendizagem.

Quando nos debruçamos no fazer pedagógico mais recorrente em nossa realidade, percebemos como a compreensão dessa questão ainda é pouco expressiva entre os educadores. Assim, a avaliação comumente aparece como alguma coisa terminal, desconectada do processo como um todo, retratando, em última instância, um momento de aferição em que o acerto ou erro não é explicado por uma estrutura mais complexa.

As asserções 24 e 30 dizem respeito ao que a avaliação pode revelar quanto à construção do processo de ensino/aprendizagem. A asserção número 24 dizia que **a avaliação é um retrato da eficácia do processo de**

ensino/aprendizagem estabelecido entre um educador e seus educandos e a 30 **a avaliação pode, por ser mal construída, não retratar o conhecimento construído pelos alunos"**; ambas tiveram, respectivamente, 2,88 e 3,80 pontos.

Considero importante explicitar minha compreensão quanto a esse aspecto.

Questões como objetivos bem definidos, bem acordados de forma clara e sustentável com os alunos, conhecimento necessário para o alcance deles, conhecimento construído de fato entre educador e alunos são aspectos fundamentais para um processo de ensino/aprendizagem de sucesso.

Evidentemente que a avaliação como parte integrante desse processo traduzirá os acertos e erros do trabalho pedagógico; entretanto a avaliação no que diz respeito à sua elaboração pode não atender aos objetivos que deveriam ser atendidos e, nesse caso, não retratará de fato todo o trabalho desenvolvido entre o educador e educandos.

Luckesi (1990), Hoffmann (1992), Perrenoud (1986; 2001), Rabelo (1998), Sordi (1993), Freitas (2002a) apontam para a importância da avaliação no processo de ensino/aprendizagem sendo uma ferramenta importante na sua regulação. Assim, sua inserção no trabalho pedagógico, sua construção como algo que demanda tempo, cuidado e aferição com o processo de formação propriamente dito são aspectos que, infelizmente, não ocupam o espaço que deveriam e, portanto, não abarcam a qualidade, a densidade que deveriam conter.

Entendo como relevante a percepção dos atores envolvidos que percebem essa questão, embora a gestão, o acompanhamento do processo como um todo não detenha a sintonia necessária.

A fala de T 27 corrobora nesse sentido,

> ***Na teoria, a Reforma Curricular é ótima, porém a prática não corresponde. Essa discrepância se deve ao mau preparo dos docentes para atuar em grupo nos módulos, aos docentes contra a Reforma, às avaliações não condizentes com a matéria dada, falta de tempo para estudo, matérias dadas de forma incompleta por falta de tempo.***

Ou ainda,

> ***A avaliação ainda é o grande problema da Reforma, pois não é integrada aos seus objetivos (mesmas provas com uma maquiagem diferente). T 41.***

Entendo que os dados levantados nessa pesquisa são frutos de dois movimentos mais densos, entre outros, o que foi a observação propriamente dita do trabalho pedagógico desenvolvido nesses três anos e o uso de um instrumento de pesquisa junto aos atores envolvidos no processo da Reforma Curricular.

Nesse caminho metodológico, percebi as contradições que uma inovação encerra e o quanto é difícil uma discussão daquilo que paradigmaticamente é aceito com tranqüilidade, porém no momento de transposição para a sua prática aflora dificuldades.

Não é possível acolher o que se rejeita, o que se apresenta como uma ameaça. Uma inovação curricular para se configurar como legitima para todos, deve estar alicerçada naquilo que poderíamos chamar de concepções fundantes, ou seja, em pressupostos paradigmáticos que abarquem de forma mais coletiva e representativa de todos, uma visão de mundo, de homem, e de como essa construção histórica determina as relações com a educação e com a saúde, especificamente neste tipo de inovação curricular.

Quando isso não acontece é como se uma névoa, uma neblina, nos cegasse parcialmente, como uma miopia que distorce a capacidade de vermos, ou de "duvidarmos" do que é visto.

Entendo que para enfrentarmos essa dificuldade, precisamos aprender a reconhecer qualidades que nos incitem a ampliarmos nosso horizonte do fazer pedagógico de forma sustentável e potencialmente transformadora.

FREIRE (1998, p.136) nos fala desse exercício,

> Deve fazer parte de nossa formação discutir quais são estas qualidades indispensáveis, mesmo sabendo que elas precisam de ser criadas por nós, em nossa prática, se nossa opção metodológica é democrática ou progressista e se somos coerentes com ela. É preciso que saibamos que, sem certas qualidades ou virtudes como amorosidade, respeito aos outros,

> tolerância, humildade, gosto pela alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, persistência na luta, recusa aos fatalismos, identificação com a esperança, abertura à justiça, não é possível a prática pedagógico-progressista, que não se faz apenas com ciência e técnica.

Entendo que, ainda que percebendo o inacabamento que qualquer trabalho acadêmico detém, finalizo neste momento minha capacidade de compreensão da realidade da qual me aproximei nestes quatros anos e passo a seguir às minhas considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei, neste espaço, amalgamar as questões debatidas nesta pesquisa, atendo-me à compreensão de como se processa uma formação médica numa perspectiva inovadora e o quanto isso impacta a organização do trabalho pedagógico.

A lógica norteadora que procurei estabelecer permeou os conhecimentos que fui adquirindo em meu processo de formação, minha experiência profissional no âmbito da saúde e como educadora, o que se reflete no plano pessoal e no meu entendimento de questões afetas ao ensino de saúde.

Entendo que desde o começo deste trabalho, tive como uma compreensão central, os aspectos históricos e políticos que marcam os mundos da saúde e da educação. Considero importante pontuar essa questão, porque, cada vez percebo mais que assumir essa forma de ver é assumir um lado da história, que é antagônico a uma compreensão que não passa pela crítica, não passa pelo entendimento da preponderância do econômico no aspecto social, ou seja, "toma-se um partido", se assume uma posição e isto marca definitivamente um jeito de ser e fazer.

Assim, estudar a inovação pedagógica neste prisma, é não perder de vista, a quem ela serve, a quais objetivos ela atende, enfim, que contribuição ela pode trazer à luz da autonomia, da liberdade e da cidadania.

Neste sentido procurei desenvolver um trajeto de construção histórica que entendi como fundamental para o estabelecimento de uma crítica, pautada na visão de inserção sócio-política presente na existência humana.

É fundamental, portanto que ao tentarmos estabelecer um exercício de compreensão de uma formação potencialmente inovadora, não esqueçamos de avaliar as contradições da educação, especialmente, num país tão desigual, tão injusto como o nosso.

Estas contradições do ensino, da educação como um todo, brotam, surgem de uma estrutura que alicerça nossa sociedade. Trabalhar com isto é trabalhar na direção da igualdade, da possibilidade de mais e melhor qualidade daquilo que chamamos de conhecimento, no sentido mais amplo que ele possa ter.

É lutar, é brigar por uma perspectiva mais humana, mais justa de exercer nossos direitos, nossos deveres, como um exercício contínuo, de perpetuar nossa história, criada, recriada e, portanto, superada.

Ao debruçar-me sobre este estudo fui aos poucos percebendo que existe uma questão central no entendimento de uma inovação que é a sua relação com a mudança.

A idéia de inovação associada à mudança levou-me a questionar, em meus momentos de observação e contato com os atores envolvidos nesta reforma, até que ponto essas inovações envolveram ou não mudanças, e se estas significaram uma melhoria do processo de formação.

Pude constatar que nem todas as inovações produziram mudanças e as que produziram não poderiam ser diagnosticadas como inteiramente positivas, ou geradoras das transformações necessárias.

Entendo importante considerar uma discussão que é a da "instituição de uma inovação".

Durante o processo de introdução de uma inovação instituída confrontam-se diferentes visões do processo de mudança advindas dos atores nela intervenientes.

O planejamento desta inovação instituída pressupõe que a mesma se destina a ser adotada de forma uniforme, num terreno mais ou menos homogêneo

ou que pelos menos existam ilhas de concordância construídas num processo de legitimação.

È como se entendêssemos que a inovação instituída previsse a universalidade, entendida aqui, como uma situação possível de ser mantida em todo o espectro de sua aplicação.

A par desse fenômeno, podemos depreender que acontece um outro movimento que podemos chamar de particularidade [18], ou seja, concomitante ao processo de implantação de uma inovação as percepções, as discordâncias de forma pontual passam a aparecer e um movimento de tensão, de relação de forças pode acontecer.

Neste sentido passa acontecer uma adaptação com as leituras dos envolvidos no processo de inovação que ao construírem suas práticas, vão negando o caráter de construção coletiva da inovação instituída e gerando um campo de instabilidade do processo.

Quando este embate é viabilizado pela conjuntura das forças, podemos dizer que temos a instauração de uma ideologia participativa, ou o que Gandin (1994), chamou de marco referencial, situação altamente desejável e necessária num processo inovador.

Assim, percebi em minha pesquisa que há dentro da reforma curricular da FCM/UNICAMP, um movimento, ainda em desenvolvimento, de uma construção daquilo que nomeamos de marco referencial, que são os grandes pressupostos defendidos pela reforma e que constam do projeto político pedagógico da instituição. Neste sentido, percebo que isto encontra um espaço naqueles que entendem que esse processo é uma mudança que envolve a sua concepção da profissão, seus objetivos de formação, a sua vivência relacional com os alunos e outros envolvidos com a Reforma, como seus pares, e gestores; é um questionamento de atitude, de envolvimento. Já em outro grupo, esse processo da inovação passa por uma "necessidade" da instituição, e, portanto se apresenta como uma nova "função" a ser desenhada em seu ofício de professor; não está

[18] Ver CORREIA, J. A. *Inovação pedagógica e formação de professores*. Rio Tinto: Asa, 1989 - que estabelece uma rica discussão sobre este aspecto do processo de implantação de uma inovação.

relacionada com sua prática, com seu discurso ou com uma opção paradigmática; é uma "tarefa" decidida pela comissão de reforma que precisa ser cumprida.

A construção de um processo inovador é um trabalho marcado pelo aspecto dialético do pensar e do fazer e por assim o ser é freqüentemente tenso, de difícil convivência onde somente a compreensão destas características leva ao movimento de superação das contradições como o caminho possível de construção de um processo realmente inovador.

Nesse sentido entendo que dois grandes aspectos permeiam um processo de inovação pedagógica curricular: o aspecto de sua avaliação e outro que perpassa a alteração das concepções de saúde e educação.

Passo, então a apresenta-los no sentido de contribuir para essa discussão.

INOVAÇÃO PEDAGÓGICA X AVALIAÇÃO

A avaliação tem muitas faces, significa inúmeras coisas, apresentando-se de diversas formas na tentativa de cumprir vários papéis (DIAS SOBRINHO, 2002).

Ao tratarmos especificamente da avaliação da aprendizagem, temos que ter em mente as relações pedagógicas estabelecidas em função do projeto educacional adotado que, por sua vez, é a expressão escolar do projeto da sociedade imposto pelas elites ou por elas acordado com as demais classes sociais. A avaliação é uma parte desse projeto, desse conjunto de forças e, evidentemente, não pode se constituir num fim em si mesmo. É uma engrenagem no funcionamento didático, metodológico e, mais globalmente, na retro-alimentação daquilo que se estabeleceu como objetivos de aprendizagem.

Avaliar é potencialmente transformar, mexer com gente, mexer com muitas pessoas, com muitos interesses, daí seu forte caráter político e essencialmente ético.

Se a adotarmos na perspectiva formativa, como é o entendimento deste trabalho, podemos então advogar que deve forjar seus próprios instrumentos, que vão desde as técnicas propriamente ditas no plano de práticas avaliativas até as

contribuições que seu exercício leva ao processo de aprendizagem num plano mais profundo, como o epistemológico.

Uma das questões mais complicadoras do fenômeno avaliação é o seu entendimento posto como sendo mono-referencial. Quando a tomamos por essa perspectiva, corremos o grande risco de "defini-la, de esclarecê-la" muito rapidamente, abafando as indagações tão necessárias para seu desenvolvimento mais pleno.

A complexidade da tarefa de avaliar está intrinsecamente relacionada com a complexidade do ser humano e sua forma de relacionamento com o mundo.

A educação, entendida como o palco das transformações mais profundas das pessoas, requer sistematicamente da avaliação respostas, "nortes", guiadores de maiores acertos, de maiores e melhores construções do conhecimento.

Frente a um processo inovador, todas essas questões ficam mais difíceis, mais tensas, dada a própria natureza transformadora da inovação pedagógica.

Penso que essa discussão passa necessariamente pela percepção de valores éticos entendidos como a ponta de um grande iceberg, que é o fazer pedagógico no mundo da educação e que, nesta pesquisa, está inserida em outro universo, que é a formação médica, a formação em saúde.

O conhecimento na forma como foi compreendido implica uma compreensão de conjunto de habilidades e competências, geradores de uma adequação mais que perfeita ao mercado de trabalho. Mas outro entendimento que defendemos aqui, que é o conhecimento como ferramenta transformadora do homem, inspiradora da sua autonomia, da sua visão de mundo, precisa ser viabilizado nesse mar de mudanças bruscas e incipientes.

A emancipação do homem não se separa do desenvolvimento de toda a sociedade. Esta, hoje, requer a modernização, a inovação da tecnologia, uma sólida preparação profissional e, ao mesmo tempo, não dispensa a independência intelectual, a crítica, a criatividade, a solidez de valores éticos que constituem (e assim deve ser) o âmbito da cidadania participativa.

Entendo que, nesse momento, é fundamental se pensar na função principal da avaliação: verificação/mensuração ou construção de autonomia/construção de

conhecimento, entendendo-o também numa possibilidade socialmente comprometida.

Essa pergunta reproduz diferenças fundamentais em termos éticos e epistemológicos e penso estar nesse ponto uma convergência dos mundos da inovação pedagógica e da avaliação.

Se pensarmos na inovação pedagógica fundamentada na idéia da autonomia, da parceria da construção do conhecimento, as transformações, as inovações advindas terão como pano de fundo, valores como solidariedade, visão do coletivo, respeito à diferença, indignação frente a desigualdade.

Mas se a inovação estiver atrelada à idéia de uma avaliação verificadora de desempenho, estimuladora da competitividade, o novo, a transformação seguirá pautada na dissipação de relações sociais cooperativas, na enganosa afirmação de igualdade para todos, geradora da crença de que o fracasso, a exclusão é decorrente exclusivamente do indivíduo e do tanto que este se empenhou na sua missão escolar.

Penso que a inovação pedagógica, epistemologicamente centrada na autonomia, na ação coletiva construída legitimamente, não passa pela objetividade, entendida como comparabilidade. Um novo modelo de formação, objeto desta pesquisa, nessa perspectiva, poderá levar a uma construção de novos paradigmas, de novos entendimentos de referências como saúde, homem, educação, que não poderão ser interpretados como "mais assertivos" que os anteriormente adotados; essa inovação pressupõe, então, uma nova situação, uma superação de entendimento que, evidentemente, leva a outros fazeres pedagógicos e a uma nova constituição de avaliação.

Trazendo essas reflexões para o objeto desta pesquisa, a Reforma da FCM/UNICAMP, percebo que há que se discutir um elemento constituinte de suma importância nesse campo, que é a construção do projeto político pedagógico da instituição.

Se entendermos um projeto pedagógico como uma amálgama de intenções, de pressupostos assumidos coletivamente por uma instituição, podemos depreender que dois caminhos puderam ser percorridos para a sua

efetivação: um caminho constituído de seus mentores, com a determinação das pessoas que o entendiam como necessário, ou outro, em que a concepção, gestão e implantação se deveram a uma necessidade mais coletiva e sua participação foi a mais ampla possível.

Evidentemente que os processos de mudança e a criação de um projeto pedagógico envolvem mudanças, inovações, não acontece de forma homogênea e numa situação de tempo igual para todos.

Mas concordamos com Sander (1984, p. 146), quando nos fala da participação, dizendo:

> A participação favorece a definição justa dos espaços de contribuição e de beneficiamento individual da experiência coletiva. A participação afasta o perigo das soluções dogmáticas e fechadas, desprovidas de sínteses superadoras. A participação, enfim, é direito e dever de todo cidadão que integra qualquer comunidade ou sociedade democrática.

Assim, percebi, durante meu processo de pesquisa, que houve uma preocupação de ampliar a participação de todos os atores envolvidos por parte do grupo gestor, porém as grandes questões da Reforma são de caráter eminentemente paradigmático e isso, para ser posto como legítimo, demanda tempo, demanda o estabelecimento de uma sintonia de fazeres, de crenças, que, entendo, não teve o tempo de que precisava. Acredito aqui ser importante ressaltar que as discussões acontecidas dentro da FCM/UNICAMP sobre seu processo de formação foram anteriores às discussões externas puxadas pela CINAEM e mesmo às do MEC.

Considero relevante explicar esse aspecto neste momento porque houve uma percepção interna da própria instituição sobre seu perfil de formação, que não necessariamente estava atrelada a uma cobrança externa; evidentemente que a percepção interna passa por uma questão de avaliação, de desempenho, e os alunos residentes, em especial, naquilo que se entendia como uma formação de caráter mais social, politizado e crítico se comportaram de forma incipiente nos processos seletivos de exame para residência. Isso acontece no final da década de 90, por volta de 1998, e cronologicamente, as discussões mais intensas sobre reforma curricular na esfera federal da educação acontecem quase dois anos

depois, com a publicação das novas diretrizes curriculares para a formação médica.

Entendo que esse aspecto é importante no sentido da legitimação do desejo de mudança, de inovação, que surge num primeiro momento devido ao trabalho pedagógico desenvolvido aqui na instituição.

Fica claro, então, que os aspectos paradigmáticos emergiram internamente e, portanto, devem ter refletido a percepção de muitos envolvidos nesse modelo de formação. Do ponto de vista da construção, de uma estrutura maior, que é o projeto pedagógico, isso poderia se configurar num bom começo, numa possibilidade realmente mais participativa, entretanto o percurso de gestão e implantação de uma mudança, e vamos entender o projeto como tal nesta análise, passa por muitas fases, passa pela apropriação de uma teoria que nem sempre se aplica àquela realidade ou não lhe convém.

Temos aqui, neste momento, uma adoção, um posicionamento paradigmático inovador, amplo, denso, em que os saberes de muitas áreas são defendidos porque são entendidos como pilares da ação em saúde e assim falamos de ética, de filosofia, de economia, de sociologia, ou seja, falamos da essência humana e de seu cuidado.

A avaliação como elemento processual, partícipe de um processo de formação, fará parte dessa possibilidade inovadora. Pensando dessa maneira, temos que entender o tempo, como um aspecto de suma importância pois cada envolvido tem uma necessidade de uso, de maturação da inovação e portanto cada envolvido tem seu "tempo." Assim há que se viabilizar o espaço para a reflexão, para a possível construção da dúvida epistemológica, daquilo que "não se pensou", daquilo que não se previu.

Questões como o peso da ética, não como uma disciplina, mas como um eixo de formação, é um bom exemplo dessa situação. Na perspectiva do conceito, é esperada a concordância da maior parte das pessoas, mas a sua viabilização, a sua construção demanda, necessariamente, mudanças, transformações em todas as áreas de saber e isso tem que brotar tem que se legitimar pela vontade de todos ou da maioria.

O processo de avaliação nesse sentido deveria acompanhar essa defesa da construção que claramente prevê referências, transformações e por isso não comporta mensurações maniqueístas do tipo pior, ou melhor.

A assertividade de uma inovação pedagógica será percebida, compreendida pela assertividade da avaliação empregada. Esse é um aspecto, ao meu ver, de grande relevância num processo de inovação no mundo da educação e da saúde; Sordi (2000, p. 243) aponta nesta direção ao dizer,

> O que torna a avaliação uma prática altamente desafiadora é sua paradoxal capacidade de gerar encantos e desencantos, dor e prazer, alegria e tristeza, é sua força avassaladora tanto para construir como para destruir. Prática possuidora de encantos a conferir, especialmente, quando por meio dela despertamos capacidades cognitivas e afetivas adormecidas, desconhecidas, desaprendidas, auxiliando o sujeito a redescobrir sua imcompletude e a engajar-se no processo auto-formativo. Por outro lado, prática provocadora de desencantos quando abdica da flexibilidade, da reinterpretação das regras, da leveza, em nome de um rigor abstratamente definido que cerceia as iniciativas do professor no sentido de mexer nos dispositivos didáticos de modo a favorecer a aprendizagem. Desencantadora quando, em nome da eficiência nos resultados, deixa de lado a reflexão sobre sua eficácia social na construção de identidades e subjetividades profissionais e pessoais eticamente comprometidas.

Assim, entendo que temos que olhar para esse momento vendo que uma inovação tem uma história, passa por fases, tem um ciclo vital que é, eminentemente, dialético e por isso confronta pontos de vista, confronta práticas que evoluem, que mudam com o tempo.

Nesse sentido, a avaliação que defendemos ou sonhamos como potencialmente inovadora é compromissada com o desenvolvimento pleno dos alunos em suas múltiplas dimensões, como a humana, a cognitiva, política, ética e filosófica.

Para que ela possa emergir detentora de um potencial transformador, há que entendermos que existem os tempos: tempo de ensinar, de aprender e um tempo de vivenciar. Falamos aqui de construções sociais, que envolvem uma gênese, uma elaboração.

E compreender a avaliação a serviço desse modo de fazer pedagógico é entendê-la como parceira questionadora, curiosa, estimuladora da liberdade do pensar.

Acredito que Freire (1998, p.36) sintetiza essa análise quando nos fala,

> A questão que se coloca a nós, enquanto professores e alunos críticos e amorosos da liberdade, não é naturalmente ficar contra a avaliação, de resto necessária, mas resistir aos métodos silenciadores com que ela vem sendo às vezes realizada. A questão que se coloca a nós é lutar em favor da compreensão e da prática da avaliação enquanto instrumento de apreciação do-que-fazer de sujeitos críticos a serviço, por isso mesmo, da libertação e não da domesticação. Avaliação em que se estimule o falar **a** como caminho do falar **com**.

Assim, a avaliação, numa perspectiva inovadora aqui defendida deve buscar mais que respostas prontas, devem trazer para si a responsabilidade de dizer a serviço de quem colocará as competências técnicas, humanas e políticas a serem desenvolvidas, construídas num processo de formação.

Acredito que educadores e educandos, numa relação de convivência pedagógica, numa postura parceira de trabalho, podem e devem construir dentro de seu processo de formação contornos cada vez mais nítidos, mais claros daquilo que constroem e sua relação com o mundo exterior e o mundo do trabalho.

Uma avaliação formativa, num viés inovador, pode permitir esse novo fazer pedagógico na medida que seu caráter processual viabilize uma prática problematizadora cotidiana em que a curiosidade epistemológica saia do texto, saia dos processos de "fazer" e passe genuinamente para a capacidade de "ser" dessa forma.

É preciso que passemos a celebrar com nossos alunos a capacidade de olhar para o conhecimento de forma indagadora, de forma mais inquieta, em que a liberdade de duvidar não seja posta como um fato ruim, desagregador.

Tavares (1996, p. 24) nos fala dos conteúdos disciplinares numa perspectiva que corrobora com o que falamos aqui,

> Os conteúdos não serão mais determinantes para desenvolver a dinâmica da mudança que se torna premente e urgente na nova

> sociedade, que terá de ser mais reflexiva e dialogante, na qual os cidadãos, na sua grande maioria, não apenas alguns, serão induzidos e, em certa medida forçados, a aprender a pensar, a desenvolver elevadas capacidades de adaptação e de reconversão, que lhes possibilitem fazer frente aos problemas que a vida lhes irá certamente colocar dos modos mais variados e imprevistos.

Entendo que a inovação nos processos de avaliação irá depender muito do nosso comprometimento com uma determinada visão de educação, de saúde que precisa ser explicitada, muito mais pelo que fazemos do que necessariamente pelo que dizemos que vamos fazer.

Entendo que um novo mundo, uma nova posição de valores cada vez se aproxima de todos nós, educadores comprometidos com a possibilidade.

A ação como um desdobramento da teoria eticamente comprometida com mais justiça social, com mais saúde de qualidade para todos será evidentemente um caminho a ser trilhado nos processos de uma formação médica que, ao seu tempo, com sua legitimidade, certamente será construída.

INOVAÇÃO PEDAGÓGICA CURRICULAR X CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO X CONCEPÇÃO DE SAÚDE

A construção da saúde pública, no século XX, foi marcada pela crescente presença da articulação entre saberes que se debruçaram sobre o "fenômeno coletivo" da saúde e da doença, e aqueles que se orientam para o terreno da organização e administração das ações de saúde. Ganharam notoriedade no, começo do século, as "escolas clássicas" que foram adotadas como paradigmas para pensar a administração pública. A expansão da rede de serviços de saúde, com a incorporação da assistência individual e com o alargamento da ação estatal do bem-estar social, vivenciada amplamente após a Segunda Guerra, associada ao crescente interesse do capital no setor prestador de serviços de saúde, ampliou a presença das intervenções no terreno da administração. Tanto as tecnoburocracias estatais, quanto à do capital, viram-se diante da necessidade de construir competências nos terrenos da organização e administração das redes

de serviços de saúde, como um todo. O tema da saúde invadiu vários campos disciplinares, e com certo destaque o da economia (BRAGA; GÓES, 1981).

A consolidação efetiva do setor saúde, como um dos principais campos de ação do estado e do capital, foi criando novas necessidades para o desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias de gestão em saúde e do ensino dela.

Administrar e/ou governar tanto processos políticos implicados com a formulação e decisão sobre os caminhos a serem adotados quanto processos de produção de atos de saúde tornaram-se necessidades imperativas para ordenar os melhores processos de formação nessa área. Seja na ótica universalista e cidadã de um projeto social-democrata, seja na perspectiva mercantil e lucrativa do olhar do capital, a seus modos, todos exigiam mais e melhor competência nesse novo território. Passa, portanto, a ser fundamental o entendimento sob esse prisma e sua discussão no processo de formação de profissionais de saúde no bojo da universidade.

Com certa importância, destaca-se nestes últimos anos o impacto desse longo processo sobre a emergência de novos paradigmas na saúde que estão atados de uma forma mais singular ao próprio terreno produtivo das ações de saúde (GALLO, 1985); nos anos 80/90, vê-se a agenda dos gestores em saúde sendo ocupada por um debate sobre os novos atores, os novos componentes a serem utilizados na construção de uma nova concepção de assistência à saúde.

Todos esses processos de busca dialogam sobre um terreno similiar: a natureza das especificidades do campo da saúde, seus impactos no âmbito dos processos organizacionais, seus modos de fabricar políticas e as suas maneiras de gerar processos produtores de atos de saúde, desenhando os modelos de atenção.

Um dos grandes desafios que tem sido compreendido por uma parte dos autores brasileiros (CAMPOS, 1992; MENDES, 1993; CECÍLIO, 1994), nesta temática, refere-se à possibilidade de se atuar em um terreno de políticas e organizações, fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos modelos

médicos e sanitários de intervenção em saúde, mas que se assentam em uma base tensional, que permitem almejar a exploração de territórios de potências singulares a esse campo de práticas sociais - a saúde, disparando-se a produção de novos "lócus" de poderes instituintes (LOURAU, 1995; GUATTARI, 1992) e que tornam as organizações de saúde lugares de instabilidades e incertezas permanentes, que possibilitam a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais.

Ao trabalhar a temática da micro-política do trabalho vivo em saúde, Merhy (1997) traz à tona a possibilidade de se pensar mais amiúde esta temática, abrindo-se possibilidades sobre a gestão do cotidiano em saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem instituir novos "arranjos" no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo de necessidades dos usuários finais.

Pensar sobre essa "liga" ou dobra entre o instituído, lugar de poderes territorializados, e os processos instituintes disparados a partir desses "lócus" de potências é refletir em que medida as inovações em saúde demandaram inovações do seu ensino da mesma; é importante considerar que qualquer perspectiva de mudança ou está calcada em alta concentração de poder para movimentar um setor instituído muito bem estruturado, e por isso de alto poder conservador, ou está calcado em estratégias que explorem as tensões-potências, para gerar novos desenhos territoriais (GUATTARI, 1990) e novas direcionalidades no agir em saúde (MERHY, 1997).

É fundamental que entendamos, como educadores de saúde, que o conceito de agir em saúde contém em sua essência uma tensão e seu objetivo maior será sempre a produção do cuidado individual e/ou coletivo.

Falar em inovação pedagógica no ensino de saúde é ter que olhar para essas questões, entendendo que outras de cunho social, político e histórico compõem a possibilidade do acesso e manutenção de um padrão de saúde de uma pessoa.

Quando observamos a evolução dos sistemas de saúde do nosso país, percebemos que, paulatinamente, fomos nos distanciando de um modelo hegemônico médico-assistencial para outro que poderíamos chamar de vigilância e/ou promoção da saúde, em que a participação coletiva é entendida como necessária para a construção do próprio processo.

A necessidade de construir uma nova maneira de se produzir saúde em um país de dimensões continentais como o nosso, que procurasse enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde, tentando construir um agir cumpliciado dos atores envolvidos tanto no âmbito individual como coletivo, estimulou um conjunto de reflexões teóricas que nos permitiram a construção de um novo fazer em saúde e, obviamente, também médico, que fosse centrado na discussão de outros saberes a serem entendidos como essenciais para a formação em saúde, entendendo o médico como um agente detentor de grande participação e importância nessa discussão.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde a um usuário-paciente produz-se por meio de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas "pessoas" que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam no encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

A universidade, a escola médica, nesses últimos cinqüenta anos, teve que parar, olhar e rever essa formação que, claramente, não entendia esse modo de fazer saúde como o prevalecente e os saberes necessários para tal, evidentemente não eram desenhados ou valorizados como ferramentas fundamentais para o exercício da medicina.

Assim, entendo que o exercício médico não pode se constituir exclusivamente no saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de

saúde como uma "disfunção biológica", mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir.

Para tal advogo a idéia de que não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um profissional de saúde, aqui exemplificado na figura do médico, que esteja ciente dessas atribuições e que se perceba competente para tal.

Assim, entendo que o saber médico deve abarcar uma gama enorme de outros saberes, que se constituem em saberes do mundo e acredito ser importante explicar essa afirmação; digo saberes do mundo na medida que entendo que o objeto do trabalho deste médico é o ser humano, é uma instância de relações sociais, políticas e históricas. Quando falamos em assistência à saúde, falamos do indivíduo detentor de todas essas características de constituição e, portanto, cuidar dele prevê cuidar daquilo que o constitui socialmente, de uma inserção político-histórica, enfim é cuidar de um todo que naquele momento se apresenta como uma "esplenomegalia[19] a esclarecer" e, evidentemente, é muito mais que isso e, como educadores comprometidos com a autonomia, com a liberdade e dignidade da assistência à saúde, não podemos ter outra perspectiva senão a da construção desse conhecimento, dessa formação provedora de ações eminentemente cidadãs.

Para isso, passam a ser imprescindíveis conteúdos curriculares que dêem conta de objetivos viabilizadores de uma formação humanizada, crítica, comprometida com a transformação da sociedade e, entre eles, destaco o conhecimento filosófico, o conhecimento dos fatores econômicos estruturais de uma sociedade, conhecimento de história, especialmente os afetos à constituição social e política do nosso país, conhecimento dos aspectos relacionais e outros ligados à interlocução humana, conhecimento da natureza de forma mais ampla, ou seja, saberes que traduzam aquela pessoa que traz uma questão pontual, um sofrimento, mas que contém inúmeras coisas não ditas e que devem ser

[19] Esplenomegalia corresponde ao aumento do baço.

compreendidas nessa perspectiva do silêncio; Madureira, (2002, p. 58), de forma poética, traduz a importância deste conjunto de saberes, dizendo-nos:

"clinicar
é ouvir o não dito.
sem saber
responder
muitas vezes sabendo
calar.
é se reservar
esperar
apressar
intuir
e todos os verbos
que conjuguem plural.
mas clinicar
é sobretudo
trocar
parte do que sobra
com parte do que falta
de modo
que um e outro
sejam mais que dois.

Assim, entendo que as inovações pedagógicas no ensino de saúde, especialmente no de medicina, são marcadas pelo aspecto paradigmático, ou seja, o novo tem repousado na admissão de novos saberes no entendimento daquilo que deve compor um saber médico.

Portanto o conceito de saúde passa a ser reiteradamente assumido como um direito cidadão e seu manejo, seu cuidado passa pela autonomia do indivíduo como ator principal.

Como uma profissional de enfermagem, formada numa matriz altamente tecnicista, como todas da minha geração, percebo esse aspecto inovador

especialmente no meu ofício de educadora, porque esse entendimento do mundo da saúde sempre me pareceu e a muitos outros colegas de formação como o mais amplo, como o mais assertivo; entretanto não era isso que me era ofertado como verdade, como forma de compreensão durante meu processo de formação.

Durante as inúmeras observações que fiz do processo dessa reforma, entendo que, quando um professor discute uma parte de um conhecimento sobre a vida intra-uterina com alunos do primeiro ano de medicina e traz, estimula os alunos a construírem essa compreensão de forma a conter elementos do anatômico, do histológico, mas também do social, da capacidade do médico em ouvir, em acolher a gestante; quando o professor fala do compromisso que o futuro médico deve ter na qualidade da sua anamnese, porque isso se constitui numa importante parte do cuidado que ela merece como cidadã, quando essa "aula" acontece, indiscutivelmente, eu atesto, eu assisto à possibilidade de formação de novos médicos, fundamentalmente, de melhores médicos.

Entendo que, nesse sentido, outras forças como as institucionais externas como, por exemplo, as mudanças curriculares do MEC, também abarcam esse entendimento quando, por exemplo, no seu artigo nº 3, inciso II e III, diz:

O ensino de graduação em Medicina tem por objetivo a formação, em uma única habilitação, de médico com:

> II – postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania;
>
> III - preparo para compreender os indivíduos e as comunidades, e intervir sobre as suas necessidades de saúde, em situação social específica, com o objetivo de reduzir os danos e ampliar a autonomia social.

Em 2003 o governo Luis Inácio "Lula" da Silva criou a *Secretaria de Gestão do Trabalho* e *Secretaria da Educação em Saúde* e dois departamentos o da *Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde* e o de *Gestão da Educação em Saúde*, estruturas responsáveis pelas políticas como Aprender – SUS e Vivência Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde – ver SUS.

Estas são algumas das políticas atualmente em curso, políticas que visam, por meio da aproximação com o movimento estudantil da área, executivas e federações de cursos ligados a saúde, oferecer oportunidade de vivenciar espaços de atenção e gestão do Sistema além de dar voz à sociedade no processo de formação dos trabalhadores em saúde.

O Sistema Único pode um dia vir a ser a garantia do direito à saúde a toda a população brasileira, mas, assim como qualquer política pública institucionalizada, dentro do atual sistema político-econômico, sofre ataques e acaba adaptando-se em grande medida aos interesses do mercado (FLEURY, 1995).

Políticas como o Superávit Primário, que recentemente ultrapassou os 4,25% para pagamento dos juros da dívida externa, e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que inviabilizam o financiamento do setor público, assim como políticas de reserva de mercado, como o PL 025/02, apelidado de Ato Médico, são exemplos de como mesmo com uma estrutura considerada democrática, interesses privados podem se sobrepor aos interesses públicos.

Assim, as inovações pedagógicas no ensino médico caminham para mudanças paradigmáticas que, como toda mudança desse tipo, é geradora de grandes instabilidades, de grandes incertezas, sobre um caminho tão determinado, tão elitizado, como sempre foi a formação médica; entendo que, ao encerrar minha análise sobre essa categoria, busco em Freire (1998, p. 39) uma maior compreensão do papel do novo no ofício pedagógico. Ao discorrer sobre um dos saberes necessários à prática educativa, que é o relativo a que ensinar exige risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação, ele nos diz,

> É próprio do pensar certo a disponibilidade ao risco, a aceitação do novo que não pode ser negado ou acolhido só porque é novo, assim como o critério de recusa ao velho não é apenas o cronológico. O velho que preserva sua validade ou que encarna uma tradição ou marca uma presença no tempo continua novo.

As questões que tratamos até aqui, avaliação e concepções de educação e saúde imbricadas num processo de inovação curricular precisam de um veículo,

de um modelo de implantação para serem viabilizadas, o que poderá contribuir ou não para o sucesso de seu desenvolvimento.

Na nossa recuperação histórica, citamos Huberman (1973) e seus três modelos de inovação pedagógica intitulados: investigação e desenvolvimento, interação social e solução de problemas.

O modelo de investigação e desenvolvimento focaliza a atenção na fase de investigação, objetivando a descoberta ou criação de uma inovação e busca a implementação da mesma através de um processo de mudança com uma seqüência rigorosamente ordenada. Neste modelo a inovação é pensada e planejada em todos os seus aspectos, sendo levada ao grupo ao qual se destina, que a aceitará de forma passiva. Como podemos observar, esse não foi o caminho utilizado pela Reforma curricular da FCM/UNICAMP, na medida em que este processo de detalhamento da inovação não foi instituído de forma tão regular e também pelo fato de se pensar nos atores envolvidos, ainda que com dificuldades, como agentes ativos do processo.

Já o modelo de interação social, privilegia as redes interpessoais de informação, a liderança de opinião, enfatizando muito o aspecto da difusão e sensibilização para a inovação a ser implantada. Nos parece que essa fase deste modelo foi muito usada no primeiro momento de discussão e construção da reforma.

Já durante sua implantação e gestão nos parece que o modelo de solução de problemas foi o que explica o "modus operandi" adotado por esta instituição.

Huberman (1973), ao explicitar esse ciclo esquematicamente propõe através da Figura 2 – Ciclo de solução de problemas:

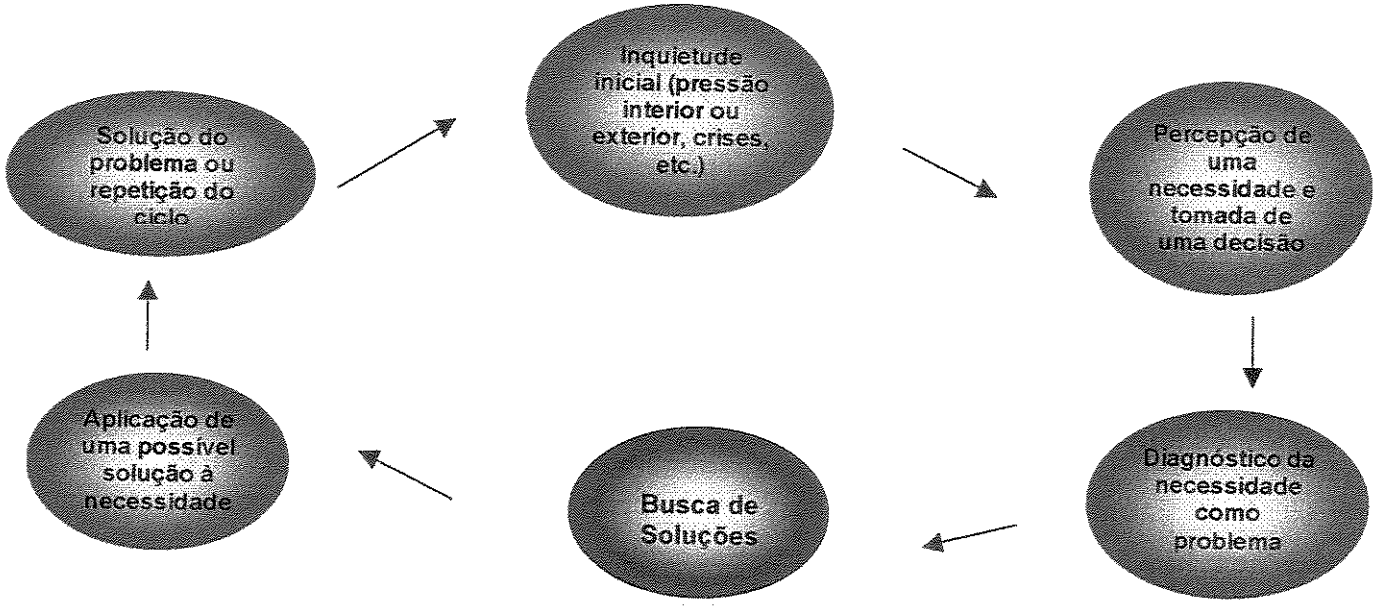


FIGURA 2 – Ciclo de solução de problemas

Assim a Reforma Curricular da FCM/UNICAMP, diagnostica após refletir sobre o tipo de formação que estava sendo gerada em sua unidade, que havia a necessidade de mudança e que o caminho passava por uma nova estruturação curricular que propiciasse respostas mais satisfatórias quanto ao perfil médico desejado.

Percebo que a compreensão deste diagnóstico foi um aspecto que não se consolidou como poderia, em função dos gestores, ou das pessoas aqui colocadas como líderes, não se aperceberem que o papel dos potenciais agentes de mudança teria que abarcar a idéia de enlace, de não diretividade e sim de estímulo à construção.

Eu entendo que quando se permite ao professor e ao aluno compreender o conceito e sentido da inovação, opinar sobre ela e assim, reconhecer seus pontos críticos, a capacitação estará acontecendo, no sentido em que se retira o papel de expectador e, junto com ele, a idéia de um agente externo ao processo e por isso incompetente.

Quando é viabilizado ao professor, ao aluno e a própria instituição que tomem a inovação como algo de sua propriedade, viabiliza-se algo maior que é a

possibilidade de todos esses atores agirem como agentes inovadores em potencial e neste momento, o novo deixa de se constituir uma ameaça.

Percebo que num processo de mudança, o que impede sua implementação não é necessariamente a natureza dela, mas a idéia que aqueles que se configuram como os atores envolvidos, detém sobre ela. Para isso, é fundamental descaracterizar a inovação como uma ameaça à integridade do professor, identificar resistências e discuti-las, facilitar canais de comunicação, bem como assistir e preparar os envolvidos, com instrumentos de retro-alimentação na perspectiva de manutenção do funcionamento adequado do processo inovador.

Nesse aspecto é de fundamental relevância a construção de um processo de avaliação contínuo na etapa de implantação da inovação.

Este processo permitirá o balizamento e correção mais ágil e precisa das possíveis questões pertinentes ao trabalho como um todo.

Considerando o exposto, entendo que algumas contribuições possam ser dadas a este projeto de Reforma Curricular da FCM/UNICAMP, no sentido de ensejar outros olhares e possivelmente outros caminhar:

- Ampliar a rede de informações acerca do processo, estabelecendo canais de comunicação onde os atores envolvidos possam ter as informações sobre a constituição da Reforma e seu desenvolvimento. Esta rede de informações deve se constituir numa perspectiva de interação social, como Huberman propõe, entendendo o contato da gestão com todos os envolvidos sendo o mais aproximado possível. Pode-se, prover o acesso das informações via internet e o estímulo à publicações internas, como jornais, TV, além de ampliar encontros de discussões como seminários, grupos menores com participantes de vários módulos, entre outros. Vale registrar que algumas ações nesse sentido já vêem sendo implantadas como a promoção de seminários para a discussão da reforma, palestras de profissionais de outras instituições nacionais e internacionais, que viveram a construção de reformas curriculares.

- Fornecer, no plano teórico, elementos sobre como se processa uma inovação pedagógica, aqui no caso, especialmente curricular, quais são suas características, suas dificuldades, como cada grupo de envolvidos, como professores, alunos, o grupo gestor e a própria instituição, podem contribuir para o bom desenvolvimento do processo; enfim, fornecer elementos quanto a possibilidade de construção de uma inovação numa perspectiva coletiva e legitimada por todos;
- Procurar estabelecer processualmente a retomada da discussão e problematização dos marcos conceituais de forma mais sólida entre os envolvidos. Penso ser importante pontuar que os pressupostos assumidos pela Reforma podem se constituir neste marco, mas, é na sua discussão, no processo de legitimação que isso pode se tornar mais forte e aí sim, se constituir numa mola propulsora para o desenvolvimento do processo de maneira mais participativa de fato;
- Desenvolver uma estrutura de apoio pedagógico no sentido de subsidiar teoricamente os docentes, no âmbito dos conhecimentos da educação, para a possibilidade de desenvolvimento de trabalhos pedagógicos coletivos e que contenha a perspectiva interdisciplinar, forma de trabalho entendida como a ser adotada por esta reforma. Entendo que também nesta estrutura, seria de suma importância um apoio na questão da avaliação dado que tanto nas observações como na pesquisa de percepção, ficaram evidentes as dificuldades nesta área do fazer pedagógico. Há lacunas importantes neste campo, típicas da formação universitária, que precisam ser enfrentadas. Esse cuidado pode alavancar a forma de organização do trabalho pedagógico dando-lhe suporte aos novos objetivos de formação que é reclamado por nosso espaço educacional;

- Buscar dentro da própria Universidade, outros pares, detentores de outras áreas de conhecimento como, por exemplo, a filosofia, a sociologia, os aspectos relacionais da psicologia, os saberes da economia, ou seja, estimular a troca de conhecimento numa perspectiva de trabalho pedagógico coletivo.

Esta pesquisa pautou-se pela observação e estudo dos três primeiros anos da Reforma Curricular da FCM/UNICAMP; entendo que um trabalho que continuasse esse estudo na sua integralidade, ou seja, nos seis anos do curso, poderia contribuir sobremaneira para a compreensão dos processos de concepção, implantação e gestão de uma mudança curricular na formação médica. Gostaria de frisar a natureza processual dos avanços desse tipo de travessia. É fundamental que haja um esforço de construção de uma forma de resistência que pode se configurar na disposição do "aprender fazendo", ou seja, que a gestão, implantação e avaliação desta inovação curricular seja um retrato das efetivas ações de educadores, educandos, gestores e instituição.

Procurei nesta pesquisa, construir um conjunto de idéias, de conhecimentos que em última instância, corroborasse com todos os educadores que como eu, entendem o mundo como uma belíssima possibilidade.

Possibilidade de erros, de acertos, de confluências na crença mais genuína de que o ato de educar, o ato de cuidar em saúde é conseqüência de uma coisa maior; é conseqüência de pessoas, de gente que teimosamente, acredita naquilo de mais verdadeiro e que nos caracteriza como humanos: A capacidade de amar generosamente, de acolher o outro porque somente assim é possível incluí-lo.

Nesses 23 anos de trabalho, entendo que chego ao final desta etapa de minha formação acadêmica, acreditando cada vez mais em aspectos que os defino como integrantes da "cesta básica" das pessoas que persistentemente acreditam no bem querer, na sinceridade, na vontade de saber mais e melhor, na capacidade de ser integro, de ser solidário, enfim, nas características que emanam a necessária possibilidade ética de ver o mundo.

Entendendo que este trabalho esgota a perspectiva de construção de conhecimento vivida por mim, neste momento, desejando que ele possa ensejar outros educadores, outros cuidadores a novos e acolhedores caminhar...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. *A escola com que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir.* Campinas: Papirus, 2001.

_____. *Conversas com quem gosta de ensinar.* São Paulo: Ars Poética, 1995.

_____. *Conversas sobre educação.* Campinas: Versus, 2003.

_____. *Por uma educação romântica.* Campinas: Papirus, 2002.

APPLE, M. W. *Ideologia y currículo.* Madrid: Akal, 1986.

BARTOLOME, L. *A Educação no século XXI:* os desafios do futuro imediato. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

BERBEL, N. A. N. *Metodologia da problematização*: fundamentos e aplicações. Londrina: Ed. da UEL, 1999.

_____. *Metodologia do ensino superior*: realidade e significado. Campinas: Papirus, 1994.

_____.; CIANNASI, M. J. *Metodologia da problematização aplicada em curso de educação continuada e a distancia*. Londrina: Ed.da UEL, 1999.

BORDENAVE, J D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem.* Petrópolis: Vozes, 2000.

BOURDIEU, P.; CHAMPAGNE, P. Os excluídos do interior. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Org.). *Escritos de educação.* Petrópolis: Vozes, 1998.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. *A reprodução:* elementos para uma teoria do sistema de ensino. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

BRAGA, J. C.; GOES S. G. *Saúde e previdência*: estudos de policia social. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRUNO, L. F. *Comportamento gerencial.* Amazonas: Ed. da UFAM, 1999.

CAMPOS, G. W. de S. *Reforma da reforma*: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. *Planejamento sem normas.* São Paulo: HUCITEC, 1989.

CECILIO, L. C. de O. *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

CORREIA, J. A. *Inovação pedagógica e formação de professores.* Rio Tinto: Asa, 1989.

CUNHA, M. I. da. *O bom professor e sua prática.* Campinas: Papirus, 1989.

_____. *O Professor universitário na transição de paradigmas.* Araraquara: JM, 1998.

DEMO, P. *Avaliação qualitativa*: polêmicas do nosso tempo. Campinas: Autores Associados, 1995.

_____. *Educação & conhecimento:* relação necessária, insuficiente e controversa. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. *Mitologias da avaliação*: de como ignorar, em vez de enfrentar problemas. Campinas: Autores Associados, 1999.

DE LA ORDEN, L. *A* calidad de los centros educativos, assunto para um congreso. *Bordon*, v. 40, n. 2, p. 149-161, 1988.

DIAS SOBRINHO, J.; RISTOFF, D. I. *Avaliação democrática:* para uma universidade cidadã. Florianópolis: Insular, 2002.

_____. *Universidade construída:* avaliação institucional e resistência. Florianópolis: Insular, 2000.

DICCIONARIO *de las Ciencias de la Educación.* Madrid: Santillana, 1988.

ELLIOT, J. Classroom research*:* science of commonsense? In: McALEESE, R.; HAMILTON, D. *Understanding classroom life.* London: NFER, 1978.

_____. *La investigación-acción en educación.* Madrid: Morata. 1991.

_____. Teachers as researchers: implications for supervision and for teacher education. *Teaching & Teacher Education*, v. 6, n. 1, p. 1-26, 1990.

ESCUDERO MUNOZ, J. M. Innovación e investigación educativa. *Revista de Innovación Educativa*, n. 1, p. 5-44, 1986.

_____.; GONZALEZ, M. T. *La renovación pedagógica*: algunos modelos teóricos y el papel del profesor. Madrid: Escuela Española, 1984.

FERNANDEZ ENGUITA, M. *A face oculta da escola: educação e trabalho no capitalismo.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FRANCO, M. E. D. P. *Universidade*: pesquisa e inovação, o Rio Grande do Sul em perspectiva. Passo Fundo: Ediupf: Edipucrs, 1997.

FREIRE, M. et al. *Grupo, indivíduo, saber e parceria:* malhas do conhecimento. São Paulo: Artcolor, 1997.

FREIRE, M. et al *Avaliação e planejamento*: a prática educativa em questão,instrumentos metodológicos II. São Paulo: Artcolor, 1997.

FREIRE, P. *Cartas a Cristina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

_____. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FREIRE, P.; HORTON, M. *O caminho se faz caminhando:* conversas sobre educação e mudança social. Petrópolis: Vozes, 2002.

FREITAS, L. C. de. *Crítica da organização do trabalho pedagógico e da didática.* Campinas: Papirus, 1995.

_____. (Org.). *Avaliação construindo o campo e a crítica.* Florianópolis: Insular, 2002.

FRIGOTTO, G. *Educação e a crise do capitalismo real.* São Paulo: Cortez, 1996.

GALLO, E. *Razão e planejamento.* São Paulo: Hucitec, 1995.

GANDIN, D. *A Prática do planejamento participativo*: na educação e em outras instituições, grupos e movimentos dos campos cultural, social, político, religioso e governamental. Petrópolis: Vozes, 1994.

GARCIA, W. E. *Inovação educacional no Brasil*: problemas e perspectivas. Campinas: Autores Associados, 1995.

GASPARIN, J. L. *Uma didática para a pedagogia histórico-crítica.* Campinas: Autores Associados, 2002.

GIMENO, J. *El currículo: una reflexión sobre la practica.* Madrid: Morata, 1988.

_____. Proyectos curriculares: posibilidad al alcance de los profesores? *Cuadernos de pedagogía*, n. 172, 2000.

GONZALEZ, M. T.; ESCUDERO MUÑOZ, J. M. *Innovación educativa*: teorias y procesos de desarrollo. Barcelona: Humanistas, 1987.

GUARNIERI, M. R. *Aprendendo a ensinar.* o caminho nada suave da docência. Polemicas do nosso tempo. Campinas: Autores Associados, 2000.

GUATTARI, F. *Caosmose.* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

HERNÁNDEZ, F. *A organização do currículo por projetos de trabalho.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

HERNÁNDEZ, F. *Transgressão e mudança na educação. Os projetos de trabalho.* Porto Alegre: ArtMed, 1998.

_____. *Aprendendo com as inovações nas escolas.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

_____.; SANCHO, J. M. La evaluación democrática como investigación: hacia un conocimiento compartido. In: VV.AA. *Investigar para innovar en educación.* Bellaterra: ICE da Universidade Autônoma, 1992.

_____. *Para enseñar no basta con saber la asignatura.* Barcelona: Piados, 1993.

_____.; VENTURA, M. *A organização do currículo por projetos de trabalho:* o conhecimento é um caleidoscópio. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. *La organización del vitae mediante proyectos de trabajo. El conocimiento es un calidoscopio.* Barcelona: Graó, 1992.

HOFFMANN, J. M. L. *Avaliação*: mito & desafio: uma perspectiva construtiva. 7. ed. Porto Alegre: Mediação, 1992.

HORD. *Evaluating educational innovation.* New York: Croom Helm, 1987

HOUSE, E. R. Tres perspectivas de la innovación educativa: tecnológica, política y cultural. *Revista de Educación*, n. 286, p. 79-96.

HUBERMAN, A. *Como se realizam los cambios en la educación; una contribuición al estudio de la innovación.* Paris: UNESCO, 1973.

HUMMEL, C. *La educación hoy frente el mundo del mañana.* Caracas: Voluntad, 1988.

IMBERNÓN, F. *A educação no século XXI*: os desafios do futuro imediato. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

JORGE, L. *Inovação curricular*: além da mudança dos conteúdos. Piracicaba: Ed. da Unimep, 1996.

KEMMIS, S. *Currículo*: más allá de la teoria de la reproducción. Madrid: Morata, 1988.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

LIMA-GONÇALVES, E. *Médicos e Ensino da Medicina no Brasil*. São Paulo: EDUSP, 2002.

LOURAU, R. El campo de coherencia del análisis institucional. *Cuadernos de Posgrado de la Universidad de Buenos Aires*, n. 2, p. 1-70, 1997

LUCKESI, C. C. *Verificação ou avaliação: o que pratica a escola?*. In: CUNHA, M. C. A. A. et al. *A construção do projeto de ensino e a avaliação*. São Paulo: FDE, 1990.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação*: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MCLAREN, P. *A vida nas escolas*: uma introdução à pedagogia crítica nos fundamentos da educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1977.

MADUREIRA, P. *O eu e os nós.* São Paulo: Hucitec, 2002.

MELLO, C. G. *Saúde e assistência médica no Brasil.* São Paulo: CEBES/Hucitec, 1977.

MINAYO, M. C. S. *Os muitos Brasis*: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec,1999.

MENDES, E. V. *Distrito sanitário*: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). *Democracia e saúde a luta do CEBES.* São Paulo: Lemos, 1997.

MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. da. *Currículo, cultura e sociedade.* São Paulo: Cortez, 2002.

MORRISH, I. *Cambio e innovación en la enseñanza.* Salamanca: Anaya, 1978.

NAVARRO, V. Classe social poder político e o Estado e suas implicações na medicina. In: ABRASCO. *Textos de apoio*: ciências sociais I. Rio de Janeiro: Abrasco/ENSP, 1983.

OLIVEIRA, B. *O trabalho educativo*: reflexões sobre paradigmas e problemas do pensamento pedagógico brasileiro. Campinas: Autores Associados, 1996.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. Fleury. *(IM) Previdência social*: 60 anos de historia d previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989.

PERRENOUD, P. *A pedagogia na escola das diferenças. Fragmentos de uma sociologia do fracasso.* Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

_____. Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens entre duas lógicas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

_____. Das diferenças culturais às desigualdades escolares: a avaliação e a norma num ensino diferenciado. In: ALLAL, L. et al. *Avaliação formativa num ensino diferenciado*. Lisboa: Livraria Almeidina, 1986.

_____. *Ensinar*: agir na urgência, decidir na incerteza. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. *10 Novas competências para ensinar.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

_____. et al. *Formando professores profissionais*: quais estratégias? quais competências? Porto Alegre: Artmed, 2001.

PIMENTEL, M. da G. *O professor em construção.* Campinas: Papirus, 1993.

RABELO, E. H. *Avaliação. Novos tempos*: novas práticas. Petrópolis: Vozes, 1998.

ROMÃO, J. E. *Avaliação dialógica*: desafio e perspectivas. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 1999.

SACRISTÁN, J. G. *O currículo*: uma reflexão sobre a pratica. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SANTOS, B. de S. *Pela mão de Alice*: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *Um discurso sobre as ciências*. Edições Afrontamento, 1987.

_____, *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SARRAMONA, J. Formación, selección y perfeccionamiento del profesorado y calidad de los centros educativos. *Bordon*, v. 40, n. 2, p. 257-274, 1998.

SAVIANI, D. *Escola e democracia:* polêmicas do nosso tempo. Campinas: Autores Associados, 2002.

_____. *Fundamentos de educación.* Barcelona: CEAC, 1989.

_____. *Pedagogia histórico-crítica*: primeiras aproximações. Campinas: Autores Associados, 2000.

SAVIANI, D. *Saber escolar, currículo e didática*: problemas da unidade conteúdo/método no processo pedagógico. Campinas: Autores Associados, 2000.

SORDI, M. R. L. *Explorando a prática de avaliação no ensino de enfermagem.* 1993. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

_____. Avaliação da aprendizagem universitária em tempos de mudança: a inovação ao alcance do educador comprometido In: PASSOS, I. A. V.; CASTANHO, M. E. I. M. (Orgs.). *Pedagogia universitária*: a aula em foco. Campinas: Papirus, 2000.

STENHOUSE, L. *Investigación y desarrollo del currículo.* Madrid: Morata, 1984.

STRECK, D. R. *Pedagogia no encontro de tempos.* Petrópolis: Vozes, 2001.

TAVARES, J. (1996). *Uma sociedade que aprende e se desenvolve*: relações interpessoais. Lisboa: Cidine, 1996.

THURLER, M. G. *Inovar no interior da escola.* Porto Alegre: Artmed, 2001.

VEIGA, I. P. A.; CASTANHO, M. E. L. M. *Pedagogia universitária*: a aula em foco. Campinas: Papirus, 2000.

VILLORO, L. El poder y el valor. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

ZABALZA, M. A. *Diários de aula*: contribuído para o estudo dos dilemas práticos dos professores. Lisboa: Porto, 1994.

ANEXOS

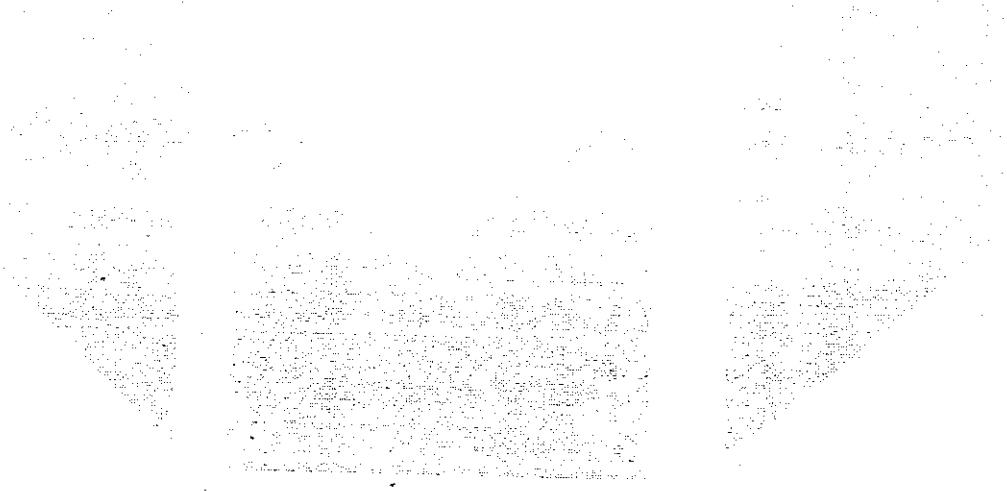
ANEXO A

Faculdade de Ciências Médicas

Comissão de Ensino de Graduação em Medicina

PROJETO PEDAGÓGICO

UNICAMP - 2001



1. HISTÓRICO

A Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP é uma das maiores e mais importantes instituições do país, apresentando um compromisso histórico com a inovação da educação médica. A escola destaca-se no cenário nacional por ser uma das primeiras instituições a adotar uma política de formação de médicos com uma missão específica que falaremos a seguir.

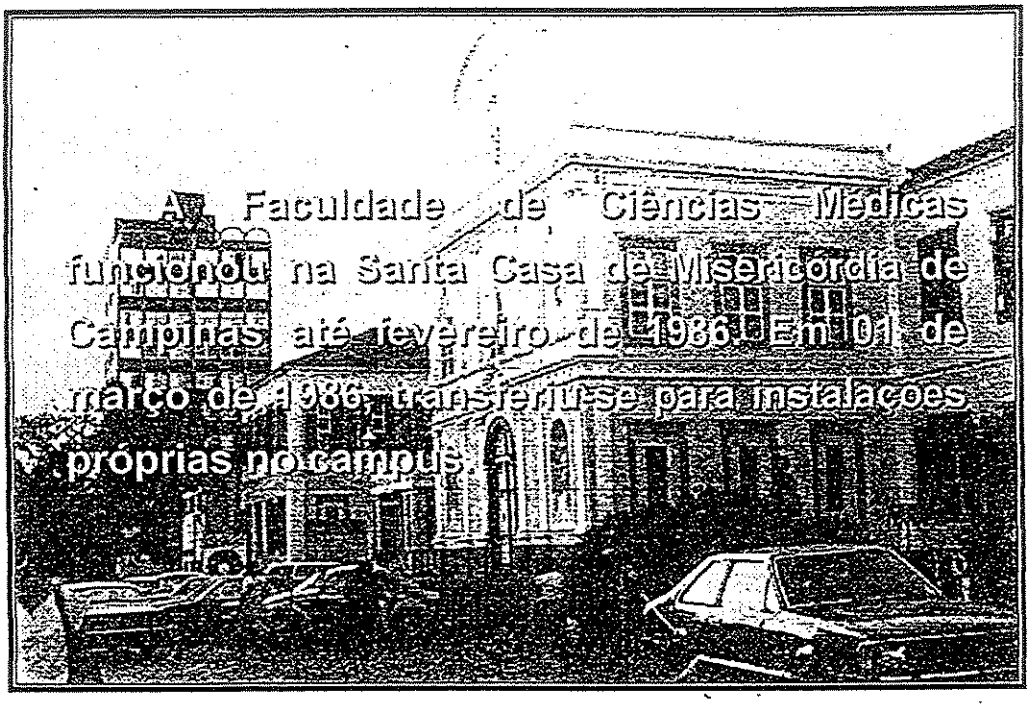
A importância histórica da escola, fica ainda mais destacada com a iniciativa de receber uma Comissão Externa para realizar avaliação institucional no âmbito da Comissão Permanente de Avaliação do Ensino de Graduação da UNICAMP, cujos resultados ressaltaram tal destaque com notas A em todos os pontos solicitados pelos avaliadores do MEC.

Neste contexto, a Comissão de Ensino apresentará de maneira sucinta, destaque para os pontos fortes da execução do currículo adotado pela escola, objetivando contribuir para os esforços institucionais de aprimoramento continuado do modelo de formação médica da Faculdade de Ciências Médicas.

1.1. Faculdade de Ciências Médicas




A Faculdade de Medicina de Campinas foi criada oficialmente em 25 de novembro de 1958 pela Lei Estadual n.º 4.996, promulgada pelo governador do Estado de São Paulo, Jânio da Silva Quadros, como um Instituto Isolado de Ensino Superior.

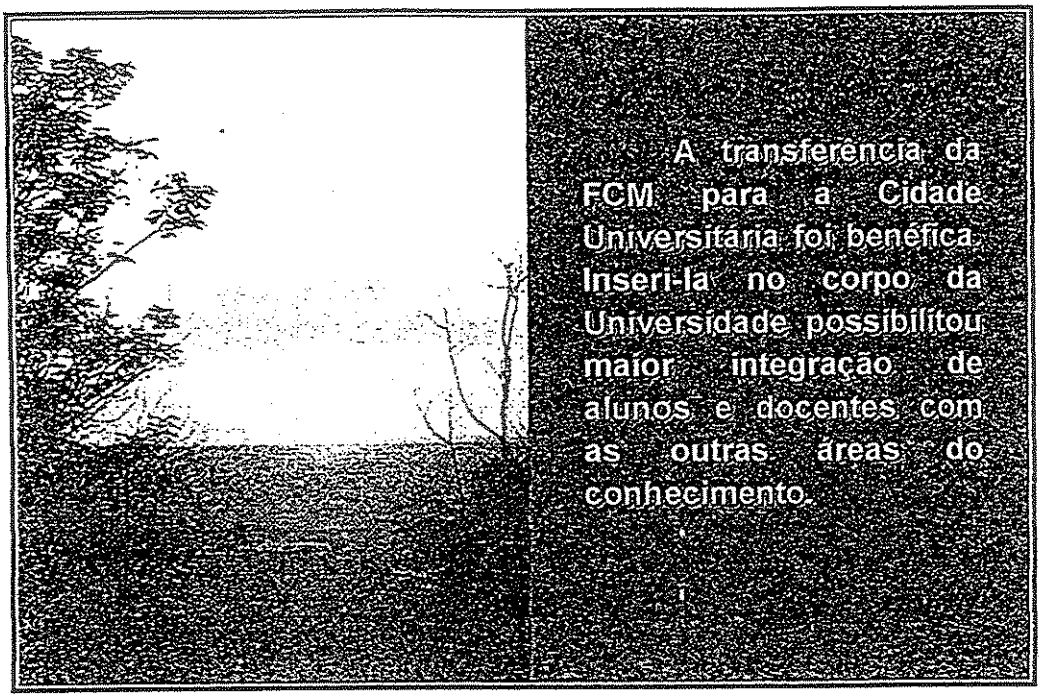

A Faculdade de Ciências Médicas funcionou na Santa Casa de Misericórdia de Campinas até fevereiro de 1986. Em 01 de março de 1986, transferiu-se para instalações próprias no campus.

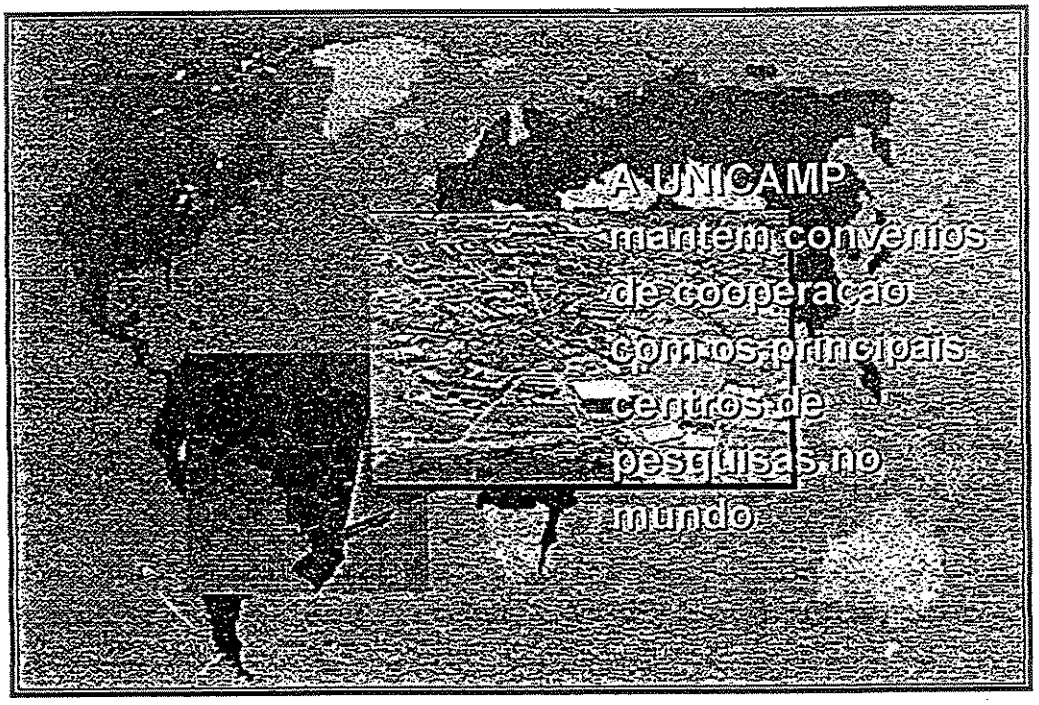


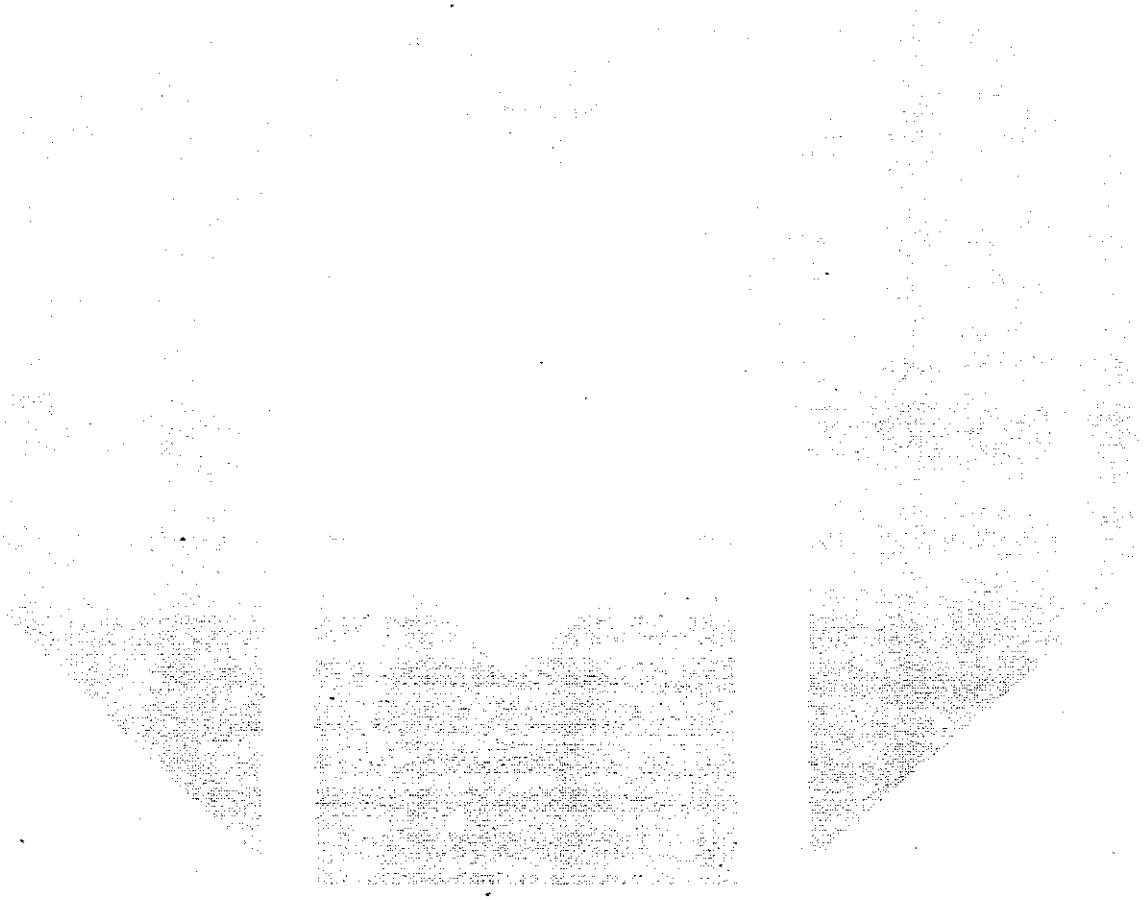
Em 20 de maio de 1963 foi proferida a aula inaugural ao 1.º ano médico, numa sala improvisada no inacabado Edifício da Maternidade de Campinas, que inicialmente cedeu seus três primeiros andares à Faculdade.



O treinamento clínico e cirúrgico dos alunos era realizado nas enfermarias e instalações da Santa Casa de Campinas onde, por meio de um convênio com a Irmandade de Misericórdia, passaram a funcionar os recém criados Departamentos e Disciplinas da Faculdade.


A transferência da FCM para a Cidade Universitária foi benéfica. Inseri-la no corpo da Universidade possibilitou maior integração de alunos e docentes com as outras áreas do conhecimento.


A UNICAMP mantém convênios de cooperação com os principais centros de pesquisas no mundo



2. APRESENTAÇÃO

A partir da última década, a Comissão de Ensino de Graduação iniciou um processo de discussão didático-pedagógica de forma a questionar uma visão atualizada do ensino médico na busca de crescentes níveis de qualidade e excelência.

Não se reestrutura uma Faculdade de Ciências Médicas apenas com técnicas e equipamentos sofisticados de última geração. Uma postura pedagógica sócio-educativa requer muito mais do que tecnologia. Requer planos e projetos de longo prazo que garantam não só a sobrevivência da Instituição, mas sua competência institucional e ética, seu reconhecimento público e condições de oferecer respostas médico-hospitalares adequadas aos anseios da sociedade.

Requer inovação. Requer clientela satisfeita, alunado devidamente preparado, docentes qualificados, valorizados e com alto nível de desempenho.

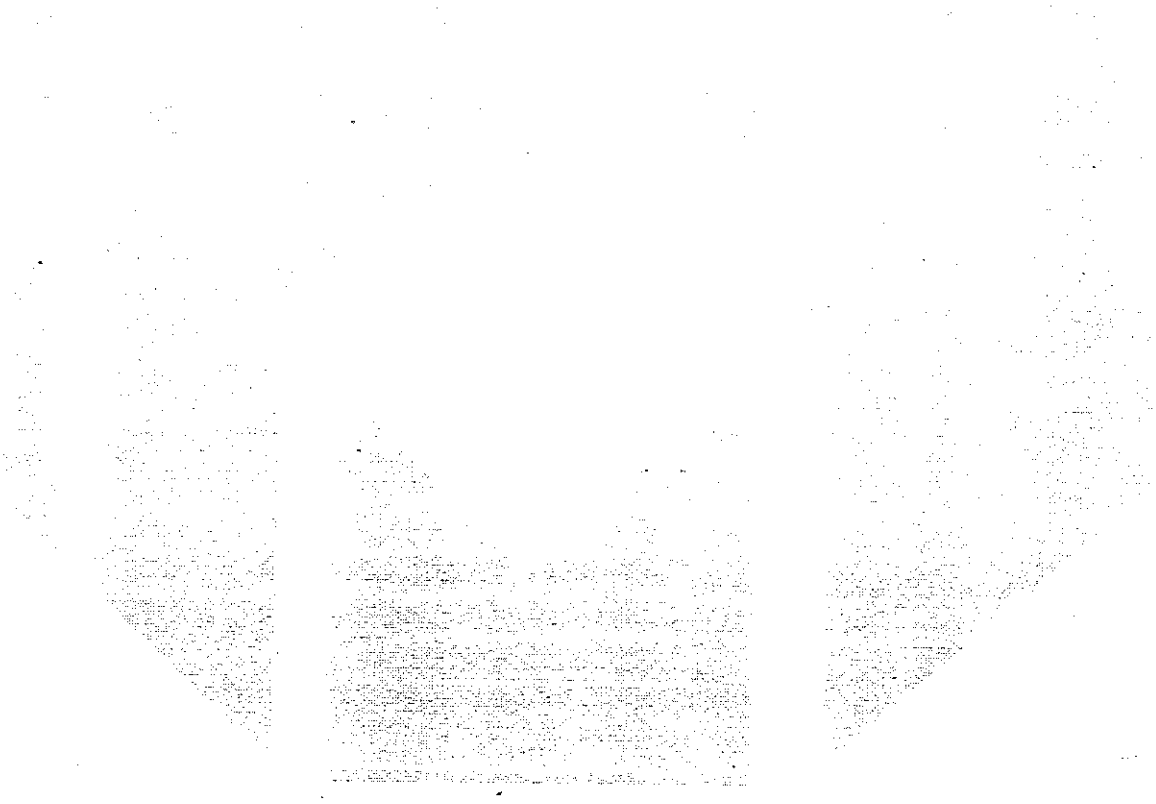
Face a essa inquietação, não foram poupados esforços em nível interno para se garantir uma reestruturação integrada e humanizada em todas as dimensões, com objetivos e desafios bem definidos.

Qualquer processo de integração começa pela definição de um objetivo comum, ou seja, pela definição da missão.

Para tanto os departamentos devem estar fundamentados em princípios e valores, definidos em consenso.

Vários passos têm sido dados para elaboração conjunta desse planejamento chegando-se ao momento de formalizá-lo num projeto educativo considerando os resultados dos estudos e debates das propostas de reformulação do curso de medicina.

Assim sendo, infere-se que a reestruturação curricular foi concebida, mediante um estudo e trabalho conjunto e numa postura crítico-reflexiva procurando criar eixos integrados dentro de um conteúdo maior.



3. JUSTIFICATIVA

A medicina tem sido marcada nos últimos anos por significativos avanços tecnológicos e científicos. A par disso, a implementação social do atendimento médico-hospitalar tem sofrido privatizações enfrentamento de legislações novas, redução de recursos financeiros alterando-se o aspecto econômico, assistencial e social das entidades que propiciam atendimento médico.

Isso gera as mais variadas crises para todos profissionais da saúde atingindo todos que compoem essa área.

Portanto foi necessário perquirir tais interesses médico/sociais, numa atitude crítica perante a realidade e seus meios de expressão, produção e ensino, buscando também conhecer o contexto universitário que envolve alunos/docentes e a Faculdade de Ciências Médicas, para que o ensino médico seja forjado consciente dos desafios, problemas, transições crises e identidade.

A busca do essencial no ensino médico emerge como exigência indeclinável dos novos tempos, num incessante renovar-se, para que a prática didático-pedagógica esteja imersa num currículo afeito a visão de futuro, aos conflitos sociais, às novas técnicas científicas, humanamente enriquecido de dimensão ética, interdisciplinar bem como multidisciplinar.

3.1. Objetivo do curso

O objetivo do curso de medicina é formar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes para o exercício da medicina numa postura ética, numa visão humanística, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.



3.2. Missão do curso de Medicina

Cabe como missão à Faculdade de Medicina constituir-se como centro de estudo permanente, acompanhado de constante reavaliação conjuntural e estrutural, diante de suas responsabilidades científicas, políticas e sociais, contribuindo para a melhora do contexto médico-hospitalar, para o incentivo à pesquisa, para a participação em todos os segmentos da saúde, intercâmbios inter-institucionais.

Portanto, como missão, a Faculdade de Ciências Médicas se vê como um processo em aberto, identificada e adaptada às necessidades de cada momento. É assim que vive uma Instituição de Ensino Médico, face à sociedade globalizada onde as mudanças no conhecimento são cada vez mais aceleradas; é na educação continuada que está a chave para que o Curso de Medicina acompanhe essas transformações.

3.2.1 Perfil do candidato ao novo currículo

A Comissão de Ensino da Graduação da Faculdade de Ciências Médicas entende que a grade curricular proposta está comprometida em formar um profissional que deverá ter no final do curso uma formação geral, ser um profissional competente técnica, ética e humanisticamente capaz de trabalhar em equipes, incorporar

criticamente tecnologias e ter espírito crítico e transformador em relação ao sistema de saúde, respeitando o contexto sócio-econômico e a autonomia do paciente.

Assim sendo, o curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas deverá, portanto, formar profissionais com o seguinte perfil de formação e competência:

a) postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania;

b) orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças;

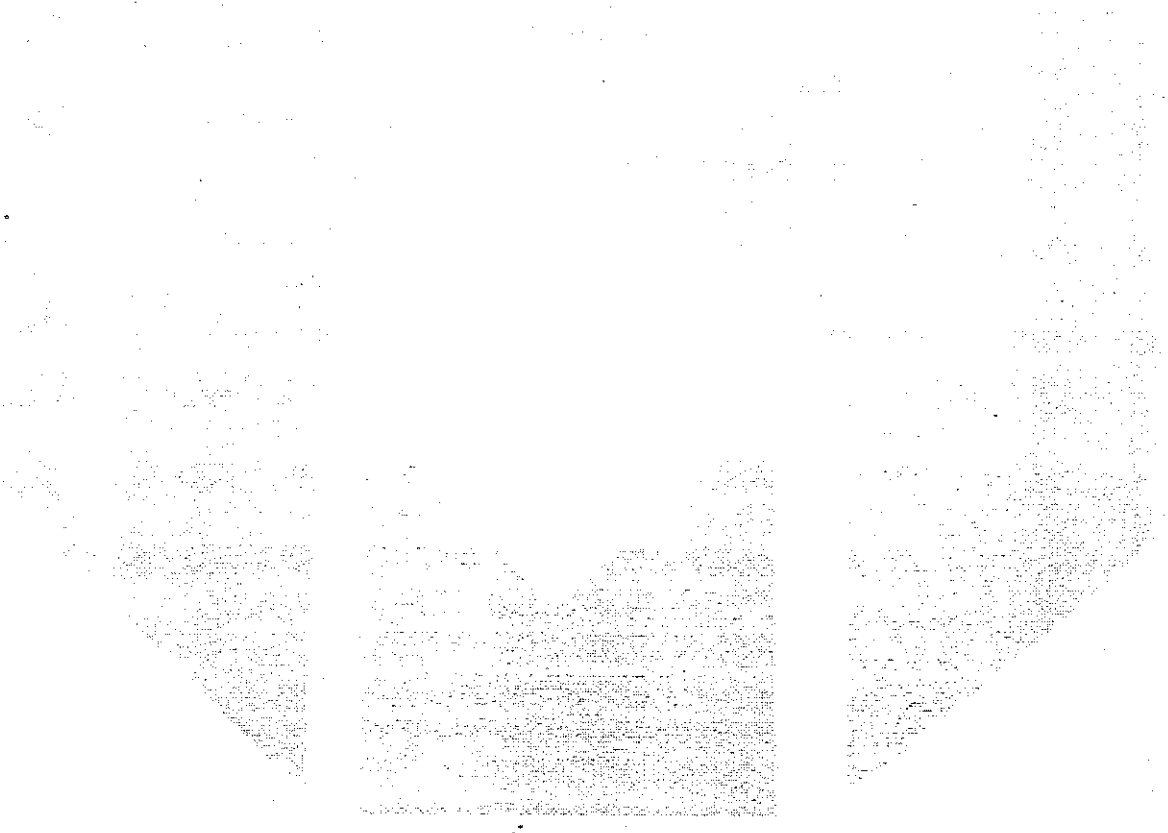
c) capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional;

d) orientação para atuar em nível primário e secundário de atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde;

e) capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências;

f) capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente;

g) capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde;



4. FUNDAMENTOS DO CURSO

O curso de medicina, através da reestruturação curricular que se corporifica nesse projeto pedagógico propõe-se a responder as demandas de uma formação médica multidimensional, interagindo ensino, pesquisa e extensão.

Buscou-se sintonia com a Lei Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN 9394/96; a minuta do anteprojeto das diretrizes Curriculares nacionais para os cursos de graduação em Medicina ainda em tramitação CNE.

A reestruturação levou em especial consideração o disposto no artigo 43 da LDBEN 9394/96, ao preceituar que "a educação superior terá de estimular a criação cultural e o desenvolvimento de espírito científico e do pensamento reflexivo", bem como "incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica", "prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade", "promover a extensão".

Para se elaborar o novo currículo mediante um Projeto Educativo que se constrói na ação do dia-a-dia buscou-se também a interdisciplinariedade, a integração teoria/prática, o incentivo a pesquisa orientada mediante a iniciação científica, e estratégias de ensino/aprendizagem que favoreçam o conhecimento em dimensão dinâmica, permanente, em processo ativo de ação e reação aos problemas circundantes e ainda, atendendo ao mercado de trabalho.

Construiu-se a reestruturação curricular de tal sorte que a graduação não implique em finitude de estudo, mas que seja vista como um eixo propulsor a uma formação continuada mediante cursos de extensão, especializações, pós-graduação...

A inserção dessas práticas de formação alem de alicerçar as práticas curriculares favorece a formação transdisciplinar, promove a flexibilização curricular e atende ao artigo 47 da Lei 9394/96, criando novos sujeitos educacionais.

5. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Dos múltiplos significados da noção de competência, adotamos aqui como sendo "uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles" (Perrenoud 1999). Desta forma, podemos dizer que as competências clínicas de um médico vão muito além de seus conhecimentos científicos.

São competências e habilidades consideradas indispensáveis na formação do médico da Unicamp:

- comportar-se eticamente frente ao paciente e à comunidade;
- lidar com a diversidade de comportamentos, crenças e idéias, reconhecendo o direito dos pacientes;
- interpretar, intervir e contribuir para a transformação da realidade social na perspectiva das funções médicas;
- demonstrar raciocínio crítico e capacidade para transferir conhecimentos teóricos para a prática médica, na interpretação dos dados, na identificação da natureza e na resolução dos problemas;
- otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos os seus aspectos;
- manter um compromisso com a qualidade do atendimento, reconhecendo as limitações do conhecimento e o dever de atualização da competência;
- realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o primeiro atendimento das urgências e emergências;
- diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças da gestante, da criança, do adulto e do idoso em critérios de prevalência, potencial mórbido e de eficácia da ação médica;
- reconhecer e encaminhar adequadamente, pacientes portadores de problemas que fogem ao alcance da formação geral do médico;
- promover estilos de vida saudáveis, mediante comunicação e ajuda a indivíduos e grupos de risco na proteção à saúde e prevenção de doenças físicas e mentais;

- comunicar-se adequadamente com o paciente e seus familiares, lidar com as próprias frustrações e demonstrar atitude empática com o sofrimento;

- tomar decisões sobre todos os procedimentos da assistência médica, levando em conta a relação custo-beneficio;

- utilizar procedimentos de metodologia científica, incluindo leitura crítica de artigos técnicos e disposição de participar na produção de conhecimentos na área de sua atuação;

- utilizar com propriedade três linguagens básicas: português, inglês e informática;

- trabalhar eficientemente em equipe de saúde, reconhecendo, valorizando e adequando-se à competências específicas dos seus integrantes;

- comunicar-se com a comunidade científica utilizando linguagem técnica;

- lidar com a dinâmica do mercado de trabalho.

PROJETO PEDAGÓGICO

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – FCM/UNICAMP

Coordenador de Ensino de Graduação em Medicina – Profº Drº Sigisfredo Luis Brenelli

Secretário de Graduação – Carlos Roberto Tukaça

Editoração – Jefferson de Souza Espindola

ANEXO B

Faculdade de ciências médicas – UNICAMP

Curso célula

1° ano turma 2002

Objetivos gerais

O objetivo deste bloco é fornecer bases para o entendimento dos principais aspectos do funcionamento normal e anormal dos diversos sistemas, nos níveis celular e molecular.

Objetivos Específicos

Propiciar ao aluno a oportunidade para a aquisição de conhecimentos básicos e modernos da estrutura e função celular.

Permitir o aprendizado constante sobre a dinâmica da célula, incluindo aspectos estruturais e bioquímicos de componentes celulares como proteínas, carboidratos e lipídios, biomembranas e organelas, receptores e sinalização inter e intracelular, cromatina e cromossomos, regulação e gênica, mecanismos de proliferação, migração, adesão, diferenciação e morte celular dentre outros.

Preparara o aluno para o entendimento de novas técnicas diagnosticas ou terapêuticas já desenvolvidas ou a serem desenvolvidas.

Estes objetivos específicos contemplam ainda os seguintes itens:

- Especializar-se visando programas de pós-graduação, especialização, residência médica e outros.
- Relacionar o conhecimento especifico adquirido nas disciplinas eletivas com a formação geral do médico.
- Realizar seu aprimoramento continuado, selecionando, coletando e analisando a informação cientifica pertinente à pratica profissional, mantendo-se cientificamente atualizado.

- Encontrar e compreender fontes bibliográficas adequadas para estudo, consultar atualização.
- Reconhecer a necessidade de atualizar e ampliar constantemente seus conhecimentos profissionais.
- Identificar riscos mais comuns para à saúde e atuar preventivamente.
- Incorporar o conhecimento das ciências básicas na articulação das praticas de diagnostico, terapêutica e prognostico.

ORGANIZAÇÃO E METODOLOGIA/HAILIDADES

Curso Teórico: A parte teórica do curso não devera ultrapassar 60% da carga horária e poderá ser desenvolvida através de aulas expositivas, com a utilização de vídeos e de recursos de computação, procurando demonstrar a dinâmica das células.

Por se tratar quase sempre de material de fácil ilustração, as aulas devem conter dispositivos ou outras facilidades áudio visuais que simulem ou demonstrem de maneira clara o funcionamento celular.

PENSANDO O CURSO TEÓRICO

Os alunos devem estudar o conteúdo das aulas em bibliografia recomendada pelos professores, antes de assistirem às aulas. Sugere-se que a checagem desta leitura anterior possa ser feita através de questionários a serem respondidos não em aula e entregues antes da aula teórica.

Deverão ser empregados livros em português, sem exclusão total do material em língua inglesa, pois, acredita-se que esta seja uma forma de mantê-los em contato com a outra língua e de prepará-los para a leitura de textos e revistas cientificas.

Devera ser empregada a Internet como elemento de obtenção de informações. Salas de informática com condições de receberem os alunos devem ser disponibilizadas. O uso de softwares ou CD-rom também deve ser estimulado.

AULAS PRATICAS E DISCUSSAO DE CASOS CLÍNICOS

Sugere-se a reserva de 30% do tempo para estas atividades.
As aulas práticas devem ser realizadas de acordo com o conhecimento adquirido pelo aluno nas aulas teóricas. Portanto, elas deverão ocorrer em bloco, após o desenvolvimento de partes do conteúdo teórico.
As aulas práticas deverão englobar vários assuntos teóricos, de modo que o aluno possa fazer a integração e recordação das diferentes assuntos.

AVALIAÇÕES

As avaliações devem ser periódicas. Sugere-se a reserva de uma hora por semana, que anteceda a atividade "extra-muro", para que estas avaliações não prejudiquem estas atividades em função da pratica de "estudar para a prova".

HABILIDADES

Laboratório de Biologia Celular – Os alunos terão a oportunidade de aprender a utilizar o microscópio óptico através d observação e aprendizado da estrutura das células.
Aconselha-se também a demonstração, utilizando sistema de vídeo, da analises ao microscópio eletrônico de componentes celulares.
Aspectos anormais de células e/ou organelas poderiam ser inseridos, demonstrando a importância dessas ferramentas no estudo e diagnostico de algumas doenças.

Laboratório de Bioquímica – Os alunos terão a oportunidade de trabalharem métodos de dosagem de glicemia, colesterol e triglicérides na comunidade.
Obs: Nos três laboratórios envolvidos (Bioquímica, genética e Biologia Celular), sempre que possível, as aulas praticas deverão ser ilustradas com casos clínicos.

MÓDULO: MEDICINA E SAÚDE.

Pressupostos teóricos:

A medicina é um saber sobre o ser humano e o exercício da medicina – a clínica – é uma prática social, que tem por objetivo a promoção da saúde. A função social do médico consiste em prevenir, diagnosticar e tratar as enfermidades e a sua ação terapêutica envolve práticas de promoção de saúde, de prevenção da doença ou de seu agravamento, de reabilitação, de cuidado e de cura.

Podemos considerar a relação médico-paciente como uma versão particular das relações interpessoais. Uma relação interpessoal altamente especializada, uma vez que a presença ou a possibilidade da enfermidade, com todo o espectro de sofrimento, invalidez e possibilidade da morte, empresta-lhe características especiais.

Primeiro o médico se relaciona com alguém necessitado de cuidados – o paciente, mas este não está sozinho, ele tem uma família e faz parte de um grupo social sendo estes outros personagens igualmente importantes e intervenientes, que precisam ser considerados. Alem disso, o médico não trabalha isolado, ao contrário, trabalha em instituições, integrando equipes interdisciplinares.

Acreditamos que a capacidade profissional de um médico está intimamente relacionada com os seus conhecimentos técnico-científicos e com sua capacidade de estabelecer relações adequadas com seus pacientes, familiares e com a equipe da qual é um dos membros. Fazer uma clinica adequada implica em modular seus conhecimentos nos âmbitos biológico, psicológico e social de acordo com a situação em questão, de forma a viabilizar uma abordagem mais integral do ser humano.

O estudante de medicina passa ao longo do seu curso por significativas transformações emocionais, enfrentando-as com seus recursos pessoais e nem sempre elaborando-as. Se por um lado este processo o prepara para manter a serenidade e objetividades necessárias diante do sofrimento de seus pacientes, por outro, este processo pode afetar sua personalidade. Acreditamos que este módulo possa fornecer conhecimentos sobre as questões pertinentes à relação

médico-paciente, possibilitando reflexões sobre este contato, auxiliando o estudante para utilizar melhor suas características pessoais em benefício do paciente.

OBEJTIVOS:

- levar o aluno a conhecer diferentes aspectos da historia de vida do ser humano, à luz de conhecimentos psicológicos e sócio-culturais, a partir de observações de consultas médicas e entrevistas realizadas com usuários do sistema de saúde;
- discutir a especificidade da relação médico-paciente, o conceito de enfermidade e as gratificações emocionais, idealizações, expectativas, questionamentos, dificuldades e receios encontrados no contato inicial com o paciente, sus familiares e o sistema de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- realizar uma entrevista pessoal, treinando o seu ouvido para identificar os pontos mais relevantes da história de vida do ser humano e como estas questões são vivenciadas, aplicando a técnica de entrevista semi-dirigida de questões abertas.
- refletir e procurara compreender os aspectos mobilizados no contato com o paciente.
- ampliar sua capacidade critica sobre o papel do médico e sua função social, enquanto agente de saúde capaz de avaliar sofrimentos e promover bem estar, bem como preparar-se emocionalmente para a futura relação médico-paciente, que passará a realizar durante os anos de formação, considerando e refletindo obre as várias situações de crise que enfrentará.
- saber integrar os conhecimentos que forem sendo adquiridos no curso médico com a esperada postura humana, ética e profissional de acolhida ao doente e suas ansiedades.

Considerando a relação médico-paciente, uma relação interpessoal que tem a presença da enfermidade como sua marca de especificidade, faz parte fundamental de um curriculum médico dar condições

FACULDADE DE CIENCIAS MÉDICAS – UNICAMP
CURSO DE AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA I

PROPOSTA DO CURSO

Através de um trabalho didático pedagógico – centrado na perspectiva da produção do conhecimento de modo construtiva, que opera com vivencia, problematização, teorização – propiciar – em um trabalho dos alunos, tutorado por docentes, junto a um território de saúde na Cidade de Campinas – a construção de conhecimentos e habilidades para o graduando de primeiro ano sobre:

O mundo das necessidades de saúde, sua abrangência, complexidade e representação enquanto problema de saúde;
As tecnologias de saúde e suas formas de organização na construção de modelos de intervenção;
A organização das praticas de saúde nas redes de serviços;
As possibilidades de intervenção em diferentes níveis de atenção à saúde;
O controle social e os territórios de saúde nos municípios;
O trabalho multiprofissional e multidisciplinar em saúde.

Neste curso pret6ende-se cobrir as noções de:

Território de Saúde;
Padrão populacional de adoecimento e estado de saúde;
Modelos tecnológicos de intervenção;
Compreensão do problema de saúde e da complexidade do modelo explicativo que orientam a organização da pratica;
Todos são portadores de saberes e procuram explicar os problemas que vivenciam.

As competências que serão trabalhadas abarcaram o desenvolvimento da:

Capacidade de entendimento do que são problemas de saúde;
Capacidade para diagnosticar os problemas de saúde da comunidade;
Capacidade para intervir considerando a promoção proteção da saúde, e prevenção de doenças;
Compreensão para articular a pratica médica com a defesa da cidadania.

As habilidades a serem criadas, serão:

Participar em equipe multiprofissional de saúde;
Organizar, manejar e analisar informações em saúde referentes a morbidades e mortalidade;
Saber identificar e buscar diferentes fontes de informação para compreender os problemas de saúde;
Interagir com a comunidade e participar de ações de promoção, proteção e prevenção;
Construir modelos de analise para serem testados, sobre problemas de saúde.
Para construir estes eixos o curso trabalhará em 3 níveis de abordagem, junto das vivencias proporcionadas nos territórios.

O binômio necessidade de saúde e intervenção tecnológica, e a construção de modelos explicativos sobre os problemas alvo.

Cada um destes eixos ordenadores pressupõe o seguinte:

Necessidades de Saúde:

- A partir do processo modo de vida, saúde e doença
- Do ponto de vista da população do território
- Considerando o usuário e serviços
- Do ponto de vista da equipe de saúde.

MD – 141 IPC I

INTRODUÇÃO À PRÁTICA CIENTÍFICA: Fundamentos, Projetos, Análise e Tomada de Decisão.

Grupo Gestor

Coordenador: Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Vice – Luís Alberto Magna

Colaboradores: Everardo Duarte Nunes, Denise Y. J. Norato e Acadêmico Roberto Esteves

Objetivos Gerais:

Durante este módulo o aluno deverá iniciar o desenvolvimento de uma visão crítica a respeito de publicações e descobertas, desenvolver as habilidades necessárias para a utilização constante e para o planejamento de um projeto de pesquisa. Deverá ainda reconhecer a trajetória histórica do conhecimento em saúde e o espírito científico da época examinada, e vincular a evolução das ciências em saúde à evolução da história social da ciência. Deverá ainda tomar conhecimento e pesquisa em seres humanos. No decorrer das atividades do módulo o aluno deverá aprender a estabelecer os fundamentos da busca do conhecimento na pergunta científica e desenvolver as habilidades de leitura e aquisição de informações dentro de um espírito crítico, reconhecendo a importância dos marcos referenciais teóricos de cada investigação.

Objetivos específicos

Ler e apresentar visão crítica a respeito de publicações e descobertas.

Realizar um anteprojeto individual de iniciação à investigação, em uma das linhas de pesquisa de professor (es) do Instituto de Biologia e/ou da Faculdade de Ciências Médicas Discutir o que em ciência se torna original, importante e viável;

Explicar a necessidade da calibração dos modos de medir ou dos experimentos Piloto;

Explicar a necessidade do domínio dos métodos de investigar;

Citar as distantes modalidades cientificas e seus domínios (social, histórica, psicológica e biológica);

Metodologia:

A disciplina será ministrada através de aulas teóricas e do desenvolvidos de uma monografia que poderá tornar-se a base de um projeto de iniciação científica. A redação será individual e compreenderá: proposta temática, justificativa e hipótese para abordagem de um tema ou situação, sendo o tema escolhido em acordo com os professores orientadores e dentro de eixos temáticos gerais; tendo como cenário a realidade das clínicas, laboratórios e centros de serviços e pesquisas ao alcance da FCM, incluindo áreas próprias e de interface dentro da UNICAMP (educação, meio ambiente, engenharias e outras). As discussões serão em pequenos grupos (8 a 10 alunos). O Professor Supervisor deverá:

- Verificar a adequação dos anteprojetos aos princípios apresentados durante as conferências (trabalho "decodificador" em ralação aos conferencistas);
- Indicar no campus ou fora dele os recursos disponíveis para os trabalhos desenvolvidos, sendo a orientação acadêmica efetiva para os trabalhos escolhidos pelos alunos realizada por um orientador, docente da FCM ou IB;
- Manter registro semanal de freqüência e evolução de cada aluno em seu projeto;
- Vincular os projetos escolhidos a um dos Eixos Disciplinas ou Temas Macro-Estruturais: Saúde, sociedade e meio ambiente;

Saúde, trabalho e lazer;

Exclusão e inclusão nos processos sociais em medicina e saúde e da prática médica;

A estrutura dos serviços de saúde, cidadania, políticas de gênero e etnia;

Personalidade, sexualidade e afetividade;

Reprodução, desenvolvimento, envelhecimento e morte;

Os paradigmas de estrutura bio-ótica, rotas e funções nos elementos vitais;

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Homeostasia, ritmos vp – ISBN ariabilidade intra e extra individual;
Projetos terapêuticos, eficácia, custo e efetividade;-
Projetos Terapêuticos, dor e sofrimento;
A tomada de decisão clínica, processo de equipe;
Autonomia dos pacientes e observância do(s) processo(s) terapêutico(s);
A divulgação científica, informação, modalidades e discursos.

Avaliação

Os alunos receberão 4 notas. A média destas notas será a média final da disciplina. A primeira nota, pelo Professor Supervisor será a da avaliação contínua durante as Discussões Supervisionadas. As outras 3 notas serão referentes à monografia individual, que será avaliada pelo professor supervisor, pelo professor orientador, e pelo grupo de alunos ao final do semestre, sendo essa ultima realizada entre os colegas do grupo no formato de comitê de revisão entre pares; após apresentação pelo autor da monografia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bibliografia de base para o curso.
ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAIDER, F.. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. Ed. Pioneira, 2-ª Edição, São Paulo, SP, 1999, 203P – ISBN 85-221-0133-7.

PORTOCARRERO, V.[org]. Filosofia, história e sociologia das Ciências: abordagens contemporâneas. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994, 272p., ISBN 85-85676-02-7.

Referências adicionais:
LATOUR, BRUNO & WOOLGAR, STEVE. A vida de laboratório (a produção dos fatos científicos). Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1997. 310p.

PEREIRA, J.C.R. Análise de dados qualitativos: estratégias para as ciências da saúde, humanas e sociais. Co-edição FAPESP & EDUSP – Editora da Universidade de São Paulo., São Paulo, SP, 1999, 156p., ISBN 85-314-0532-8.

KHUN, T.S.. A estrutura das revoluções científicas. Perspectiva, 2ª edição, São Paulo, 1978. Capítulos 1-7.

MD-141/241 IPC I E II

INTRODUÇÃO A PRÁTICA CIENTÍFICA

Curso: Medicina

Período letivo: 1° e 2° semestres

Carga horária semestral: 60 horas

Créditos: 4

Ementa: O módulo, por meio de algumas aulas expositivas, mas principalmente de atividades práticas supervisionadas, proporciona condições para que o aluno se inicie no pensamento crítico sobre as ciências e a produção do conhecimento científico; desenvolva mentalidade investigativa e capacidade de busca de informações e planejamento de pesquisa; comece a assumir atitudes propícias ao trabalho coletivo e a prática científica.

Corpo docente

- **Coordenador:** Eliana de Melo Barison
- **Vice-coordenadores:** Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Supervisores:

Cláudio Rossi; Eliana de Melo Barrison; Ester Maria Danielli Nicola; Francisco Hideo Aoki; Heleno Rodrigues Corrêa Filho; Iscia Lopes Cendes; Laura Sterian Ward; Marcos Tadeu Nolasco da Silva; Maria Heloisa S.L. Blotta; Nelci Fenalti Hoer; Sara O.T. Saad; Vera Lúcia G. da Silva Lopes.

Colaboradores:

Aricio Linhares; Everardo Duarte Nunes; Heitor Moreno Jr.; Luiz Cândido; Paulo de Tarso Gomes (professor convidado); Ricardo Zollner; Roger Castilho; Patrícia Aline O. Ribeiro; Luciana Cardoso Bonadia; Iara L. Brandão de Almeida.

Objetivos Gerais:

- iniciação ao pensamento crítico relativo à pesquisas e às publicações no campo das ciências da saúde.

- desenvolvimento de habilidades necessárias a busca ativas de informações e ao planejamento de pesquisas no campo das ciências da saúde.
- desenvolvimento de atitudes adequadas à prática científica.

Objetivos específicos:

- Situar o conhecimento científico da atualidade no conjunto dos saberes
- Apontar características gerais do conhecimento científico e específicas das diferentes ciências contemporâneas
- Reconhecer a trajetória histórica do conhecimento em saúde em seus vínculos com o espírito científico de diferentes épocas e com a história social da ciência
- Reconhecer a importância dos referenciais teóricos de cada investigação
- Descrever aspectos da pesquisa científica como prática social
- Citar questões éticas e dificuldades inerentes ao conhecimento e à pesquisa em seres humanos
- Identificar, na leitura de um texto relativo às ciências da saúde:

▫Tema principal, estrutura, movimento e encadeamento das idéias

▫Argumentos: quais são e qual sua fundamentação

▫Os modos de conhecimento, os campos do saber e as áreas científicas envolvidos na argumentação

▫O tipo de estudo

▫O referencial teórico, o objetivo e as hipóteses do estudo

▫As suas implicações éticas

▫O método, as técnicas e o desenho empregado

- Analisar, em uma pesquisa em ciência da saúde:

▫a adequação entre objetivo, método, resultados e conclusões

▫a originalidade, importância e viabilidade

▫a qualidade e o impacto

- Sob supervisão do orientador:

▫Precisar, dentro de um tema, o objeto a perspectiva e o domínio da investigação

▫Definir objetivo da pesquisa

▫Realizar revisão bibliográfica pertinente a um tema e a um determinado objeto

▫Selecionar e organizar informações obtidas com a revisão em texto que introduza e justifique a questão que será objeto de pesquisa

▫Propor método para atingir objetivo

- Nas atividades de grupo de supervisão, desenvolver:

▫Atitude de respeito aos participantes

▫Responsabilidade em relação ao trabalho desenvolvido coletivamente

▫Capacidade de auto-avaliação

▫Capacidade de comunicação e discussão de idéias

Estratégias didáticas:

- atividades conjuntas para toda turma:

▫aulas expositivas

▫seminários com participação dos alunos, para discussão de filmes e textos previamente indicados

- Atividades em pequenos grupos de discussão supervisionada

▫a turma será dividida em pequenos grupos, cada um com um supervisor, para reuniões periódicas. Cabe ao professor supervisor indicar no campus ou fora dele os recursos disponíveis para os trabalhos desenvolvidos; orientar o grupo para que progressivamente sejam atingidos os objetivos, por meio da discussão coletiva dos trabalhos individuais, nas aulas e seminários; propor tarefas que serão objetos de discussão na reunião seguinte.

- Atividades individuais

▫Preparação de um projeto individual de investigação em uma das linhas de pesquisa de professor(es) do Instituo de Biologia e /ou da Faculdade de ciências Médicas. O projeto terá uma apresentação oral e uma por escrito e compreenderá: propostas temáticas, justificativa e hipótese para abordagem de um tema ou situação, objetivo, método e bibliografia. O tema será escolhido pelo aluno em acordo com os professores orientadores e dentro de eixos temáticos gerais, tendo como cenário a realidade das clínicas, laboratórios e centros de serviços e pesquisas ao alcance da FCM, incluindo áreas próprias e de interface dentro da

UNICAMP (educação, meio ambiente, engenharia e outras). O orientador será um **docente** da UNICAMP, de qualquer área de ensino e /ou pesquisa, de livre escolha recíproca por parte do aluno e do orientador. Cada aluno será orientado pelo seu professor orientador no que se refere a questões específicas do tem em investigação e pelo supervisor do seu grupo quando se tratar de aspectos gerais do processo. Esse projeto poderá ser desenvolvido como trabalho de iniciação científica, em horário previsto na grade curricular a partir do 2º ano do curso médico.

- Trabalhos semanais sugeridos pelo supervisor
    - preparação de seminários

Eixos disciplinares ou temas Macro-Estruturais:

- Saúde, sociedade e meio ambiente;
    - Saúde, trabalho e lazer;
    - Processo saúde-doença – ou o normal e o patológico;
    - Exclusão e inclusão nos processos sociais determinantes das desigualdades em saúde;

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Curso de **Medicina** - 1º semestre de 2003

BS110 – Disciplina de MORFOFISIOLOGIA I

PROGRAMA DA DISCIPLINA

GRUPO GESTOR

Profa. Dra Dora Maria Grassi-Kassisse (Departamento de Fisiologia / IB)
Profa. Dra Eneida de Paula (Departamento de Bioquímica / IB, gestora)
Prof. Dr Humberto Santo Neto (Departamento de Anatomia / IB)
Profa. Dra Inês Minniti Rodrigues Pereira (Depto de Radiologia / FCM, co-gestora)
Prof. Dr. Luís Antonio Violin Dias Pereira (Depto de Histologia e Embriologia / IB)
Profa. Dra Sarah Arana (Departamento de Histologia e Embriologia / IB)
(representantes dicentes - 1º e 2º anos)

CORPO DOCENTE

Profa. Dra. Evanisi Teresa Palomari (Anatomia- IB)
Prof. Dr. Humberto Santo Neto (Anatomia- IB)
Prof. Dr. José Meciano Filho (Anatomia- IB)
Prof. Dr Marco César Somazz (Anatomia- IB)
Profa. Dra Maria Júlia Marques (Anatomia- IB)
Prof. Dr. Roberto de Oliveira Levy (Anatomia- IB)
Prof. Dr. Roberto Natalino Ricarti (Anatomia- IB)
Profa. Dra Valéria Helena A.C. Quitete (Anatomia- IB)
Prof. Dr. Antonio Carlos Boschero (Fisiologia- IB)
Prof. Dr. Edson Delatre (Fisiologia- IB)
Profa. Dra. Elenice Ap. de Moraes Ferrari (Fisiologia- IB)
Prof. Dr. Everardo Magalhães Carneiro (Fisiologia- IB)
Prof. Dr. Francesco Langone (Fisiologia- IB)
Profa. Dra. Marta Helena Krieger (Fisiologia- IB)
Prof. Dr. Miguel Arcanjo Áreas (Fisiologia- IB)
Profa. Dra. Regina Célia Spadari-Bratfisch (Fisiologia- IB)
Prof. Dr. Áureo Tatsumi Yamada (Histologia- IB)
Profa. Dra. Carla Beatriz Collares-Buzatto (Histologia- IB)
Profa. Dra. Iara Maria Silva De Luca (Histologia-IB)
Prof. Dr. Luís Antonio Violin Dias Pereira (Embriologia-IB)
Profa. Dra. Ivanira José Bechara (Histologia- IB)
Profa, Dra Maria do Carmo Alberto-Rincon (Histologia-IB)
Profa. Dra. Maria Alice da Cruz-Höfling (Histologia- IB)
Prof. Dr. Paulo Joazeiro (Histologia- IB)
Profa. Dra. Sarah Arana (Histologia- IB)
Prof. Dr. Carlos Francisco Sampaio Bonafé (Bioquímica- IB)
Prof. Dr Eduardo Galembeck (Bioquímica- IB)
Profa. Dra. Eneida de Paula (Bioquímica-IB)
Profa. Dra. Ione Salgado (Bioquímica- IB)
Prof. Dr. José Camillo Novello (Bioquímica- IB)
Profa. Dra. Marcela Haun (Bioquímica- IB)
Profª. Dra. Beatriz Regina Álvares (Radiologia- FCM)
Prof. Dr. Edwaldo Camargo (Radiologia- FCM)
Profa. Dra. Eliza Maria Brito Pacheco (Radiologia- FCM)
Profa. Dra. Inês C. Minniti R. Pereira (Radiologia- FCM)
Profª. Dra. Irene Harumi K. Barcelos (Radiologia- FCM)
Prof. Dr. Jamal Baracat (Radiologia- FCM)
Prof. Dr. Lívio Nanni (Radiologia- FCM)
Prof. Dr. Nelson Márcio Gomes Cazerta (Radiologia – FCM)
Profª. Dra. Verônica de Araújo Zanardi (Radiologia- FCM)
Prof. Dr. Kleber Gomes Franchini (Clínica Médica- FCM)

Prof. Dr Marcos Dias Fontana (Farmacologia- FCM)
Elisa B. M. Inácio Peixoto (Bolsista PED – Histologia)
Juliana de Almeida (Bolsista PED – Fisiologia)
Eduardo José Caldeira (bolsista PED – Anatomia)

OBJETIVOS DA DISCIPLINA

O bloco morfofisiológico tem por finalidade ministrar aos estudantes os conceitos básicos de anatomia, bioquímica, embriologia, fisiologia e histologia, de forma integrada. Entendemos por integração o processo de construção do conhecimento que é realizado através da interligação do conteúdo de cada área e sua ampliação face as interações que cada uma possa oferecer. Desta forma entendemos que o aluno será preparado não apenas para compreender os mecanismos de funcionamento normal das células, tecidos, órgãos e sistemas do corpo, como também para reconhecer as estreitas correlações entre morfologia e função, ficando com elementos para entender corretamente os processos normais ou anormais que ocorrem no organismo humano. Além disso, sempre que possível, o estudante será estimulado a fazer uso eficaz dos conceitos da ciência básica em contextos clínicos — integrando, assim, uma variedade de informações que visam o estímulo a um raciocínio clínico.

O conteúdo deste bloco está estreitamente relacionado com aquele ministrado no bloco anterior ("A Célula") e será ministrado de forma a atender os pressupostos pedagógicos estabelecidos na reformulação curricular do curso de medicina, desta Universidade.

DESENVOLVIMENTO DA DISCIPLINA

As atividades estarão divididas em aulas teóricas expositivas, aulas práticas em laboratório (de anatomia, de microscopia de luz, de bioquímica, de fisiologia e de informática) e estudos em grupo, de acordo com as particularidades de cada área. Essas atividades distribuem-se em dois períodos: manhã (das **08:00 às 12:00** horas – de segunda a quarta e sexta-feira) e tarde (das **14:00 às 16:00** – quarta-feira - ou das **14:00 as 18:00** horas – quintas e sextas-feiras), conforme cronograma fornecido.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO APROVEITAMENTO DO ALUNO

Dentro dos pressupostos estabelecidos na Reforma Curricular do curso de Medicina da FCM/UNICAMP os processos avaliativos tanto teóricos como práticos, são entendidos como elementos de grande importância no processo de formação. A avaliação deve ter um caráter processual e contínuo procurando espelhar de forma real o alcance dos objetivos estabelecidos em cada conteúdo e no bloco como um todo. É portanto de suma importância que os objetivos determinados sejam acordados entre discentes e docentes, estabelecendo-se um trabalho pedagógico pautado na construção de uma formação médica detentora de qualidade técnica e humana.

No decorrer do semestre serão realizadas 3 Avaliações Parciais, que compreenderão provas téoricas e práticas, abrangendo os tópicos ministrados. As provas não terão caráter cumulativo. A 1ª. avaliação abrangerá um conjunto distinto de tópicos ministrado até a data da prova. A 2ª avaliação possuirá questões de tópicos ministrados a partir da prova anterior, e assim por diante. As questões poderão ter caráter dissertativo ou ser elaboradas sob a forma de múltipla escolha.

As provas práticas de Anatomia e Imagenologia terão peso de 70% e as de Histologia peso de 50% do conteúdo referente a essas áreas, na avaliação parcial correspondente. O conteúdo das mesmas também não é cumulativo.

No sentido de melhor observar o aproveitamento dos alunos, poderão acontecer formas extra de avaliação em cada tópico, a critério dos docentes; as notas obtidas nessas avaliações serão computadas na avaliação parcial correspondente.

CRITÉRIOS DE APROVAÇÃO. Serão aprovados os alunos que:

1º) apresentarem **freqüência mínima de 75%** às atividades do bloco;
2º) alcançarem **nota maior ou igual a 5,0** (cinco), em cada uma das 3 Avaliações parciais.

Aqueles alunos que não obtiverem média final igual ou superior a 5,0 (cinco) deverão se submeter a um **Exame**, no qual deverá ser obtida uma nota igual ou superior a 5,0 (cinco) em cada avaliação correspondente, para aprovação na disciplina. O exame terá conteúdo equivalente aquele(s) da(s) avaliação(ções) parcial(is) na(s) qual(is) o aluno não obteve nota 5,0.

A nota final da disciplina será calculada da média das notas obtidas em cada avaliação parcial. No caso de exame, a nota do mesmo será computada no lugar daquela da avaliação parcial correspondente, para composição da média da disciplina.

No caso de reprovação, a menor nota do exame (equivalente a 1ª, 2ª ou 3ª avaliação parcial) será considerada a nota final da disciplina.

Observação: Os alunos que faltarem, por motivo justificado (estabelecido pela apresentação de documento comprobatório) a qualquer das 3 avaliações parciais, poderão se submeter a PROVAS SUBSTITUTIVAS (com conteúdo correspondente a cada avaliação parcial), realizadas em um único dia (02/07/2003), ao final do semestre.

BIBLIOGRAFIA INDICADA

Gartner, L.P. & Hiatt, J.L. **Atlas de Histologia.** 3ª ed. Guanabara Koogan, 2002.
Moore, K. L. & Dalley, A.F. **Anatomia orientada para a clínica,** Guanabara Koogan, 1999.
Sobotta, J. & Becher, H. **Atlas de Anatomia Humana.** 17ª edição, Guanabara Koogan, 1977.
Marzzoco, A. & Torres, B.B. **Bioquímica Básica.** 2ª ed., Guanabara Koogan, 1999.
Moore, K.L. & Peersaud, T.V.N. **Embriologia Clínica**, 6ª. ed., Guanabara Koogan, 2000.
Berne, R.M. & Levy, M.N. **Fisiologia,** ed. Guanabara Koogan, 1998.
Junqueira, I.C. & Carneiro, J. **Histologia Básica.** 9ª ed., Guanabara Koogan, 1999.

OUTRAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Spalteholtz, W. **Atlas de Anatomia Humana,** 2a ed., Barcelona, Labor, 1965.
Wolf-Heidegger, G. **Atlas de Anatomia Humana,** 2ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1972.
Devlin, T.M. **Textbook of Biochemistry with Clinical Correlations**. 4th. ed., Wiley-Liss.
Lehninger, A.L., Fox, D.L. & Cox, M.M. **Princípios de Bioquímica**, editora Sarvier, 1996.
Stryer, L. **Bioquímica**. 4ª ed., editora Guanabara Koogan, 1995.
Ross, M.H. & Romrelli, L.F. **Histology**, 3rd. ed., Willliam and Wilkins, 1995.
Geneser, F. **Atlas de Histologia** Ed. Médica Panamericana, 1987.
Sobotta, **Atlas Colorido de Citologia, Histologia e Anatomia Microscópica Humana**. 5ª ed., Guanabara Koogan, 1999.
Sadler, T.W. **Langman's Medical Embryology**, 7th. Ed., Willians & Wilkins, 2000.
Carlson, B.M. **Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento,** Ed. Guanabara Koogan, 1996.
Larsen, W. **Human Embryology.** 2nd. ed., Churchil Livingstone, 1997.
Wolpert L. **Princípios de Biologia do Desenvolvimento**, ed. Artes Médicas, 2000.
Guyton, A.C. & Haun, J.E. **Tratado de Fisiología Médica,** ed. Guanabara Koogan, 1997.
Alberts, B. **Biologia Molecular da Célula**. Ed. Artes Médicas Sul, 3ª. Ed., 1997.
Cipolla-Neto, J., Marques, N. & Menna-Barreto, L.S. **Introdução ao estudo da Cronobiologia**, ed. Ícone/EDUSP, 1988.
Kandell, E.R., Schwartz & Jessell. **Fundamentos de Neurosciências e Comportamento**, ed. Guanabara Koogan, 1ª. Ed., 1997.
Mello-Aires, M. **Fisiologia**, ed. Guanabara Koogan, 1999.
Paul & Juhl. **Interpretação Radiológica** (disponível da biblioteca da FCM)
Sutton, D. **Tratado de Radiologia e Imagens Diagnósticas**. 2 vol. (bibl. da FCM).
Weir, J. & Abrahams, P.H. **An imaging Atlas of Human Anatomy**. Ed. Mosby Wolf, 1992.

SITES NA INTERNET

http://www.ib.unicamp.br/profs/depaula/bs110 (informações relativas à disciplina ... textos suplementares, notas,...)
http://www.unicamp.br/ib/anatomia (guias para estudo prático de anatomia)
sites de interesse em bioquímica:
http://www.unicamp.br/ib/bioquimica/ensino
http://www.geocities.com/edu043869/Cursobio
http://www.geocities.com/bioquimicaplicada/
http://www.analisesclinicas.hpg.ig.com.br/BioSangue/Glicose.htm
http://members.tripod.com/medworks/Bioquimica/
http://www.people.virginia.edu/~rjh9u/krebs.html
http://www.wiley.com/legacy/college/boyer/0470003790/animations/animations.htm

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Curso de **Medicina** - 2º semestre de 2002

BS210 – Disciplina de MORFOFISIOLOGIA II

PROGRAMA DA DISCIPLINA

GRUPO GESTOR

Profa. Dra Dora Maria Grassi-Kassisse (Departamento de Fisiologia / IB)
Profa. Dra Eneida de Paula (Departamento de Bioquímica / IB, gestora)
Profa. Dra Evanisi Teresa Palomari (Departamento de Anatomia / IB)
Profa. Dra Inês Minniti Rodrigues Pereira (Depto de Radiologia / FCM, co-gestora)
Profa. Maria Iza Gerth da Cunha (Com. Ensino de Graduação, Medicina / FCM)
Prof. Dr. Luís Antonio Violin Dias Pereira (Dep de Histologia e Embriologia / IB)
Profa. Dra Sarah Arana (Departamento de Histologia e Embriologia / IB)
Thiago dos Santos Ferreira (representante discente, 1° ano)
Ana Raquel Gouvêa de Oliveira (representante discente, 2° ano)

CORPO DOCENTE

Profa. Dra Alba Regina M. Souza Brito (Fisiologia)
Prof. Dr. Antonio Carlos Boschero (Fisiologia)
Prof. Dr. Áureo Tatsumi Yamada (Histologia)
Profa. Dra Beatriz Álvares Regina (Radiologia)
Profa. Dra. Carla Beatriz Collares-Buzatto (Histologia)
Prof. Dr. Carlos Francisco Sampaio Bonafé (Bioquímica)
Profa. Cláudia de Lourdes Soraggi (Bioquímica)
Profa. Dra Denise Vaz de Macedo (Bioquímica)
Profa. Dra Dora Maria Grassi-Kassisse (Fisiologia)
Prof. Dr. Edson Delattre (Fisiologia)
Profa. Dra Elisa Maria Brito Pacheco (Radiologia)
Profa. Dra Eneida de Paula (Bioquímica)
Profa. Dra Evanisi Teresa Palomari (Anatomia)
Prof. Dr. Everardo Magalhães Carneiro (Fisiologia)
Profa. Dra Fernanda Ramos Gadelha (Bioquímica)
Prof. Dr. Francesco Langone (Fisiologia)
Prof. Dr Gerson Eduardo R. Campos (Anatomia)
Profa. Dra Helena Coutinho Franco de Oliveira (Fisiologia)
Prof. Dr Humberto Santo Neto (Anatomia)
Profa. Dra. Iara Maria Silva de Luca (Histologia)
Profa. Dra Inês Minniti Rodrigues Pereira (Radiologia)
Profa. Dra Irene Harumi Barcelos (Radiologia)
Profa. Dra. Ivanira José Bechara (Histologia)
Prof. Dr. Jamal Baracat (Radiologia)
Prof. Dr José Ângelo Camilli (Anatomia)
Prof. Dr José Camillo Novello (Bioquímica)
Prof. Dr José Meciano Filho (Anatomia)
Prof. Dr Kleber Gomes Franchini (Depto Clínica Médica / FCM)
Prof. Dr Lívio Nanni (Radiologia)
Prof. Dr. Luís Antonio Violin Dias Pereira (Embriologia)

Prof. Dr Marco César Somazz (Anatomia)
Profa. Dra. Maria Alice da Cruz-Höfling (Histologia)
Profa. Dra. Maria Cristina Cintra Gomes Marcondes (Fisiologia)
Profa. Dra Maria Júlia Marques (Anatomia)
Profa. Dra Marta Helena Krieger (Fisiologia)
Prof. Dr. Miguel Arcanjo Áreas (Fisiologia)
Prof. Dr Nelson Cazerta (Radiologia)
Profa. Dra Marcela Haun (Bioquímica)
Prof. Dr Roberto de Oliveira Levy (Anatomia)
Profa. Dra Sarah Arana (Histologia)
Profa. Dra Valéria Helena A. C. Quitete (Anatomia)
Profa. Dra Verônica de Araújo Zanardi (Radiologia)

OBJETIVOS DA DISCIPLINA

O bloco morfofisiológico tem por finalidade ministrar aos estudantes os conceitos básicos de anatomia, bioquímica, embriologia, fisiologia e histologia, de forma integrada. Entendemos por integração o processo de construção do conhecimento que é realizado através da interligação do conteúdo de cada área e sua ampliação face as interações que cada uma possa oferecer. Desta forma entendemos que o aluno será preparado não apenas para compreender os mecanismos de funcionamento normal das células, tecidos, órgãos e sistemas do corpo, como também para reconhecer as estreitas correlações entre morfologia e função, ficando com elementos para entender corretamente os processos normais ou anormais que ocorrem no organismo humano. Além disso, sempre que possível, o estudante será estimulado a fazer uso eficaz dos conceitos da ciência básica em contextos clínicos — integrando, assim, uma variedade de informações que visam o estímulo a um raciocínio clínico. O conteúdo deste bloco está estreitamente relacionado com aquele ministrado no bloco anterior ("A Célula") e será ministrado de forma a atender os pressupostos pedagógicos estabelecidos na reformulação curricular do curso de medicina, desta Universidade.

Em seguimento à primeira parte do bloco (Morfofisiologia I) abordaremos em BS210 os sistemas: cardiovascular, respiratório, renal/urogenital, digestivo e endócrino.

DESENVOLVIMENTO DA DISCIPLINA

As atividades estarão divididas em aulas teóricas expositivas, aulas práticas em laboratório (de anatomia, de microscopia de luz, de bioquímica, de fisiologia e de informática) e estudos em grupo, de acordo com as particularidades de cada área. Essas atividades distribuir-se-ão em dois períodos: manhã (das **08:00 às 12:00** horas) e tarde (das **14:00 às 16:00 ou 18:00** horas), conforme cronograma fornecido.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO APROVEITAMENTO DO ALUNO

Dentro dos pressupostos estabelecidos na Reforma Curricular do curso de Medicina da FCM/UNICAMP os processos avaliativos tanto teóricos como práticos, são entendidos como elementos de grande importância no processo de formação. A avaliação deve ter um caráter processual e contínuo procurando espelhar de forma real o alcance dos objetivos estabelecidos em cada conteúdo e no bloco como um todo. É portanto de suma importância que os objetivos determinados sejam acordados entre discentes e docentes, estabelecendo-se uma um trabalho pedagógico pautado na construção de uma formação médica detentora de qualidade técnica e humana.

No decorrer do semestre serão realizadas 3 Avaliações Parciais, que compreenderão provas téoricas e práticas, abrangendo os tópicos ministrados.

As provas não têm caráter cumulativo. A 1ª. avaliação abrangerá um conjunto distinto de tópicos (compreendendo os temas de *Sistema Cardiovascular, Respiratório* e *Renal*), ministrado até a data da prova. A 2ª avaliação possuirá questões de tópicos ministrados a partir da prova anterior, e assim por diante. As questões poderão ter caráter dissertativo ou ser elaboradas sob a forma de múltipla escolha.

As provas práticas de Anatomia e Imagenologia terão peso de 70% e as de Histologia peso de 50% do conteúdo referente a essas áreas, na avaliação parcial correspondente. O conteúdo das mesmas também não é cumulativo.

No sentido de melhor observar o aproveitamento dos alunos, poderão acontecer formas extra de avaliação em cada tópico, a critério dos docentes; as notas obtidas nessas avaliações serão computadas na avaliação parcial correspondente.

CRITÉRIOS DE APROVAÇÃO. Serão aprovados os alunos que:

1º) apresentarem **freqüência mínima de 75%** às atividades do bloco;
2º) alcançarem **nota maior ou igual a 5,0** (cinco), em cada uma das 3 Avaliações parciais.

Aqueles alunos que não obtiverem média final igual ou superior a 5,0 (cinco) deverão se submeter a um **Exame**, no qual deverá ser obtida uma nota igual ou superior a 5,0 (cinco) em cada avaliação correspondente, para aprovação na disciplina. O exame terá conteúdo equivalente aquele(s) da(s) avaliação(ções) parcial(is) na(s) qual(is) o aluno não obteve nota 5,0.

A nota final da disciplina será calculada da média das notas obtidas em cada avaliação parcial. No caso de exame, a nota do mesmo será computada no lugar daquela da avaliação parcial correspondente, para composição da média da disciplina.

No caso de reprovação, a menor nota do exame (equivalente a 1ª, 2ª ou 3ª avaliação) será considerada a nota final da disciplina.

Observação: Os alunos que faltarem, por motivo justificado (estabelecido pela apresentação de documento comprobatório) a qualquer das 3 avaliações parciais, poderão se submeter a PROVAS SUBSTITUTIVAS (com conteúdo correspondente a cada avaliação parcial), realizadas em um único dia (08/11/2002), ao final do semestre.

BIBLIOGRAFIA INDICADA

Gartner, L.P. & Hiatt, J.L. **Atlas de Histologia**. 3ª ed. Guanabara Koogan, 2002.
Moore, K. L. & Dalley, A.F. **Anatomia orientada para a clínica**, Guanabara Koogan, 1999.
Sobotta, J. & Becher, H. **Atlas de Anatomia Humana**. 17ª edição, Guanabara Koogan, 1977.
Marzzoco, A. & Torres, B.B. **Bioquímica Básica**. 2ª ed., Guanabara Koogan, 1999.
Moore, K.L. & Peersaud, T.V.N. **Embriologia Clínica**, 6ª. ed., Guanabara Koogan, 2000.
Berne, R.M. & Levy, M.N. **Fisiologia**, ed. Guanabara Koogan, 1998.
Junqueira, l.C. & Carneiro, J. **Histologia Básica**. 9ª ed., Guanabara Koogan, 1999.

OUTRAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Spalteholtz, W. **Atlas de Anatomia Humana**, 2a ed., Barcelona, Labor, 1965.
Wolf-Heidegger, G. **Atlas de Anatomia Humana**, 2ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1972.
Devlin, T.M. **Textbook of Biochemistry with Clinical Correlations**. 4th. ed., Wiley-Liss.
Lehninger, A.L., Fox, D.L. & Cox, M.M. **Princípios de Bioquímica**, editora Sarvier, 1996.
Stryer, L. **Bioquímica**. 4ª ed., editora Guanabara Koogan, 1995.
Ross, M.H. & Romrelli, L.F. **Histology**, 3rd. ed., Willliam and Wilkins, 1995.
Geneser, F. **Atlas de Histologia** Ed. Médica Panamericana, 1987.
Sobotta, **Atlas Colorido de Citologia, Histologia e Anatomia Microscópica Humana**. Ed. 5ª ed. Ed. Guanabara Koogan, 1999.
Sadler, T.W. **Langman's Medical Embryology**, 7th. Ed., Willians & Wilkins, 2000.
Carlson, B.M. **Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento**, ed. Guanabara Koogan, 1996.
Larsen, W. **Human Embryology**. 2nd. ed., Churchil Livingstone, 1997.
Wolpert L. **Princípios de Biologia do Desenvolvimento**, ed. Artes Médicas, 2000.
Guyton, A.C. & Haun, J.E. **Tratado de Fisiología Médica**, ed. Guanabara Koogan, 1997.
Alberts, B. **Biologia Molecular da Célula**. Ed. Artes Médicas Sul, 3ª. Ed., 1997.
Cipolla-Neto, J., Marques, N. & Menna-Barreto, L.S. **Introdução ao estudo da Cronobiologia**, ed. Ícone/EDUSP, 1988.
Kandell, E.R., Schwartz & Jessell. **Fundamentos de Neurosciências e Comportamento**, ed. Guanabara Koogan, 1ª. Ed., 1997.
Mello-Aires, M. **Fisiologia**, ed. Guanabara Koogan, 1999.
Paul & Juhl. **Interpretação Radiológica** (disponível da biblioteca da FCM)
Sutton, D. **Tratado de Radiologia e Imagens Diagnósticas**. 2 vol. (bibl. da FCM).
Weir, J. & Abrahams, P.H. **An imaging Atlas of Human Anatomy**. Ed. Mosby Wolf, 1992.

SITES NA INTERNET

http://www.ib.unicamp.br/ensino/graduacao/disciplinas/bs/210 (p/divulgação de informações de importância para a disciplina)

http://www.unicamp.br/ib/anatomia (guias para estudo prático de anatomia)

sites de interesse em bioquímica:

http://www.unicamp.br/ib/bioquimica/ensino
http://www.geocities.com/edu043869/Cursobio
http://www.geocities.com/bioquimicaplicada/
http://www.analisesclinicas.hpg.ig.com.br/BioSangue/Glicose.htm
http://members.tripod.com/medworks/Bioquimica/
http://www.people.virginia.edu/~rjh9u/krebs.html
http://www.wiley.com/legacy/college/boyer/0470003790/animations/animations.htm

Comissão de Ensino de Graduação – FCM/UNICAMP

Temas Longitudinais

Objetivos

O aluno deverá, ao final do curso:

- Conhecer e saber enumerar os fundamentos éticos da profissão médica;
- Saber quais os órgãos responsáveis pela fiscalização da profissão e qual a abrangência de atuação de cada um destes;
- Saber que existem organizações (oficiais e não governamentais) e uma legislação nacional e internacional, que protege o ser humano contra arbitrariedades;
- Compreender as bases políticas e ideológicas que embasam a atuação dos governos nas áreas sociais, particularmente na saúde, e na proteção do meio ambiente;
- Conhecer a historia da medicina.

Estratégia didática

O curso será ministrado em reuniões semanais de 2 horas cada, com a presença de toda a classe. Em cada sessão poderá haver uma aula magistral, uma mesa redonda, uma palestra, ou uma apresentação audiovisual, dependendo do tema abordado. As reuniões serão conduzidas por um dos professores responsáveis pelo curso e ministrados por estes ou por convidados, de acordo com o tema.

Sempre que possível, haverá um debate após a exposição.

Avaliação

Durante o curso os alunos deverão preparar por escritos as discussões que serão feitas em grupo. Este material será individual e entregue ao professor responsável pelo grupo, no dia da discussão.

A nota final será a média das notas destes trabalhos. A média final será acrescida de meio ponto caso o aluno não apresente nenhuma falta durante o curso. A nota para aprovação sem necessidade de exame será ____.

Os alunos com mais de 03 (três) faltas ficarão para exame, independentemente das notas obtidas nas avaliações parciais. Alunos com mais de 04 (quatro) faltas estarão reprovados.

INTRODUÇÃO À PATOLOGIA

- Introdução ao curso. Erros inatos do metabolismo. Carboidratos. Alteração vascular. Distrofia de Duchenne;
- Degenerações hialinas, amiloidose;
- Genética Médica;
- Lipoproteínas;
- Metabolismo lipídico, esteatose;
- Metabolismo do ferro;
- Genética Médica;
- Gota. Pigmentos até hemossiderina;
- Genética Médica;
- Bilirrubina. Atrofia Necrose I;
- Genética Médica;
- Mecanismos de morte celular – necrose e apoptose;
- Necrose II Calcificações Isquemia;
- Genética Médica;
- Hiperemia Edema Hemorragia;
- Genética Médica;
- Mecanismos de hemóstase;
- Trombose;
- Genética Médica;
- Trombose Embolia;
- Infarto Choque;
- Revisão de imagens ara a prova, Estudo.
- 1ª. Prova – Distúrbios do Metabolismo, distúrbios circulatórios, Genética Médica;
- Neoplasias;
- Inflamações agudas;
- Neoplasias II;

- Visita ao Laboratório de Anatomia Patológica Turma A;
- Inflamações crônicas inespecíficas, cura e reparo;
- Neoplasias III;
- Inflamações crônicas granulomatosas;
- Neoplasias IV;
- Efeitos sistêmicos das inflamações agudas;
- Neoplasias V;
- Visita ao Laboratório de Anatomia Patológica Turma B;
- Doenças da imunidade. Imunopatologia.
- Seminário;
- Neoplasias VI;
- Transplantes. Seminário;
- Neoplasias VII;
- Estudo;
- Neoplasias VIII;
- Visita ao Laboratório de Anatomia Patológica Turma C;
- 2 ª. Prova – Inflamações, Neoplasias.

Módulo de habilidades II – Procedimentos de enfermagem, Introdução a técnica cirúrgica e habilidades de entrevista

4° Semestre: 4 horas / semana durante 15 semanas totalizando 60 horas Quinta Feira 8:00 – 12:00 hs

O Módulo será desenvolvido em 3 sub-módulos de 16 horas aula e 4 horas de avaliação teórico prática, em rodízios com 1/3 da turma em cada sub-módulo.

SUB-Módulo: "UNIDADE DE PROCEDIMENTOS FUNDAMENTAIS DE TÉCNICA CIRÚRGICA"

Professores do Módulo: Prof. Dr. Mario Mantovani
Profa. Dra. Maria José Nascimento Brandão
Gustavo Pereira Fraga
José Benedito Bortoto
Jorge Carlos Machado Cury
Guilherme Vieira Meirelles
Luiz Antonio Albejante
Waldemar Prandi Filho

Objetivo Geral

Capacitar a aplicação dos princípios de técnica cirúrgica e o reconhecimento dos valores da semiotécnica cirúrgica como meta de investigação diagnóstica.

Objetivos Específicos

1) Descrever os princípios gerais de técnica cirúrgica;
2) Conhecer os aspectos éticos legais da experimentação cirúrgica em animais seguindo as normas do COBEA 1985.
3) Apresentar comportamento ético condizente e adequado a cada função exercida durante o aprendizado.
4) Identificar as funções e atitudes do cirurgião, do assistente e do instrumentador durante o treinamento experimental.
5) Identificar e executar as técnicas constantes do programa.

Método e Atividade Discentes

O estágio será realizado no setor de Técnica Cirúrgica no Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental, durante o quarto semestre do curso médico, às 5as feiras, das 8:00 às 12:00 horas, durante 5 semanas, num total de vinte horas, para 1/3 da turma de cada vez. O treinamento será feito em regime tutorado. O aluno participará de todas as atividades de técnica cirúrgica, como cirurgião, como assistente, como instrumentador e como anestesista. As cirurgias serão realizadas em cães.

Avaliação

1) A média de aprovação deverá ser igual ou superior a 5,0, bem como notas parceladas. Ao fim do curso, avaliação de aproveitamento feita pelos alunos.

a) Conceito através de avaliação contínua (freqüência, pontualidade, responsabilidade), com preenchimento de relatórios, conforme a ficha padrão da Disciplina.

b) Prova prática final.

NEUROCIÊNCIAS

Objetivos Gerais da Disciplina

O objetivo geral do módulo de Neurociências é propiciar as condições para que o aluno de graduação em Ciências Médicas: (a) adquira os conhecimentos fundamentais de embriologia do sistema nervoso, de neuroanatomia, de neurofisiologia, de neurofarmacologia, da genética do comportamento, das relações entre o sistema nervoso e imune e da mediação neural dos processos cognitivos e emocionais; (b) integre esses conhecimentos numa visão do homem como ser bio-psico-social e (c) adquira, assim, os fundamentos para o estudo mais aprofundado de problemas da neurobiologia, neurologia, psiquiatria e neuropsicologia.

Objetivos Específicos

Esses objetivos gerais são atingidos mediante aulas teóricas, práticas e seminários, com discussões de casos e de problemas que ilustrem os temas abordados, com um enfoque transdisciplinar e em múltiplos níveis de complexidade, abrangendo as seguintes áreas:

1. a embriologia, a ontogênese e a filogênese do sistema nervoso humano, em correlação com os processos interativos e adaptativos da relação do individuo com seu meio.
2. a anatomia macroscópica, microscópica e morfo-funcional do sistema nervoso central e periférico, em correlação com os dados obtidos por meio de técnicas de neuroimagem estrutural e funcional (tomografia computadorizada, ressonância magnética, SPECT e PET-scan).
3. a neurofisiologia, desde o nível da célula nervosa ao das redes neurofuncionais, analisando, discutindo e enunciando conceitos, descrevendo os processos e mecanismos envolvidos nas funções de codificação, integração, organização e controle das interações organismo-ambiente que resultam no comportamento e cognição;

caracterização do sistema nervoso como dinâmico e plástico. O conheciemnt0o adquirido deve ressaltar a contribuição de técnicas neurofisiológicas modernas associadas à neuroimagem funcional (eletrencefalografia, potenciais evocados, magnetencefalografia, registro de unidades neuronais, SPECT, PET-scan, ressonância magnética funcional e outras).

4. os aspectos genéticos da inteligência, conceito de herança multifatorial e conhecimentos básicos de genética do comportamento.
5. a farmacologia do sistema nervoso, analisando as ações das drogas e reações do organismo, ao nível da maquinaria neuronal.
6. a caracterização dos sistemas de neurotransmissores no sistema nervosos central e nas junções neuromusculares.
7. a neurociência cognitiva, analisando e discutindo o conceito de representação interna dos eventos, bem como as interrelações dos fenômenos neuronais e moleculares com os processos cognitivos cerebrais envolvidos na motivação e na emoção, no aprendizado e na memória, na percepção, na linguagem, no raciocínio intelectual e no pensamento abstrato.
8. os fundamentos de filosofia e psicologia, com uma visão holística e humanística do homem visto como ser bio-psico-social, ressaltando o papel da interação com o meio natural e o ambiente sócio-cultural na ontogênese e filogênese das funções mentais.

PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA

MD – 343

1ª. PARTE

- Introdução ao cálculo diferencial. Administração de medicamentos por via endovenosa.
- Clearence
- **Desenvolvimento de um novo medicamento**
- Exercícios
- Administração de medicamentos por via oral
- Absorção de medicamentos
- Distribuição de medicamentos
- Metabolismo de medicamentos – I
- **Tipos de medicamentos**
- Exercícios
- Metabolismo de medicamentos – II
- Eliminação de medicamentos
- Efeito terapêutico e toxidade
- Regimes terapêuticos
- **Farmacogenômica**
- Exercícios
- Fatores que afetam a farmacocinética
- Cinética de ordem zero
- Diálise
- Monitorização terapêutica
- Bases moleculares da farmacodinâmica
- Relação farmacocinética-farmacodinâmica
- Desenhos de ensaios clínicos para avaliação da relação farmacocinética-farmacodinâmica

MÓDULO MD 342 – SAÚDE & SOCIEDADE - 2004-07-13

PRIMEIRO SEMESTRE – 60 HS. AULA
COORDENAÇÃO: **Profa. Dra. Solange L'Abbate**
DIA DA SEMANA E HORÁRIOS: Quartas feiras 8:30 – 12:30 ou 8:00 – 12:00

PROFESSORES: Solange L' Abbate, Everardo Duarte Nunes e Nelson Filice de Barros.
BOLSISTAS PED: Martha Coelho de Souza e Miguel Ângelo Montagner.
DOCENTES COLABORADORES: Rejane Brassolatti e Juliana Leporini.
APRIMORANDA: Patrícia.

EMENTA

As relações entre Saúde & Sociedade, estudadas sob os enfoques do processo saúde/doença, da organização das práticas de saúde e da compreensão das diretrizes das Políticas Públicas de Saúde. Tal perspectiva será desenvolvida a partir de um diálogo constante com representantes dos Distritos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, no sentido dos alunos investigarem temas relevantes para a atualidade da rede municipal de saúde. Para tanto, optou-se para a metodologia da pesquisa-ação, por ser um tipo de pesquisa social de base empírica, cujas premissas básicas são a estreita associação entre a proposição e a avaliação de ações específicas e entre os vários atores presentes no processo de investigação.

OBJETIVO GERAL

Possibilitar ao aluno do segundo ano do curso de medicina estabelecer um **diálogo significativo** entre **SAÚDE & SOCIEDADE.**

Relacionar **Saúde & Sociedade** significa compreender que os fenômenos relativos à saúde sejam aqueles que dizem respeito aos processos de adoecimento das pessoas, sejam os que se referem aos diversos modos pelos quais as pessoas são assistidas em seus problemas, são constituídos em sociedades concretas, articulando-se profundamente com as formas pelas quais cada sociedade é constituída historicamente em suas dimensões econômica, política cultural e ideológica. Embora sejam numerosos os modos pelos quais se

pode analisar a articulação Saúde & Sociedade, na perspectiva deste módulo, inserido no processo básico de formação do médico, serão privilegiados três eixos básicos:

- Processo saúde-doença

Principais enfoques: A determinação social do processo Saúde & Doença, no sentido de ampliar a visão e a alcance da prática médica, articulando as dimensões biomédicas as sociomédicas. Nessa perspectiva, será importante analisar criticamente o modelo biomédico, bem como os vários modelos explicativos do processo saúde/doença.

Além disso, será destacado o fato de que existem diversos modos segundo os quais as pessoas pensam e sentem seus estados de saúde e de doença. Através do estudo das representações sociais e dos estilos de vida adotados pelos diferentes grupos da população.

Por último, serão considerados também os modos como as pessoas se relacionam com o médico, com os demais profissionais de saúde e com os serviços de saúde.

- Organização das praticas de saúde

Principais enfoques: As relações entre o individual e o coletivo, entre estrutura e ação, entre sujeito e objeto. Na relação individual/coletivo considerar que a especificidade da prática medica sobre o indivíduo, centrada no corpo humano, deve ser ampliada pela maior interação com os demais profissionais de saúde, dentro das perspectivas da Clínica Ampliada e da Saúde Coletiva. Em relação aos profissionais de saúde, aprofundar os conhecimentos sobre o processo de trabalho dos diferentes trabalhadores, através do olhar sobre suas práticas cotidianas, e da percepção de como tais práticas se concretizam nas relações com a clientela e no interior das instituições de saúde, tendo como fundamento um determinado Modelo Assistencial.

- Políticas públicas em relação à saúde

Principais enfoques: A relevância do papel do Estado na organização da atenção à saúde, as relações de poder, as relações público/privado. A evolução

da política de saúde brasileira resultando na institucionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. Os alcances e limitações do SUS na atualidade.

Observação fundamental: As dimensões das práticas dos profissionais e da política de saúde serão contextualizadas na perspectiva do modelo assistencial que está sendo implantado em Campinas: **Modelo SUS/Saúde da Família/Paidéia.** Esses três eixos básicos serão abordados de forma simultânea no decorrer de todo o módulo e as separações entre eles são apenas de ordem didática.

METODOLOGIA

Consideramos que um modo bastante eficaz para o estudo das relações Saúde & Sociedade nas três perspectivas acima constitui-se na abordagem de dois conjuntos de atividades fortemente articuladas:

1) Discussão de textos sobre os temas relacionados aos eixos temáticos e de textos específicos sobre Metodologia de Pesquisa Social;

2) Realização de investigações sobre temas relevantes e atuais para a área de saúde, tendo em vista propostas provenientes da rede de serviços de saúde do município de Campinas.

Em relação aos dois itens acima, será sempre privilegiado o desenvolvimento de uma perspectiva crítica.

No sentido de permitir uma maior integração entre a discussão dos textos e a realização das investigações, a metodologia adotada será a da pesquisa-ação e/ou pesquisa-intervenção, formas nas quais "o fazer pesquisa" se fundamenta no estabelecimento de uma relação dialógica sistemática entre o sujeito pesquisador e os sujeitos a serem pesquisados em todas as fases da investigação. Assim, todo o processo de pesquisa que ocorrerá em cada grupo de alunos, irá pressupor um contato permanente dos professores, auxiliares didáticos e alunos com os profissionais de nível central, distrital e local da Secretaria da Saúde de Campinas.

Neste sentido, a escolha dos temas responderá ao mesmo tempo a demandas da SMS, e às necessidades de formação dos alunos, futuros médicos.

- Modo de funcionamento

Cada um dos cinco grupos de alunos, nos quais se divide a turma, trabalhará junto a um dos Distritos de Saúde da SMS/Campinas: Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste. Em relação a cada Distrito será levado em conta a diversidade e variedade dos serviços e instituições que o compõe, bem como as possibilidades e condições favoráveis para realização do trabalho. É importante ter a perspectiva de que se trata de um Módulo Anual.

ESCOLHA DOS TEMAS

A escolha dos temas serem estudados será feita a partir de um diálogo entre os representantes da Secretaria Municipal de Saúde e dos Distritos de Saúde, os docentes, bolsistas e colaboradores e os alunos, segundo os seguintes critérios:

A) Sua relevância ara a formação dos acadêmicos de medicina;
B) Sua relevância para os Distritos e as Unidades;
C) Sua relevância como problema ou como conjunto de problemas que exigem, para sua abordagem, doa referenciais das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva, dentro dos três eixos considerados;
D) A articulação de metodologia quantitativa e qualitativa, utilizando, dentre outros os seguintes instrumentos de investigação: observação participante, questionários e entrevistas com os vários atores envolvidos (dirigentes, funcionários, clientela, membros dos conselhos locais de saúde e grupos da população), bem como documentos e dados secundários;
E) Através da pesquisa social, conforme o item anterior, organizar, sistematizar e analisar informações relevantes para:
E.1) esclarecer situações-problema;
E.2) subsidiar ações programáticas das unidades e dos distritos;

E.3) desenvolver programas de educação e promoção da saúde;

E.4) avaliar as ações e/ou intervenções realizadas.

AVALIAÇÃO

1. **Freqüência:** de acordo com as regras estabelecidas pela Unicamp, o aluno deverá estar presente em 75% das aulas programadas, ou seja, 12 das 16 aulas.
2. **Para aprovação final do semestre** serão consideradas as seguintes atividades, conforme apresentadas no Cronograma, com as respectivas ponderações:
    a) Avaliação individual do diário de campo feito ao longo do Módulo (30%);
    b) Avaliação em sub grupos, de acordo com a divisão das tarefas: projeto: definição de objetivos, metodologia e estratégias (20%);
    c) Avaliação final: (elaboração de pôster e relatório, restituição nos Distritos, apresentação final) 50%.

ACOMPANHAMENTO DO MÓDULO

Será constituído um **COLEGIADO GESTOR DO MÓDULO**, composto de três sub grupos:

- Docentes, bolsistas e colaboradores;
- Representantes discentes (um por turma);
- Representantes da SMS e dos Distritos.

O **COLEGIADO GESTOR DO MÓDULO** se reunirá ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente, outras vezes, caso seja necessário;

Data das reuniões: segunda quarta-feira de cada mês;

Horário: 14 às 16 hs;

Local: Auditório do DMPS.

CONTRATO ÉTICO/ESTÉTICO ENTRE DOCENTES, AUXILIARES DIDÁTICOS E ALUNOS.

O alcance dos objetivos do Módulo, além do planejamento das atividades pressupõe um contrato ético/estético entre os vários sujeitos envolvidos. Tal contrato pressupõe:

- O respeito aos diferentes papéis de cada um;
- O respeito aos horários estipulados para começar e encerrar as atividades, tanto nas salas de aulas como nos Distritos e unidades de saúde;
- O respeito ao cumprimento das atividades programadas: visitas, trabalhos de campo, leitura e análise de textos, elaboração de relatórios e exercícios de avaliação;
- A negociação clara e objetiva de aspectos relativos à convivência agradável e respeitosa entre os vários sujeitos. Tais aspectos dizem respeito, considerando **todos** os sujeitos participantes: uso de celular, a não ser em casos excepcionais, alguma ausência desde que seja plenamente justificada, bem como outras questões e dificuldades que poderão ocorrer, sobretudo por tratar-se de um curso anual.

Comissão de Ensino de Graduação – FCM/UNICAMP

Temas Longitudinais

Objetivos

O aluno deverá, ao final do curso:

- Conhecer e saber enumerar os fundamentos éticos da profissão médica;
- Saber quais os órgãos responsáveis pela fiscalização da profissão e qual a abrangência de atuação de cada um destes;
- Saber que existem organizações (oficiais e não governamentais) e uma legislação nacional e internacional, que protege o ser humano contra arbitrariedades;
- Compreender as bases políticas e ideológicas que embasam a atuação dos governos nas áreas sociais, particularmente na saúde, e na proteção do meio ambiente;
- Conhecer a historia da medicina.

Estratégia didática

O curso será ministrado em reuniões semanais de 2 horas cada, com a presença de toda a classe. Em cada sessão poderá haver uma aula magistral, uma mesa redonda, uma palestra, ou uma apresentação audiovisual, dependendo do tema abordado. As reuniões serão conduzidas por um dos professores responsáveis pelo curso e ministrados por estes ou por convidados, de acordo com o tema.

Sempre que possível, haverá um debate após a exposição.

Avaliacão

Durante o curso os alunos deverão preparar por escritos as discussões que serão feitas em grupo. Este material será individual e entregue ao professor responsável pelo grupo, no dia da discussão.

A nota final será a média das notas destes trabalhos. A média final será acrescida de meio ponto caso o aluno não apresente nenhuma falta durante o curso. A nota para aprovação sem necessidade de exame será ____.

Os alunos com mais de 03 (três) faltas ficarão para exame, independentemente das notas obtidas nas avaliações parciais. Alunos com mais de 04 (quatro) faltas estarão reprovados.

EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE I

MD-542: 1° semestre – 3° ano médico – 2004

Coordenador do módulo: Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho

Corpo Docente:

Turma A	Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa
Turma B	Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho
Turma C	Profa. Dra. Helenice Bosco de Oliveira
Turma D	Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Turma E	Profa. Dra. Maria Rita de Camargo Donalísio Cordeiro
Turma F	Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros

Apoio Didático:

Profa. Dra. Daniela Oliveira Magro

Prof. Dr. Élson da Silva Lima

Prof. Eduardo Luiz Hoehne

Profa. Giseli Panigassi

Profa. Dra. Letícia Marin Leon

Ementa: Epidemiologia e a análise da situação de saúde. História e aplicações da Epidemiologia; modelos de referência para análise de situação de saúde. População e saúde – tendências demográficas; estrutura populacional, crescimento, envelhecimento, transição demográfica, fecundidade, migração. Mortalidade – indicadores usuais; medidas de mortalidade: proporções e taxas, índices e coeficientes; indicadores gerais e específicos. Comparação de indicadores entre populações. O estudo da mortalidade na avaliação de serviços de saúde; mortes precoces, excessivas e evitáveis. Eventos sentinela. Vigilância Epidemiológica.

Objetivo Geral: Apresentar para o aluno de Medicina os principais conceitos de epidemiologia descritiva que vão permitir a compreensão do papel e da relevância da epidemiologia para a saúde pública e na atenção do paciente.

Objetivos Específicos: Ao final da disciplina o aluno deverá estar apto a:

1. Reconhecer os principais usos da epidemiologia;
2. Saber analisar as implicações epidemiológicas da estrutura populacional de uma comunidade;
3. Saber utilizar os indicadores usados mais freqüentemente na saúde pública;
4. Tratar informações provenientes da comunidade para avaliar o impacto dos indicadores na saúde das populações estudadas.
5. Conhecer e utilizar as aplicações da Vigilância Epidemiológica.

Procedimentos: A disciplina é oferecida a alunos do quinto semestre do curso médico, divididos em turmas, segundo a atividade desenvolvida.

Avaliação: Os critérios de freqüência exigem o comparecimento a pelo menos 75% da carga horária programada. Os alunos são avaliados através de duas provas parciais. Aqueles que obtiveram média igual ou superior a 5 (cinco), são considerados aprovados e dispensados do Exame Final. A Nota Final mínima para aprovação dos alunos que são submetidos ao Exame Final mínima para aprovação dos alunos que são submetidos ao Exame Final é 5 (cinco). A Nota Final é obtida pela média aritmética simples entre a nota obtida no Exame Final e a média das provas parciais.

FISIOPATOLOGIA INTEGRADA I – MD 544

MÓDULO GESTOR

Célia Regina Garlipp – Coordenador

Eliane M. Ingrid Amstalden – Coordenador Adjunto

Atáñase Billis – Representante Anatomia Patológica

Carlos Arturo Levi D'Ancona – Representante Cirurgia

Albetiza Lobo de Araújo – Representante da Farmacologia

Carmem Silvia Bertuzzo – Representante Genética Médica

Elisa M. B. Pacheco – Representante Radiologia

Ilma Aparecida Paschoal – Representante Clínica Médica

Roger Frigério Castilho – Representante Patologia Clínica

Objetivo Geral

Estudar nos diferentes aparelhos e sistemas do organismo humano, as doenças mais prevalentes em nosso meio no que se refere às manifestações clínicas; fisiopatologia, etiopatogenia, anatomia patológica, patologia clínica, imagenologia, genética médica evolução, prognóstico e princípios terapêuticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS. Ao final do curso espera-se que o aluno:

1- Conheça nos diferentes aparelhos e sistemas as doenças mais prevalentes em nosso meio e seus múltiplos aspectos;
2- Interprete e correlacione as manifestações clínicas com a fisiopatologia, etiopatogenia, anatomia patológica, patologia clínica, imagenologia e genética médica;
3- Entenda as causas, fatores e razões envolvidos na evolução, prognóstico e princípios terapêuticos das doenças estudadas;
4- Integre o conhecimento e o raciocínio adquiridos na evolução, prognóstico e princípios terapêuticos das doenças estudadas;
5- Integre o conhecimento e a raciocínio adquiridos à sua formação como médico generalista.

METODOLOGIA

Serão utilizados vários recursos de aprendizado incluindo aulas expositivas, discussão de casos clínicos, seminários, mesas redondas, reuniões anatomoclínicas, visitas a laboratórios, aulas práticas com demonstração de preparos histológicos e peças anatômicas, imagens na Internet e outros recursos.

CRITERIOS DE AVALIAÇÃO

Haverá uma nota de aprovação para cada bloco cuja média será 5 (cinco0;

Provas substitutivas somente serão permitidas nas seguintes circunstancias:

- Casamento do solicitante, falecimento de membros da família, doença justificada com atestado médico ou participação em congresso com apresentação de trabalho.

Caso não seja obtida a média 5 (cinco) no bloco, o aluno terá de fazer um exame do bloco cuja média também será 5 (cinco).

Caso o aluno não obtenha esta média 5 (cinco) no exame de qualquer um dos blocos, terá que realizar um exame final constando conteúdo de todos os blocos com média de aprovação 5 (cinco).

INTRODUÇÃO À PRÁTICA DE CIÊNCIAS

Curso: Medicina

Site de acesso e informação: TelEduc/NIB

Período letivo: 1° e 2° semestres

Carga.horária semestral: 30 horas

Horário: Quintas feiras das 16:00 as 18:00 horas

Créditos: 2

Ementas: MD-541 (1° semestre 3° ano):

Assessorar o aluno nas atividades relativas a elaboração e estruturação de relatório de seu trabalho vinculado a projeto de pesquisa (IC); mon0ografia temática ou trabalho de análise clínico-epidemiológico.

MD-645 (2° semestre 3° ano):

elaboração supervisionada de um trabalho final a ser a ser apresentado no IPC, como resultado de sua atividade de pesquisa (Iniciação Científica) ou revisão temática ou trabalho de análise clínico-epidemiológico.

Corpo Docente

- **Coordenador:** Ricardo L. Zollner.
- **Vice-coordenador:** Renato M. E. Sabbatini.

Colaboradores:

Docentes orientadores, Docentes convidados do módulo e alunos PED

Objetivos Gerais:

Embasamento teórico e capacitação prática do aluno de medicina para elaboração de produtos finais e disseminação de resultados de suas atividades de pesquisa.

Objetivos Específicos

Ao final do módulo o aluno será capaz de:

- Realizar pesquisa de informação médica cientifica, usando recursos de biblioteca e Eletrônicos (Internet; CD-rom, etc...) incluindo localização e obtenção das fontes;
- Elaborar relatório e/ou artigos científicos referentes a sua atividade de pesquisa;
- Elaborar trabalho de revisão de literatura médica corrente sobre algum tema em ciências básicas ou clínicas referentes a alguma disciplina de graduação cursada;
- Estruturar e apresentar sob forma oral trabalho de revisão de literatura, análise qualitativa ou quantitativa, ou trabalho cientifico;
- Estruturar e apresentar sob forma de pôster 6trabalho de revisão de literatura, análise qualitativa ou quantitativa, ou trabalho cientifico.

Estratégias didáticas:

- Atividades conjuntas para toda a turma:
- Aulas expositivas;
- Aulas teórico/práticas no laboratório de informática da FCM, onde a turma será dividida em grupos menores;

Atividades reconhecidas:

O aluno poderá apresentar relatório referente a uma das seguintes atividades:

- **Iniciação Cientifica: Trabalho desenvolvido nas áreas básicas ou clínicas, sob orientação de docente da Unicamp, com ou sem bolsa oferecida pela Universidade ou agencias de fomento, devendo conter introdução, planejamento experimental, resultados parciais ou finais e discussão e referencias bibliográficas.**
- **Trabalho de análise crítica de dados clínico-epidemiológicos. Análise qualitativa ou quantitativa de conjunto de dados reais obtidos a partir de pesquisas ou levantamentos realizados na área de saúde da Unicamp, contendo metodologia de coleta,**

planejamento experimental e conclusões. Bibliografia que contemple o mínimo de 10 referências.

- Atividades de trabalho desenvolvido em Ligas ou de extensão, formalmente credenciadas no IPC apresentadas sob a forma de relatório que contemple a revisão temática a ser definido entre o responsável docente pela atividade e o aluno.

Aulas Expositivas cujos temas terão interesse comum com o módulo Bioética.

Avaliação somativa

Será realizada, ao final de cada semestre, considerando-se:

- A avaliação do orientador ou supervisor de atividades temáticas (peso 2)
- Avaliação dos relatórios de atividades, parciais ou finais apresentados (peso 3)
- A cada uma das duas formas de avaliação será atribuída uma nota de zero a dez. A média ponderada dessas notas será a média final da disciplina. Para a avaliação do final do **primeiro semestre** será considerada a programação desenvolvida até este momento. Para a avaliação do final do **segundo semestre**, serão levados em conta todos os objetivos propostos pelo módulo. Ao final do módulo, os trabalhos serão avaliados e escolhidos 20 que deverão ser apresentados sob forma oral. Os demais trabalhos serão apresentados sob a forma de posters. Serão fornecidos. Pela Comissão de Ensino de Graduação, certificados de apresentação dos trabalhos. Os dias de apresentação serão notificados com 30 dias de antecedência.

Auto-avaliação e Avaliação do módulo

Serão realizadas ao final de cada semestre por meio de instrumento impresso padronizado.

Programa MD 645, IPC VI, 2004

1. Aulas cuja temática objetiva a compreensão para acesso à bibliografia e a utilização de ferramentas online para gerenciamento e organização de banco de informações, através de software.

2. Palestra: Lógica e Medicina. Professor convidado.

3. Atividades individuais supervisionadas objetivando o preparo de monografias temáticas ou. artigos relacionados a sua atividade de pesquisa (IC), a ser apresentada no Simpósio Intero de IPC. Prazo final de entrega dos trabalhos 2 de Outubro de 2003.

4. Atividade de apresentação dos trabalhos de IPC/IC no I Simpósio Interno de IPC, da FCM – Unicamp, a ser realizado em novembro de 2003.

Ricardo Zollner
Gestor IPC VI

Semiotécnica da Observação Clínica

Coordenadora do Módulo: Prof. Dr. Jamiro da Silva Wanderley

Corpo Docente: (Docentes do Departamento de Clínica Médica)

Profa. Dra. Elza Olga Ana M. Berardi.
Prof. Dr. Eros Antonio de Almeida
Profa. Dra. Olga M. F. de Carvalho
Profa. Dra. Sandra Cecília B. Costa.
Profa. Dra. Sarah Monte Alegre
Profa. Dra. Regina Maria Innocêncio
Prof Dr. Avelino Bastos
Prof. Dr. Jamiro da Silva Wanderley
Prof. Dr. José Antonio Rocha Contijo
Prof. Dr. Sigisfredo Luís Brenelli
Prof. Dr. Mário José Abdalla Saad
Prof. Dr. Milton Lopes de Souza
Prof. Dr. José Carlos Ramos de Oliveira
Profa. Dra. Laura Sterian Ward – Coord. Méd. Int. Semiologia

Médicos Contratados / Funcamp:

Dr. Marco Antonio de Carvalho Filho
Prof. Dr. Wilson Nadruz Júnior
Dr. Leonardo Menegon

EMENTA: Estudo dos principais sintomas e sinais clínicos em Medicina Interna, com suas respectivas patogênese e fisiopatologia, em matéria teórico-prática capacitando o aluno a examinar o paciente adulto colher os dados semiológicos para uma observação clínica completa e posterior interpretação e elaboração diagnóstica.

OBJETIVOS: Proporcionar ao graduando a aprendizagem prático-teórica de propedêutica clínica, enfatizando-se as manifestações normais da presença fisiológica dos órgãos e aparelhos.

- Identificar nos indivíduos normais e doentes a expressão de suas funções e disfunções orgânicas através destas técnicas.
- Capacitar o graduando ao emprego das técnicas semiológicas.

I) Objetivos específicos: Ao final do curso, o aluno deve estar apto a realizar a observação clínica completa que compreende:

A- Exame Físico Geral

B- Exame Físico da Cabeça e Pescoço

C- Métodos Propedêuticos para a investigação do(s):

(1-) Aparelho Respiratório

(2-) Sistema Cardio-Circulatório

(3-) Abdômen

(4-) Aparelho Locomotor

(5-) Sistema Nervoso

MÉDIA FINAL: $\frac{\text{AVALIAÇÃO TEÓRICA – PRÁTICA X2 + AVALIAÇÃO TEÓRICA X 1}}{3}$

APROVAÇÃO: MÉDIA FINAL > OU = 5 E PRESENÇA > OU = 75% DO TOTAL DO CURSO

ANEXO C

MINUTA DO ANTEPROJETO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, 2, alínea "C" da Lei nº 1679131, de 25 de novembro de 1995, e o parecer CES ____ / 98, homologado pelo Sr. Ministro da Educação em ___ / ____ / 1999, resolve:

Art. 1º - Fixar as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Medicina a serem observadas na organização curricular das Instituições de Ensino Superior do País.

Art. 2º - As diretrizes curriculares para o ensino de graduação em Medicina definem princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de médicos, a serem aplicadas em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação das propostas pedagógicas dos cursos de Medicina das Instituições de Ensino Superior.

Art. 3º - O ensino de graduação em Medicina tem por objetivo a formação, em uma única habilitação, de médico com:

I. Conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para que possa atuar como médico com formação geral, apto a promover a saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar a incapacidade;

II. Postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania;

III. Preparo para compreender os indivíduos e as comunidades, e intervir sobre as suas necessidades de saúde, em situação social específica, com o objetivo de reduzir os danos e ampliar a autonomia social.

Art. 4º - Ao final do curso o aluno deverá ter as seguintes competências:

I. Buscar a educação permanente, especialmente a auto-aprendizagem;

II. Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

III. Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

IV. Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

V. Dominar os conhecimentos científicos básicos de natureza biopsicossocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VI. Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos os seus aspectos;

VII. Exercer a Medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos validados cientificamente;

VIII. Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

IX. Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

X. Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

XI. Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento

inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XII. Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XIII. Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XIV. Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XV. Cuidar de sua própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XVI. Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XVII. Ter visão social do papel do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XVIII Atuar em equipe multiprofissional;

XIX. Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem com a eficácia da ação médica;

XX. Reconhecer e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da formação geral do médico;

XXI. Utilizar com propriedade a língua portuguesa, compreender textos científicos em outro idioma e ter conhecimentos de informática;

XXII. Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Art. 5° - Os conteúdos essenciais dos cursos de Medicina, na perspectiva do perfil e das competências delineadas, devem contemplar:

I. Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

II. Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III. Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV. Compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

V. Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;

VI. Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 6° - O eixo do desenvolvimento curricular deve estar baseado nas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde.

Art. 7° - As metodologias utilizadas deverão privilegiar a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão.

Art. 8º - A integração e a interdisciplinaridade devem ser coerentes com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando-se integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

Art. 9º - A aprendizagem baseada na prática deve ser priorizada.

Art. 10º - As unidades de ensino-aprendizagem devem contemplar diferentes cenários, permitindo ao aluno conhecer ativamente situações variadas de viver a vida, organizar cuidados à saúde e trabalhar em equipe multiprofissional.

Art. 11º - A interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia.

Art. 12º - A integração ensino serviço deverá vincular a formação médico-acadêmica à realidade do SUS.

Art. 13º - A formação médica incluirá como etapa integrante da graduação o Estágio Curricular Obrigatório de treinamento em serviço, em regime de Internato, em serviços próprios ou conveniados, sob supervisão direta dos docentes da própria Escola, ressalvado o contido no parágrafo 2º deste artigo. A carga horária mínima será de 2.700 (duas mil e setecentas) horas, distribuída no mínimo em três semestres letivos.

Parágrafo 1º - O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá, principalmente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área.

Parágrafo 2º - Somente o Colegiado de Curso poderá autorizar a realização do Estágio Curricular Obrigatório de treinamento em serviço em instituição conveniada fora da região geo-educacional, privilegiando-se aquelas que mantenham programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros serviços de pós-graduação e/ou serviços de educação médica continuada, até o máximo de 1/3 da carga horária total estabelecida pela Escola para o Internato.

Parágrafo 3º - O ingresso no Estágio Curricular Obrigatório de treinamento em serviço só será permitido quando cumpridas todas as etapas anteriores obrigatórias da organização curricular.

Art. 14º - O projeto acadêmico de cada curso de Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e as necessidades, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 15º - A organização curricular dos cursos poderá desdobrar-se em séries, períodos, módulos ou outras formas, no interesse da aprendizagem e do projeto acadêmico institucional.

Art. 16º - A avaliação deve ser somativa e formativa e abranger todo o processo de formação profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes.

Art. 17º – Avaliação do Processo Pedagógico deve envolver alunos, professores e funcionários técnico-administrativos.

Art. 18º – O processo de implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares e de gestão e a avaliação do curso deverá ser feito de forma democrática, participativa e co-responsável, abrangendo professores, alunos e funcionários técnico-administrativos.

Art. 19º - O curso de Medicina terá a duração mínima de 12 (doze) e máxima de 18 (dezoito) semestres, correspondentes a, no mínimo, 7.200 (sete mil e duzentas) horas de atividades acadêmicas, incluindo o Estágio Curricular Obrigatório de treinamento em serviço.

Profª. Regina Celes de Rosa Stella
(Presidente da ABEM)

Petrópolis, 22 de setembro de 2000

APÊNDICES

APÊNDICE A

ENTREVISTA COM OS COORDENADORES QUE COMPUSERAM A COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR DA FCM/UNICAMP

1. Como você viu o processo de construção da reforma curricular da FCM/UNICAMP?
2. Como você viu a implantação e gestão da reforma; descreva as dificuldades enfrentadas e como foram trabalhadas.
3. A reforma curricular prevê um currículo integrado, ou seja, prevê uma interdisciplinaridade; como é para você realizar seu trabalho docente desta forma?
4. Quais as principais dificuldades que você vê nessa forma de trabalho pedagógico?
5. Você entende que essa reforma curricular poderá levar a uma formação médica melhor ? Por que?
6. Na sua opinião, essa forma de organização do trabalho pedagógico é inovadora? Em caso afirmativo, você identifica em que essa inovação está pautada? Aponte em que aspectos a inovação pode ser identificada
7. Se tivesse que recomeçar o trabalho da reforma curricular, que princípios escolheria para nortear o processo
8. Relate outras questões que julgar necessárias para a compreensão do trabalho de concepção, implantação e gestão da reforma curricular da FCM / UNICAMP.

Entrevista com o Prof. Dr. Sigisfredo Luis Brenelli

Bia – Como você viu o processo de construção da reestruturação curricular da F.C.M / Unicamp?

Brenelli - Na verdade, a última vez que eu tinha ouvido falar de plano de currículo e de mudança da reestrutura curricular, já faz 20 anos, que foi a mudança que aumentou o internato para 2 anos aqui na Unicamp. E aí eu era aluno ainda e sempre a gente criticou a questão da integração do curso básico por disciplina. Quando a Angélica era coordenadora de ensino e eu, coordenador de internato, existiam algumas reuniões no centro acadêmico com um grupo de alunos que discutia um pouco essa questão de como que era o nosso currículo, o que estava já acontecendo no mundo, no próprio Brasil, tinha movimentos de CINAEM, tinha ABEM, do qual eu até então nem participava muito e mesmo a faculdade não participava muito, mas a gente entendia que tinha que mudar alguma coisa e começou a ver o material e o que se escrevia. Tinha uma tese de uma professora de Neurologia do Fundão que mostrava que um aluno – eu me lembro desse trabalho, eu nem sei onde está essa tese – eu lembro que foi muito importante para minha cabeça, mostrava que um aluno de Medicina aprendia, aos 26 anos, 16 mil vocábulos novos, que servem para falar em 3 línguas. E o que ficava principalmente nessa reestrutura disciplinar, repartidos no curso básico, curso profissionalizante, é que na melhor das hipóteses somente 20% o aluno guardava daquilo, e era a experiência que a gente vivia e era o que se sentia na semiologia. Às vezes o aluno chegava, depois de fazer um monte de anatomia, e ele não sabia onde ficava o foco, qual estrutura anatômica tinha sido lesada naquele infarto, então a gente tinha que ficar retomando muito aquela coisa básica. E isso é humilhante, pois nos sentíamos frustrados, porque tinha um esforço muito grande que parecia se perder, embora a gente soubesse que mesmo assim estávamos formando bons médicos, eu acho. Mas aconteceu naquele ano que praticamente 30% dos nossos alunos não passaram no nosso exame de residência, e o diretor , que era o senhor Fernando Costa, fez uma pergunta na Congregação: " Que médico a Unicamp quer formar"? Era

um médico que estava perdido no tempo, que não tinha sido estimulado em coisas fundamentais como, por exemplo, ética, humanismo, visão social, e aí a Angélica começou um trabalho no departamento de pediatria, eu junto com ela , como sucessor, como vice dela, tentando ver realmente o que estava acontecendo e, com isso, nós fomos a quase todos os departamentos; isso aconteceu em 98.

E depois isso, tudo acabou no Seminário, nós organizamos um Seminário, teve que parar a escola, a participação do professor foi pequena, mas o aluno foi em massa, tem 500 alunos praticamente. e tentar ver o que estava acontecendo. Desse Seminário saiu uma proposta, uma mudança de currículo que visava alguns fatos, entre eles uma maior integração do curso básico e do curso clínico. Eu percebi, nessa época, que a faculdade de Medicina não aceitava esse tipo de ideologia, ou seja, não havia muita "vontade" em discutir qual era o perfil do médico, então era fácil falar que não tinha integração, e que o problema era na Biologia; mas, na realidade, nós não sabíamos com clareza quem era nosso aluno, porque nós, docentes, não tínhamos clareza dos objetivos do nosso curso de medicina, entende? O "buraco era mais em baixo e maior!" E aí as diretrizes do Seminário foram aprovadas pela Congregação e se criou uma comissão de reforma curricular. Eu tinha assumido a Coordenação da Comissão de Ensino e assumi a Coordenação dessa Comissão do Currículo.

Bia – Como você viu a implantação e gestão da reforma; descreva as dificuldades enfrentadas e como foram trabalhadas.

Brenelli - Bom, criada essa comissão, primeiro ela trabalhou em definir o que a gente queria, qual era a proposta do médico que a gente queria formar e isso também foi depois aprovado pela Congregação, e em cima disso a gente trabalharia com um planejamento pedagógico que pudesse cumprir com aquele perfil determinado e, na verdade, a gente foi trabalhando, foi discutindo, foi estudando para ver um modelo pedagógico que possibilitasse essa integração, um profissional mais comprometido, na sociedade e que, futuramente, teria condições de trabalhar mais integrado, mais ativo na busca do conhecimento, porque um dado importante também é manter o profissional

atualizado, e para isso ele tem que ter uma forma de aprendizado mais ativa. Do ponto de vista burocrático, tudo o que a comissão foi fazendo, foi definindo, era votado na Congregação.

Agora isso não quer dizer que toda a comunidade está entendendo o processo, está participando dele, então meu trabalho como gestor foi o que alguns velhos professores me ensinaram, até de outras instituições: que eu tinha que fazer um trabalho de "formiga". E eu fiz mesmo, um trabalho de conversar, de falar, de explicar, de ir à sala de todos os professores de vestibulares, de ganhar espaço nos conselhos de departamentos de ir conversando, vendendo a idéia, e de tentar, no pessoal mesmo, no corpo a corpo, motivar as pessoas para ver que a graduação era uma coisa interessante, que eles poderiam fazer um lindo trabalho com nossos futuros alunos, mas para isso tínhamos que ter objetivos claros e muita vontade, muita garra em conquistá-los. Falávamos da necessidade de planejamento e o quanto tínhamos que conversar. Então eu vejo que o meu papel, o que eu tentei levar, não sei se dei pouco, se fiz da maneira mais correta, foi a de um "embaixador da reforma".

Eu fui criticado até por alguns, que eu não impunha a reforma, mas eu achei que não podia impor isso, porque era um momento de conscientização, de conversa e de convencer as pessoas para que viessem participar, para dar idéias. Fizemos algumas coisas também em que a diretoria ajudava muito, faziamos café da manhã, faziamos lanche, para poder reunir o máximo de professores para falar, e foram reuniões intermináveis,a que eu nunca neguei a ir, porque onde eu achava que tinha um espaço, eu ia falar do projeto e tentando dar o substrato, para poder responder à pergunta que sempre era feita "por que... por que mudar?".

Porque todo mundo tinha o conceito e achava que a escola era muito boa, formava bons profissionais e a nossa avaliação mostrava isso mesmo. E eu, como um docente que vivia o cotidiano, sabia que isso era verdade, mas a questão era maior, era avançar, inovar para ter excelentes médicos no plano técnico, mas excelentes pessoas, cidadãos; esse era o ponto. Ética, humanismo, consciência social fazem parte de

uma formação médica, eu sei e acredito nisso; essas questões trazem mais felicidade e felicidade traz mais saúde!. Então, hoje, quando eu olho para traz, vejo que meu trabalho foi de falar, "incomodar", gerar dúvida naquilo que fazíamos não no sentido de depreciá-lo, mas de melhorá-lo, de avançarmos. A dificuldade foi e é muito grande, novo – o professor se sente muito ameaçado com o novo. Ele gosta de dar aula, ele tem seu jeito já estabelecido, ele tem seu material, seus slides, ele tem muita segurança em falar sobre a pesquisa que ele faz, sobre aquela coisa "ultra-especializada", sobre a coisa mais moderna que tem naquele tema, ele se sente seguro, mas quando você senta com ele – e diz que naquele momento não é o especialista que está sendo convidado, mas o docente em medicina, e que seria bom falar de sua vivência, da experiência em ensinar, integrar o que ele faz com o resto, ele não quer, é difícil, ele se sente inseguro. Ele tem uma atividade muito grande, o professor trabalha muito, o professor da área da saúde – todos – seja enfermeiro, médico, trabalham muito, você percebe que ele tem uma carga muito grande, porque ele tem uma parte assistencial muito grande e faz isso correto, então, colocar algo novo para ele é muito ameaçador. É como se esse novo demandasse um novo "modus operandi" e ele não está a fim de rever, de mudar. Na hora em que você tenta fazer a coisa mais integrada, como no nosso modelo, que é modular, você tem que gastar muito tempo discutindo, definindo, pautar o conteúdo, como o que vai ser integrado. Foi um processo difícil, difícil e extremamente prazeroso. Sabe, eu acompanhei várias reuniões e às vezes eu assistia e pensava comigo: "nossa essas pessoas nunca tinham sentado, nunca tinham se comunicado deste jeito! Era muito emocionante ver isso e, ao mesmo tempo, dava a dimensão exata do quanto teríamos ainda que andar, que aprender. Aí eu vi a possibilidade de se trabalhar um módulo de forma interdisciplinar , o que vem depois de conseguirmos trabalhar de forma coletiva, é um outro estágio, mais avançado. Eu acho que o que marca hoje o conhecimento moderno é a capacidade de gerir, de ter autonomia na administração do seu conhecimento, mas me diga, Bia, como é que a gente "ensina" isso se a gente não sabe fazer isso, se a gente "não aprendeu"??? É difícil, não é? Outra coisa, do ponto de vista legal, que foi feito, aprovado pela congregação e nunca usado, por isso que eu te falo, às vezes o

burocrático é muito diferente do que acontece no concreto, no real, foi o instrumento que o professor pudesse ser avaliado só pela graduação – aqueles relatórios trianuais lá que a gente passa de atividades, nós aprovamos na congregação um documento em que ele poderia ser avaliado só por estar dando aula, criando um método de ensino, ou seja, podendo ser avaliado pelo seu "fazer docente". Mas isso não foi bem divulgado, ou, sei lá, não foi valorizado como deveria. Eu acho que era mais fácil manter o discurso que "ninguém valoriza quem dá aula", que o negócio é a pesquisa, fazer pós, ou seja, ficava aquele discurso que, na prática, não é mais condizente, já que tínhamos um instrumento aprovado. Isso foi um coisa que deu trabalho, mas que acreditávamos que valorizaria a graduação, a docência motivando mais as pessoas envolvidas na graduação. Então acho que eu vejo a implantação e a gestão, num primeiro momento, como um grande momento de conversa, de explosão de idéias, de gestão em uma participação mais ampla, mais convencimento de todos os envolvidos. Acho que respeitando aqueles princípios básicos que nós tínhamos definido, do perfil de onde a gente queria chegar, mas aceitando todas as idéias, e isso foi difícil, porque às vezes, os alunos e alguns docentes queriam coisa mais avançada, mas outros tinham mais medo. Tinha um docente mais tradicional, e eu tentava ali tirar "os noves fora", valorizar todo mundo, e ter um mínimo de consenso. Eu acho que foi assim e hoje, quando eu vejo o processo, eu estou muito longe, há três meses eu saí, de alguma maneira fui excluído basicamente do processo, não participo mais de nada, e assim não me preocupo em ver nos corredores o que está acontecendo. Os alunos ainda me procuram, eu tenho a impressão de que está continuando, mas é ainda cedo, eu acho que esse trabalho de embaixador aí – isso foi um colega que falava, você tem que ser embaixador – tem que continuar nos novos dirigentes, porque ainda é muito frágil, ainda tem muito que conversar.

Bia – A reforma curricular prevê um currículo integrado, ou seja, prevê uma interdisciplinaridade. Como é, para você, realizar seu trabalho docente dessa forma? Quais as principais dificuldades que você vê nessa forma de trabalho pedagógico?

Brenelli - Acho que é um aprendizado, acho que é um desafio que está imposto à universidade, essa questão do trabalhar na interdisciplinaridade. Nós somos professores positivistas, formados por uma estrutura positivista, vivemos todo o positivismo, na questão da disciplinaridade. Estamos em uma universidade que é disciplinar, você faz matrícula por disciplina, por crédito.

Essa questão da pós-modernidade, buscando a interdisciplinaridade é muito nova, é muito novo até na estrutura organizacional da própria universidade, e muito novo para nós. Eu acho que é um desafio, eu acho que é um aprendizado, mas o que está imposto foi uma forma de necessidade social. Acho que a área da saúde está avançada nessa questão em relação ao resto. Eu vejo a ABEM, a medicina, a ABEM, a ABEN da enfermagem, que têm uma discussão mais ampla, mais antiga, mais aprofundada na questão da didática dos profissionais da área da saúde – penso que a enfermagem, nesse sentido, está mais avançada. Nas outras áreas, eu acho que o problema é mais sério ainda – eu percebo uma resistência muito grande dos professores em tentar ampliar um pouco essa coisa da disciplina deles, integrar mais, em repartir junto, porque não sabem, porque não têm um modelo, porque não têm a capacitação. Eu acho que a coisa virá pela necessidade histórica, é claro, não sei se eu posso falar assim, mas eu acho que é uma necessidade histórica, uma necessidade social, e aos poucos nós vamos aprender, mas é difícil, difícil. Mesmo eu, que tenho minha prática em semiologia e clínica médica, que é uma coisa naturalmente integrada, porque se eu for falar de fisiopatologia ou de como aquele sinal aparece eu tenho que recordar elementos das matérias chamadas básicas, das matérias clínicas, mesmo para eu fazer isso é difícil. Eu acho que parte de um aprendizado que está imposto e que nós não sabemos ainda como fazer. Mas o mais importante, na minha opinião, é ter a "humildade" de dizer que não sabemos ser docentes interdisciplinares, não aprendemos isso, então temos que aprender, tentar, e aí o novo, a interdisciplinaridade, os conhecimentos pedagógicos chegam mais fácil. Só aprende quem "quer verdadeiramente" aprender e se coloca numa posição de receber, de trocar. Aí você

avança, aí você, que já é um bom médico, pode dizer que está se "capacitando" para ser um bom docente, um educador!

Bia – Você entende que essa reestruturação curricular poderá levar a uma formação médica melhor ?, Por quê?

Brenelli - Penso que sim. Por quê? Porque ela visa a um maior compromisso na sociedade, porque ela desvia o eixo do aprendizado da doença para a saúde, o que eu acho que é importante, é fundamental, porque ela, de alguma maneira, obriga o aluno a ir atrás do aprendizado, ir atrás da informação, o que eu acho que é importante, e ela tem os seus princípios – eu não sei na prática como vai ser – a questão do médico trabalhar em equipe.

Por isso que há um esforço da comissão nesse sentido, aproximando outros profissionais da área da saúde. Por exemplo: com os alunos da fono, com os da enfermagem, esta tímida integração já acontece e é super importante. Porque o médico hoje tem que aprender a trabalhar em equipe e tem que trabalhar sob o eixo da saúde, e não da doença. Esse, Bia, é o grande, grande avanço; eu penso que essa preocupação, essa direção foi desenhada assim na reforma e se ela não estiver perto do ótimo, ela se aproxima mais do que o currículo tradicional que nós temos ainda. Quando se fala mais de ética, quando se preocupa em trazer novamente para as cabeças desses futuros médicos que tratar os outros com dignidade, com humanidade é condição básica para se fazer medicina, quando muita gente fala isso várias vezes, os alunos começam a acreditar que isso é verdade, e é mesmo. Um médico tem que ter na cabeça, bem claro, que ele, antes de mais nada, é um cidadão e, como tal, deve cumprir seus direitos cidadãos que giram pelo respeito, pela ausência de preconceito, pela honestidade, e pela certeza intocável de exercer seu ofício, sua profissão com extrema "dignidade", porque cuidar das pessoas deve ser entendido como uma possibilidade única, como um privilégio, porque nós, todos os profissionais da saúde temos o prazer, a honra de gerar vida e manter sua qualidade. Isso é lindo não é?

Bia – Na sua opinião, essa forma de organização do trabalho pedagógico é inovadora? Em caso afirmativo, você identifica em que essa inovação está pautada? Aponte em que aspectos a inovação pode ser identificada.

Brenelli - Ela é inovadora para a Unicamp; ela não é inovadora em outros países, ou mesmo no Brasil muita gente já trabalha assim. Por que eu acho que ela é inovadora? Num aspecto muito primário: sentar os professores da clínica com os professores do instituto de biologia, para planejar que conteúdo a ser dado, de que forma ia dar, como ia dar, naquele tempo determinado, isso foi muito inovador, e eu acho que aí está nosso grande avanço. Outra questão inovadora também foi que nessa tentativa de desviar o eixo para a saúde, e não para a doença, o aluno desviou alguma coisa, o aluno não começou vendo cadáver; ele começou vendo gente, vendo realidade social, podendo discutir isso, isso que ele tinha no tema de cidadania, para depois chegar ao cadáver, para depois chegar ao biológico. De alguma maneira, a idéia do ciclo mesmo, porque enquanto ele está vendo a questão social, ele está vendo a célula, daí ele vê o corpo, para depois voltar para a célula, entrando numa questão do ciclo da vida. Então, nesse sentido, esse aspecto é inovador, esse modelo tem cara da Unicamp que vem sendo uma universidade que sabidamente, estimula a crítica, o fazer pensar. E uma coisa que achei interessante é que algumas escolas têm vindo nos conhecer, entender nosso modelo, nossos acertos e nossas dificuldades, como: a Estadual de Pernambuco, a Escola Baiana de Medicina, a Federal do Ceará, várias escolas estão indo no mesmo modelo nosso, porque eu acho que aí vai ser interessante, pois nós vamos, posteriormente, poder trocar figurinhas.

Bia – Se tivesse que recomeçar o trabalho da Reforma,que princípios escolheria para nortear o processo?

Brenelli - Eu acho que os princípios serão os mesmos. Acho que os princípios escolhidos podem mostrar qual é a vocação da faculdade, por exemplo. Podemos nos ver e nos entender como escolas de medicina, cada uma, neste país, diferente da outra, mas todas com o compromisso de formar bons médicos. Acho que uma coisa que nos

guiou nesse processo e foi interessante é a questão de você respeitar a tradição da Unicamp. Existiam outros modelos muito mais inovadores, como PBL de Marilia, de Londrina, mas a gente optou por uma coisa que o Paulo Freire disse, né? que o currículo é a tradição de uma instituição, é a sua história, representa seus acertos, seus erros, mas é, acima de tudo, seu percurso. Então isso a gente respeitou, que eu acho que foi uma coisa que possibilitou o modelo e o viabilizou. O que eu faria muito diferente é a questão da avaliação – eu começaria com instrumentos de avaliação definidos, criteriosos, para ir acompanhando o processo. Se a gente errou sério em alguma coisa, foi na questão da avaliação; todos nós temos clareza quão difícil é avaliar e como nossa "memória" nesse sentido é marcada por um sentimento de exclusão, de medo; enfim, de falta de participação. Embora soubéssemos disso, não mexemos nessa questão, ou se mexemos, sabemos que foi pouco, que esse problema existe e é sério. Eu ouço muito os alunos dizerem que o conteúdo até está mais integrado, que a linguagem está mais sintonizada, mas, na hora da prova, as questões de anatomia não têm nada a ver com as de fisiologia e assim por diante. Veja, os alunos estão dizendo isso, então é porque isso acontece e nós, docentes, vamos fazer o quê? Isso gera um sentimento de desconfiança que, se eu estivesse no lugar deles, também sentiria. Mas acho que a avaliação também deveria ser introduzida no âmbito da instituição, da Reforma como um processo; dessa forma, teríamos elementos para avaliar nossos acertos, nossos erros.

O seu trabalho está fazendo um pouco isso, né? Quando você passar seu instrumento de percepção, nós poderíamos explorá-lo no sentido de ter mais clareza do todo. Isso é muito importante, Bia; saúde é um universo muito amplo, nele entram questões de dor, de perda, de poder, e ser docente neste contexto é se rever o tempo todo, porque só dessa forma dá para formar gente boa, gente ética, gente que tenha humanidade em tudo o que faz.

Bia – Relate outras questões que julgar necessárias para a compreensão do trabalho de concepção, implantação e gestão da Reforma curricular da F.C.M / UNICAMP.

Brenelli - Bom, só retomando um pouquinho, eu acho que , a característica de nosso aluno é ser mais crítico, não tanto talvez quanto nós gostaríamos, mas ele é crítico, ele tem algum compromisso e, na tradição da Unicamp, ela teve várias experiências. Por exemplo, o próprio projeto Saúde da Família, que hoje é muito importante, na década de 70 existia de uma forma parecida na parceria Unicamp / Paulínia. O que apareceu – porque nós fizemos um levantamento, antes desse processo todo da Reforma, ou melhor, um grupo de alunos, um trabalho super bem feito, e o que apareceu foi que nosso aluno se saía bem na "fita", trabalhava bem em equipe, porém ele lidava muito mal com a questão emocional. Aparece muito claro nos trabalhos deles. É interessante, porque daí foi uma das diretrizes que nós demos para o currículo, também tentar cuidar um pouco mais dessa questão emocional. Acho que a mudança, a implantação só foi possível porque tínhamos um diretor que queria, tínhamos um pró-reitor de graduação que ajudou muito. Você imagina se do ponto de vista da própria legalidade da universidade, a hora em que eu faço matrículas por módulos e não por disciplinas, eu já estou inovando em toda a estrutura burocrática e aí nós tivemos um apoio muito grande da pró-reitoria de graduação e que ajudou a quebrar muito galho, então, para compreender esse processo, foi assim, não teria tido jeito nenhum se não tivesse uma conjuntura política na época que permitisse. E outra coisa importante é a própria diretoria que fez isso - Dr. Mário – ele tinha tido uma votação muito expressiva por parte dos alunos, então também existia um compromisso filosófico e político mesmo de se mexer na graduação, de se valorizar a graduação e eu hoje não tenho dúvida de dizer que a gestão do professor Mário foi o que mais valorizou a graduação na faculdade. Eu entrei em 77 como aluno, fiquei aí desde então, acho que teve outros diretores mais preocupados com a pós-graduação, mas como o professor Mário, não. Todo o direcionamento da administração dele nos quatro anos tem sido para a graduação, então isso possibilitou o momento em que, apesar de a faculdade

estar bem avaliada, era possível propor e implantar uma reforma curricular para melhorar ainda mais.

Entrevista com a Prof.ª Drª Angélica M. B. Zeferino

Bia- Como você vê o processo de construção na reestruturação curricular da Faculdade de ciências medicas da UNICAMP ?

Angélica- A construção, eu acho, foi o mais democrática possível, porque partiu assim das queixas que vinham acontecendo há alguns anos e a possibilidade de você estar melhorando e quando a gente vai ver o que tinha de queixas comuns há muitos anos era a falta de integração básico clinica, então a primeira coisa foi descer ao básico, chamar uma conversa geral com os departamentos de lá, entender que não era uma queixa só da clínica, também do básico que também tinha o lado da clínica, que não dizia pra eles o que queriam deles. Então acho que houve integração das duas partes, e daí surgiu a idéia de um seminário de três dias em que a gente tentou convocar toda a comunidade e foi discussão sobre o nosso currículo mesmo, que médico a gente queria formar e quantas diretrizes a gente estaria mudando no currículo. Foi uma coisa bastante democrática, a gente teve até a participação dos alunos na proposta curricular, do modelo curricular em que eles colocavam o currículo integrado, a proposta do currículo integrado, tudo bem, podia ter na cabeça de um monte de gente, mas quem mais queria eram os alunos, então partiu de um grupo de alunos que estudou o currículo e ensino médico e propuseram isto, e aí, foi bem aceito pelo seminário. Eles apresentaram uma proposta muito bem elaborada, que foi reestudada por nós (o seminário foi em 98, final de 98). No seminário, nós trouxemos as reformas que vinham acontecendo na Universidade de São Paulo, a USP , na Paulista e Ribeirão Preto, pra contar como é que estava sendo nesses lugares, e à tarde a gente trabalhava em oficina sobre as diretrizes. Na minha maneira de ver, foi uma fórmula estruturada bem discutida, e aí quando passou na congregação, passou muito liso e aí a gente até fica preocupada porque, quando uma coisa não é questionada, pode ser porque ninguém está se importando e, como vimos depois, aos poucos, foram aparecendo as resistências, mas no começo todo mundo achou ótimo. Eu mesma não acreditava muito porque, se estivesse naquele fórum como aluna, eu iria querer saber que diretrizes são

essas, e nem as diretrizes foram questionadas, passando pelo alunado sem problemas.

Aí a direção da faculdade montou uma comissão de reestruturação curricular para iniciar o processo de mudança.

Bia - Como você vê a implantação e a gestão da reforma; descreva as dificuldades enfrentadas e como foram trabalhadas.

Angélica - A implantação se deu quando a comissão da reforma começou a discutir os módulos, e pra cada módulo foi criado um grupo gestor. A comissão da reforma dava o tom, as diretrizes, e aí eles se compunham nos departamentos que continham as áreas de conhecimento desse módulo. O gestor era indicado para o mandato de dois anos e com uma série de regras que nós estabelecemos, até pra que esse gestor fosse estimulado a mudar a cada 2 anos. No grupo também tinha o vice - gestor e mais os professores responsáveis pelas antigas disciplinas, e o grupo trabalharia questões de conteúdo, de avaliação do módulo e depois traria para a comissão da reforma, apresentando o esqueleto para que pudéssemos aprimorá-lo. Então a comissão da reforma tinha uma função importante que era balizar tudo o que era apresentado, fazendo alterações de conteúdo, carga horária. A implantação foi tranqüila porque a gente contou com uma ajuda importante do básico, com ajuda dos representantes do IB, que foi fundamental; sem eles nós teríamos muita dificuldade.

Isso evitou confrontos porque as decisões foram sendo tomadas de forma conjunta. Eu penso que a implantação dos primeiros módulos mostraram, evidentemente, algumas dificuldades de organização, avaliação, mas que no segundo ano de implantação foram sendo melhorados e hoje nós temos módulos bastante integrados.

Bia- A reestruturação curricular prevê um currículo integrado, ou seja, prevê uma interdisplinariedade. Como é, para você, realizar o seu trabalho docente dessa forma? Quais as principais dificuldades que você vê nessa forma de trabalho pedagógico?

Angélica - Para mim e imagino que para quase todos os outros docentes, é difícil, porque a gente trabalha de uma forma muita compartimentalizada e, de repente, você está pensando integrado; é até fácil você raciocinar quando o paciente chega e pensa-lo de forma integral, mas na hora de ensinar que você tem que integrar várias áreas de saber, fica mais difícil, porque cada um acha que o seu conteúdo é o mais importante e não abre mão disso e não abre mão daquilo e, na verdade, eu acho que isso acontece porque a gente não tem esse aprendizado, não tem essa prática. Então aí a gente tem que sentar, discutir e isso demanda tempo. O professor de maneira geral, não esta muito preocupado com a graduação, ele quer ir lá dar uma aula que esta montada há anos e não pensar de outra forma. A questão é que "aprender a gente aprende", mas o problema é o tempo.

Bia- Você entende que essa reestruturação curricular poderá levar a uma formação médica melhor? Por quê?

Angélica - Eu acredito que vai levar a uma formação melhor, porque você integra os conteúdos e o aluno chega para você perguntando sobre o todo e você é que tem que integrar tudo, o que facilita o raciocínio clínico e o deixa mais "inteiro". Eu tenho certeza de que, se desde o começo ele pensar assim, ele vai ter mais facilidade lá no internato, no próprio profissionalizante, e é esse nosso objetivo final.

Bia- Na sua opinião, essa forma de organização do trabalho pedagógico é inovadora? Em caso afirmativo, você identifica em que essa inovação está pautada? Aponte em que aspectos a inovação pode ser identificada.

Angélica - Pensando bem, eu não acho que ela é inovadora, porque, no início da FCM, nos tínhamos um professor que fazia essa integração, que era o professor Carvalhal, ele trabalhava dessa forma, que é o que nós desejamos agora para o nosso aluno. Mas depois, com as especializações, isso foi se perdendo, os conteúdos, a visão do paciente como um todo. Agora, no modelo pedagógico, a integração básico - clínica, ela é inovadora, sim, é um desafio, por que todas as escolas buscam essa integração e a gente está conseguindo. Nesse

sentido, acho que a gente inova, porque ela está pautada em tudo o que você lê sobre educação médica, ou seja, nós não inovamos porque o que estamos fazendo é o que todo mundo quer, mas ela é inovadora porque nós estamos conseguindo, de uma maneira efetiva, embora tenhamos problemas com os módulos, mas, em última instância, eles estão tendendo a ficar de uma maneira ideal. Outra coisa que eu também vejo não como inovadora porque também todo mundo faz, é essa inserção mais precoce na comunidade, ele percebe melhor todos os fatores sociais, econômicos que afetam a saúde. Mas, novamente aqui, a inovação é que nós estamos conseguindo. Ou seja, o que eu quero dizer é que nós não inventamos nada, mas nós estamos conseguindo fazer de fato e essas coisas todas apontam para uma formação mais ampliada e evidentemente inovadora.

Bia- Se tivesse que começar o trabalho de reestruturação, que princípios escolheria para nortear o processo.

Angélica - Bom, os princípios seriam os mesmos, todo o processo evidenciou que o currículo é bom; a única coisa que eu faria diferente era ter instituído um núcleo de avaliação mais forte inicialmente, porque eu acho que é um ponto falho em nosso currículo, por que a avaliação poderia estar sendo feita em cada módulo de forma mais integrada e para isso seria necessária a orientação desse núcleo. Esse núcleo não existe, tentou-se formar, mas não foi possível, fizemos um seminário de avaliação muito interessante, porém sem continuidade. Nesse ano os alunos fizeram muitas criticas a um determinado módulo e a gestora se sentiu agredida, mas eu acho que foi bom, porque de alguma forma levou a uma discussão. Outra coisa que eu mudaria era o papel que a comissão de reestruturação tinha inicialmente, que eu acho que agora está retornando para o rumo certo, que é de interferir na construção dos módulos e não aceitá-los prontos para iniciar "para ontem", porque, dessa forma, era impossível interferir. Nessa época eu decidi sair da comissão, porque eu percebi que as decisões aconteciam nos bastidores e para a comissão não vinha nada. Dessa forma, a comissão foi se esvaziando, as pessoas foram desaparecendo e o coordenador, que era o Brenelli foi perdendo sua importância. Agora acho que

isso esta sendo recuperado, as coisas estão sendo cobradas com mais antecedência e eu acabei voltando para a comissão porque o Emilio me convidou. Hoje as reuniões têm atas, porque nem isso tinha no passado, e as coisas estão mais reestruturadas. Eu penso que agora nós estamos em uma fase de reestruturação dos módulos e estamos começando a voltar nossos olhos para a clínica, isso exige um novo processo de divulgação da comissão de forma interna, e aí eu incluo a direção da FCM porque no básico houve uma participação maior e na clínica nós já estamos sentindo muitas dificuldades, com discussões que deixam a desejar; então este contato da direção pode facilitar em muito os novos módulos. Outra coisa que eu acho importante é discutir com muita antecedência o internato, para que as modificações aconteçam e as pessoas não fiquem acomodadas, acho que tem que ter conversa, não dá para decretar as coisas.

Entrevista com o Prof. Dr. Emilio Carlos Elias Baracat - dia 5/ 03/ 03

Bia- Como você viu o processo de construção da Reforma curricular da FCM / Unicamp.

Emilio- Eu acho que o processo da reforma curricular partiu de vários pressupostos ditados pela CINAEM, ABEM, que culminou com as Diretrizes curriculares do MEC em 2000 e era um processo que já havia delineado como deveria ser a formação médica ideal e algumas transformações que ocorreram em algumas escolas, como currículo nuclear da USP.. Na faculdade eu acho que esse processo tentou ser melhor, tentou se qualificar, tentando até ser modelar no que diz respeito à questão ético humanista, uma questão que faz parte de toda a diretriz e também aproveitar a experiência que a faculdade tinha com a rede básica de Campinas e de Paulínia, que foi muito produtiva, e tentar trazer isso como uma marca muito forte dentro da estrutura curricular que a gente está tentado fazer.

Bia- Como você viu a implantação e gestão da reforma? Descreva as dificuldades enfrentadas e como foram trabalhadas.

Emilio - O processo de construção que começou em 98 e exclusivamente dentro da comissão de ensino e que depois tentou levar para os outros professores. Na realidade, foi um processo, no meu ponto de vista, que não teve continuidade, embora tenha sido levado para os colegiados, porque o caminho para a sua realização não ficou claro para todos os docentes. Então me parece que existiu, por parte dos departamentos, a sensação de que foi uma construção de cima para baixo, embora as pessoas reconhecessem que era um modelo muito bom. É muito forte a sensação de que a reforma está acima de qualquer gestão, isso é evidente, mas as pessoas não foram sensibilizadas o suficiente para entender que o processo deveria envolver todos os docentes. Então o que aconteceu? Foi apresentado à faculdade qual era o norte, mas isso se perdeu frente a um corpo clínico enorme que trabalha do terceiro ao sexto ano, e ai a reforma começou a se voltar para a área básica, especialmente a Angélica e o Brenelli olharam um pouco para o básico e viram que o problema maior para

conseguir avançar era tentar fazer uma integração mais firme entre as disciplinas do básico, diminuir a carga horária, abrir janelas para atividades extra muro, como área verde e tentar fazer com que as pessoas se sensibilizassem. Eu acho que o trabalho acabou desviando um pouco para a área básica porque foi um trabalho árduo, exaustivo, de convencimento e com muita resistência. Ali havia pessoas que tinham disciplinas há muito tempo com resultados bons e que não queriam mudar. Eu acho que não foi culpa de ninguém, foi assim, vamos deixar para depois o pessoal do curso clinico e vamos cuidar do básico, e ai foi uma vitória muito grande da Angélica e do Brenelli de modificar e integrar essas disciplinas. Lógico que com o valor enorme que os docentes do básico têm de acreditar e hoje as disciplinas das formas como estão colocadas não tornam o currículo ideal, mas eu acho que faltou olhar um pouco para a frente, não só na sensibilização contínua do corpo docente, mas também no que era preciso de infraestrutura para continuar a reforma que é uma coisa que bate na nossa porta todos os dias. A reforma pensa muito alto, ela vai muito além do que a gente pode oferecer em alguns pontos, principalmente em infraestrutura, porque a gente não tem o que ela necessita, como, por exemplo: os projetos que incorporam os recursos audiovisuais, remodelação de todos os laboratórios, ou seja, eu acho que nesse ponto falhou porque se construiu sem ter o financiamento, e é interessante por que alguns docentes viram para mim e dizem: "porque você não usa a verba da reforma?" e eu digo: "Qual é a verba da reforma, você me conta porque eu não conheço". Ou seja, não tem verba da reforma, existe verba da Faculdade, então não tem dinheiro para implantar as coisas solicitadas como, por exemplo: projetor multimídia em cada sala; o docente quer, por exemplo, disponibilizar para os alunos CD's da suas aulas, outro docente quer um laboratório com sessenta microscópios de última geração, e até o último projeto, que é o laboratório de habilidades, está lá parado, porque é preciso muito dinheiro. Eu acho que é mais fácil pensar alto assim e depois procurar o financiamento, eu também não critico as pessoas porque senão as coisas não aconteceriam, porque se você pensa que eu vou fazer tudo, idealizar, arrumar dinheiro, daqui a dez anos você ainda estará pensando.

A gestão da reforma foi feita em um modelo muito interessante que colocou os módulos com gestores que deveriam rodar a cada dois anos e que nós estamos questionando isso até nas reuniões da reforma e as pessoas estão se colocando se vão ou não continuar; então, por exemplo, o módulo morfofisiológico vai continuar com o mesmo e nós estamos consultando o grupo, mas muitos deles querem continuar não só porque é interessante, mas também porque é importante, do ponto de vista de ensino da graduação, saber como coordenar um módulo, tem um peso institucional. E essa forma de fazer a gestão com os coordenadores dos módulos que têm acento num colegiado maior, que é a comissão de ensino, traz uma qualidade maior, embora exista sempre o risco de desgastar, já que o trabalho é contínuo, semanal e, portanto, pode desgastar, como no passado aconteceu existindo um período grande sem reuniões.

Então, quando eu assumi, em julho de 2002, eu fiz duas reuniões no básico com o Morfo e eles expuseram todas as demandas que tinham, porque não existia uma ponte entre esse diagnóstico do processo avaliatório com a FCM. Eu acho que essa falta de contato deveu-se à energia grandemente empregada no trabalho com o básico, não criticando o Brenelli.

Bia- - A reestruturação curricular prevê um currículo integrado, ou seja, prevê uma interdisplinariedade. Como é, para você, realizar o seu trabalho docente dessa forma? Quais as principais dificuldades que você vê nessa forma de trabalho pedagógico?

Emilo – Eu acho que a interdisciplinaridade é um ponto forte para a integração dos departamentos, ela requer uma dose de renúncia não só de aspectos metodológicos, de carga horária, como você ministrava determinada aula, de como você vê a perspectiva de integrar com pessoas com que você nunca trabalhou. Quando você integra, então, por exemplo, a pediatria que eu vou ter que me integrar obrigatoriamente com a área de saúde coletiva, ou seja, vou trabalhar com as pessoas que olham a pediatria sob outro aspecto, como, por exemplo, o programa de saúde da família, a gente percebe a dificuldade de integrar. Eu me lembro dos colegas contando a experiência de dar aula de asma no primeiro ano, porque nessa hora não cabe

explicá-la do ponto de vista fisiopatológico, mas, sim, dizer com linguagem quase que para leigos o que é a asma e suas interferências no plano social, por exemplo, ou seja, um conhecimento compatível com o primeiro ano. Então eu percebi que a dificuldade é mudar a forma de ministrar determinado conhecimento, observando vários níveis de complexidade que é crescente do primeiro ao sexto ano, e também você tinha que aprender a trabalhar em equipe, e com pessoas que às vezes não falavam a mesma linguagem que você, que enfim não concordavam com a forma como você queria demonstrar aquele conhecimento. E aí outro aspecto importante é o da avaliação que, a meu ver, é o pior, na hora em que você não é atendido no conteúdo que você administrou. Então eu acho que se quebraram os guetos, os curraizinhos, mas, na hora de avaliar, isso, ainda não aparece.

Bia - Na sua opinião, essa forma de organização do trabalho pedagógico é inovadora? Em caso afirmativo, você identifica em que essa inovação está pautada? Aponte em que aspectos a inovação pode ser identificada.

Emilio - Ela é evidentemente inovadora, porque agrega um conhecimento diferente, porque você ministra determinado conteúdo por sistemas como, por exemplo, o módulo de neurociências,em que você integra psiquiatria, neurologia, imunologia, você traz para dentro da transmissão do conhecimento para o aluno o sistema integrado e eu acho que essa integração por sistemas é o ponto mais forte e inovador, porque você não precisa aprender toda a fisiologia, toda imunologia, toda a embriologia, para ter o conhecimento; na hora que você integra, você detém muito mais esse conhecimento. Outro ponto inovador é a hora que em você leva esse aluno antecipadamente à rede básica para que ele conheça a realidade de saúde da comunidade. Você tenta fazer com que ele não veja só o ponto vista que ele vai enfrentar mais para a frente, mas você consegue fazer com que ele se sensibilize com as demandas sociais; esse é outro ponto forte que eu acho, quando ele está dentro da universidade, dentro de uma redoma de vidro isolado, sem contato com a realidade social, do mesmo jeito que vi quando fui aluno, que eu só fui ter contato com a realidade

no sexto ano. Isso é muito ruim, então esta antecipação de convívio com a comunidade é um ponto que eu acho muito inovador.

Outro aspecto que eu acho muito inovador é quando você joga no currículo essa parte ética humanística com temas que não se referem só à medicina, mas também de filosofia, religião, com temas que vão acompanhar todo o curso, além de iniciá-lo na prática em ciências com (IPC), que mostra como se produz o conhecimento, como construir um conhecimento novo. Isso agrega uma qualidade que é uma característica da Unicamp.

Bia- Você entende que essa reestruturação curricular poderá levar a uma formação médica melhor? Por que?

Emilio - A formação, com certeza, vai ser melhor, não só na parte ético-humanística, como na construção do conhecimento e na sua integração. Se a gente parasse a reforma agora, no quarto ano, e deixasse o internato como está, ela seria excelente, pois já conseguimos muita coisa. É lógico que vai faltar muito ainda, porque o desafio é acabar com essa fragmentação no internato, que a gente conseguiu acabar no básico, e se a gente não conseguir acabar no internato, vai ser muita decepção para todo mundo, e até desestimular quem fez a integração no básico voltar de novo para o modo anterior. Então, se acabar hoje, nós já teríamos um aluno com excelente formação, e não só isso, porque, como remexeu, começaram aparecer outras coisas. Eu acho que os alunos ficaram mais críticos, abriu se espaço dentro dos colegiados para que eles pudessem se colocar, eles passaram a atores, agora participando ativamente do processo como um todo.

Bia- Se tivesse que recomeçar o trabalho de reestruturação, que princípios escolheria para nortear o processo?

Emilio - **Eu acho que se fosse começar agora, os princípios seriam os mesmos, ou seja, os das diretrizes curriculares, porque, quando os docentes perguntam: "de onde você tirou esses ideais?", eu respondo: "das diretrizes, desses princípios". Eu costumo escutar coisas, como: "mas nós não precisamos**

ser totalmente assim". Eu penso que quando você faz um trabalho pautado em princípios, você tem que tentar segui-los 100% porque mesmo assim a gente sabe que se consegue 70%, 80%.

Eu manteria a direção da integração básico-clínica só que com mais gente participando e de forma concomitante, porque, dessa maneira, estaríamos trabalhando antecipadamente a parte clínica, o que daria mais sintonia. Eu também acho que toda essa dificuldade que nós encontramos poderia ter sido minimizada se nos tivéssemos um núcleo de apoio pedagógico na área de educação.

Eu digo isso porque a história da universidade é de contratação de médicos, bons médicos e que foram contratados para ministrarem aulas como docente e que, é lógico, não se trata simplesmente de passar a experiência clínica, do tipo é assim que eu faço e é assim que tem que ser.

Na realidade, esse trabalho docente deveria ser de nortear o aluno na busca desse conhecimento de forma ativa, e nós não tivemos amparo pedagógico para essa tarefa. Se você me pergunta por que não teve isso, eu responderia que me parece ser um "vício de médico". O fato de você ser uma pessoa que tem um bom conhecimento teórico de uma boa faculdade e que do ponto de vista clínico consegue trazer de alguma maneira um respaldo social, isso te capacita a ser um bom professor, ou seja **é como se você tivesse uma relação direta entre "eu sou um bom profissional, portanto eu sei ensinar."** Essa é a história dos cursos de medicina, você desponta aí fora, então você é um bom professor. E na Unicamp a história foi assim, os bons médicos da cidade foram dando os cursos de medicina lá na Santa Casa, e daí a característica da medicina da Unicamp é essa e ainda existe um grande grupo de profissionais que estão aí trabalhando, há muito tempo e todos esses anos isso foi se reproduzindo. **Por exemplo, os bons residentes eram contratados como docentes, e não necessariamente um bom residente será um bom professor**, e nós, nesse período todo, nunca tivemos um amparo, uma orientação, de fundamentos pedagógicos, a não ser nas disciplinas, como didática e pedagogia na pós-graduação, que não traziam nada, para mim não contribuíram de forma alguma. Eu aprendi no nível médio que, depois de dar um determinado conteúdo, eu fazia uma prova, então na

medicina vai ser assim também; eu dou três semanas de matéria, ele vai ter que aprender tudo, eu vou perguntar tudo na prova. Então eu acho que foi isso, falta realmente um núcleo de apoio pedagógico para os docentes. Como existiu uma demanda em uma determinada época para a criação de um núcleo estatístico em função dos docentes terem que publicar seus artigos, ou seja, houve a necessidade e a faculdade criou o núcleo, porém com a parte pedagógica isso não aconteceu, porque a gente encontra resistência até nos docentes. Como eu falei para você, o docente diz: **é assim que eu sei dar aula e ponto, nós estamos indo muito bem, estamos tirando A no provão,** e nós sabemos que A no provão é 50% da prova, ou seja, você nivela por baixo. Então eu acho que falta esse núcleo, e seria muito bom que ele existisse agora porque teremos um embate maior agora no curso clínico quando a resistência, com certeza será muito maior.

Entrevista com os Coordenadores que compuseram a comissão de reforma curricular da FCM/UNICAMP

Entrevista com a Coordenadora Associada, Profª Sara Monte Alegre

Bia - Como você viu o processo da reestruturação curricular da FCM/UNICAMP?

Sara - Na minha maneira de entender, aconteceu exatamente na hora certa, porque a gente já vinha sentindo alguns problemas no currículo antigo e precisava, havia a necessidade de uma renovação e uma inovação principalmente. Então veio no momento exato. Acho que foi bem estruturado porque não nasceu de uma forma qualquer, houve uma preparação, houve um seminário em que a gente se baseou e foram embasadas todas as discussões e nele muitas diretrizes da nossa reforma curricular se basearam também.

A partir desse seminário, que eu acho que foi a maneira mais adequada de se começar, discutiram-se os problemas, as necessidades de mudança, o porquê mudar. Então, nesse seminário de ensino, nós tivemos contato com experiências de outras escolas que estavam mudando ou que já tinham começado a mudança há algum tempo. Frente às dificuldades, os relatos de todas as outras escolas, a gente já mais ou menos pôde ter uma noção, é claro que não exata do problema, do que a gente teria para estar enfrentando.

Acho que foi assim, mais ou menos difícil, ora mais, ora menos, bem planejada, teve uma estruturação e uma discussão que norteou com pontuação dos problemas na hora exata.

Bia- Como você viu a implantação e gestão da reforma? Descreva as dificuldades enfrentadas e como foram trabalhadas.

Sara - A implantação da reforma aconteceu na época da transição Angélica e Brenelli como coordenadores da comissão de ensino e de reforma curricular A implantação foi por uma comissão de reforma curricular que nos primeiros dois anos praticamente gerou muita discussão; eu já participava da reforma curricular desde o

início, então houve muita discussão em termos de diretrizes, principalmente considerando as curriculares do MEC que depois foram formalizadas, em 2001, e as nossas diretrizes se encaixando diretamente, bem de acordo com as do MEC.

As primeiras dificuldades foram com relação ao ciclo básico, ao entendimento do que era reforma curricular e da adequação para formar, melhorar.

Eles entendiam que haveria perda de espaço, perda de carga horária e essa foi uma grande dificuldade; fazê-los entender que não era uma perda, tinha um lucro com a integração, principalmente com a integração de conteúdo, curricular. Depois disso, uma outra dificuldade, no meu ponto de vista, facilmente vencida, foi a integração clinica / básico. Eu acho que os departamentos da FCM, de uma forma mais participativa do que eu esperava, responderam ao chamado do ciclo básico em estarem se integrando, se associando a eles.

No atual momento, eu acho que uma grande dificuldade que nós estamos tendo é a conscientização do pessoal da FCM, do chamado corpo clínico, ou pré-clinico e clínico, os respectivos quarto e quinto anos. Acho que, provavelmente, daqui para a frente, vai ser a mesma história que a gente ouvia no começo da reforma, "mas é minha carga horária", "eu vou estar perdendo carga horária porque antes eu tinha tantas horas, e agora reduziu não sei quantos por cento", sem entender que já tem uma parte desse conteúdo, que já tem a colaboração da clínica lá em baixo, que ele já é integrado e que agora o que nós precisamos é formalizar, fazer com que se concretize na vida do aluno, em termos de conhecimento, essa integração.

A conscientização dos departamentos em estar participando está sendo lenta e, como ainda a gente ainda tem currículo velho, os docentes estão ainda muito ocupados com a maneira "antiga"; eles não estão dando muita bola ainda, mas, a partir do ano que vem, quando ele não tiver mais esse aluno e ele tiver que "procurar onde eu vou dar a minha aula" e que ele for verificar que não tem mais um espaço "dele" como era antes, aí a ficha vai cair, e eu acho que vai cair de quina, na cabeça de alguns que não acordaram para o problema e estão achando que a reforma curricular é de alguns, que não é da faculdade de medicina. Acredito que esses professores estão redondamente enganados nesse sentido, que a principal dificuldade não é o básico e, sim, o

departamento de clínicas que não se envolveu totalmente; é uma porcentagem pequena dos docentes do 4º e do 5º ano que entendem que a Reforma já aconteceu e está aí. Na própria ginecologia o pessoal discute como se a reforma "levar muito tempo" para chegar lá; está aqui; este ano já está chegando à ginecologia também; a grande vantagem é o departamento de pediatria, que está sempre à frente em termos de discussão, é um departamento muito mais integrado, o que eu acho que falta nos outros dois departamentos.

Se o pessoal discutisse mais os problemas da graduação e discutisse e tivessem "saco" para discutir reforma curricular, nós não estaríamos enfrentado isso, seguramente. A preventiva tem participado, eu acho que é um departamento que tem alguns problemas mais relacionados a números de docentes, tem uma necessidade de haver um número maior de docente, eles estão desde o primeiro ano, eu acho que foi junto com a pediatria um departamento que abraçou a idéia; tem tentado participar, a limitação é o número de professores que, "infelizmente", está deixando alguns buracos, mas, na medida do possível, a gente tem até que cumprimentá-los porque eles têm tentado participar da melhor forma possível. Se não for o ideal, não é por culpa dos que estão participando, o que acontece é falta de gente, falta de pessoal.

Bia- A reestruturação curricular prevê um currículo integrado, ou seja, prevê uma interdisciplinaridade. Como é, para você, realizar o seu trabalho docente dessa forma? Quais as principais dificuldades que você vê nessa forma de trabalho pedagógico ?

Sara - Bom! Currículo integrado, eu acho que a gente não pode estar falando em disciplina, tem que falar em módulos para começar e as disciplinas têm, sim, que se encaixar nesse módulo de forma a montar um conteúdo que seja homogêneo. Uma dificuldade que a gente estava encontrando é como estar encaixando essas disciplinas até formar um módulo que seja adequado para passar o conhecimento, que seja homogêneo, sem estar particularizando. Em alguns momentos, é claro que não tem como você passar o conhecimento do aluno sem particularizar uma ou outra área, mas isso são momentos, de uma maneira geral essa passagem de conteúdo tem que ser o mais uniforme, integral possível. Outra dificuldade seria fazer com que o corpo docente

enxergasse que ele, professor, não é mais membro de uma disciplina ou de um departamento tal, ele faz, sim, parte de um departamento na carreira acadêmica, mas, na hora de ser o professor dentro da sala de aula, ele é o professor do "módulo tal" e o conteúdo daquele módulo para área dele, ele tem que tentar passar de uma maneira que seja aproveitada nas demais áreas que compõem o módulo.

É um processo difícil, leva tempo. Eu acho que até o docente enxergar, e uma das frases que me marcou muito, conversando com alguns professores não só lá no instituto de Biologia, mas, aqui em cima, também na faculdade de Medicina, é que a gente vê a dificuldade do pessoal que está se integrando e montando um currículo com essa tentativa de interdisciplinaridade e aí eles sempre dizem para a gente, "mas eu sempre fiz assim", "por que que eu vou mudar agora?".

Então este sempre fez assim é uma "pedra no sapato da gente" e eu acho que a hora em que ele começar a entender que o "eu sempre fiz assim" não pode mais estar presente, que ele tem que se adequar ao momento atual, aí, sim, eu acho que vai ter mais interdisciplinaridade,

Bia - Você entende que essa reestruturação curricular poderá levar a uma formação médica melhor ? Por quê ?

Sara - Eu acho que vai levar, sim; vai formar um médico melhor, com uma visão do geral, mais adequada para a formação do médico, com as particularizações necessárias para a formação.

Acho que o "futuro médico" que a gente tem visto até este momento da reforma curricular é mais consciente, ele tem uma visão social mais ampla, inclusive da profissão, dos problemas de saúde, eles estão aprendendo a conhecer o meio onde eles vão trabalhar, eu acho que isso tudo só pode ajudar o "futuro médico" a ser melhor, ele vai ter mais visão crítica, ele está sendo mais estruturado no comportamento ético profissional e já está sendo colocado num ambiente onde ele aprende já a ver o que é a hierarquia do sistema de saúde, como é o trabalho nas unidades básicas de saúde; é uma preparação para o médico num ambiente de trabalho que, provavelmente, vai ser dele daqui a pouco.Ele está tendo todos os conteúdos que de uma forma geral a gente tinha no currículo anterior, não que não fosse abordado, era abordado, mas em alguns

momentos, às vezes, um pouco distante do momento em que o aluno poderia estar usando. Por exemplo, o curso de ética médica que era dado durante o terceiro ano do currículo antigo e o aluno ia conviver mais proximamente com o seu paciente só no 5º ano; era complicado; agora não, a discussão de ética vem acontecendo desde o primeiro até o sexto ano; isso faz o aluno sentir a importância dessa parte da formação, o aluno vai constantemente estar em contato com o "ser ético", então a formação vai ser melhor, ele é colocado muito precocemente em contato com o paciente, isso de uma maneira que é brilhante para o médico, pois ele pode correlacionar mais facilmente os problemas de saúde a ser mais crítico, a trabalhar melhor a área de prevenção que era um ponto muito falho no currículo antigo.

A gente não tinha uma disciplina que ensinasse o aluno como prevenir o problema de saúde, e agora não, ele está desde o primeiro ano lá no centro de saúde, de alguma forma, observando isso, levantando o problema que, depois, ele vai discutir com o professor e com o grupo apropriado.

Eu acho pontos que são fundamentais e que eu acredito muito que o nosso médico vai ser não só mais ético como muito mais humano e acho que, em termos de informação, ele vai estar muito mais adequado para a profissão. Não que os atuais não sejam bons, mas eu acho que a gente pode melhorar muito.

Bia- Na sua opinião, essa forma de organização de trabalho pedagógica é inovadora ? Em caso afirmativo, você identifica em que essa inovação está pautada? Aponte em que aspecto a inovação pode ser identificada .

Sara - Eu acho que é inovadora, sim, e tem um ponto principal que eu já toquei anteriormente, que é a correlação, a inserção precoce do aluno em atividades ou no conhecimento no Sistema único de Saúde.

Outro aspecto que eu chamaria de inovador é a interdisciplinaridade que, apesar de ela ainda não estar ocorrendo nos moldes em que ela é necessária, eu acho que já tem muito de inovador você juntar um departamento para formar um módulo ou até faculdades, como a FCM e o Instituto de Biologia, na discussão de um módulo em que você tem docentes de um departamento diferente participando e dando certo. Os

pontos principais são esses e eu vejo também a discussão de ética que até agora tem permeado o currículo e antigamente não era assim, era muito distante, então as inovações, eu acho, são estas aí.

Bia- Se tivesse que começar o trabalho de reestruturação, que princípios escolheria para nortear o processo ?

Sara - Acho que um dos princípios seria informação, fazer com que a informação chegasse mais prontamente, da forma mais clara possível ao corpo docente. Para que houvesse maior integração, e também com relação aos alunos, principalmente no tocante à avaliação, que é um dos pontos que no momento a gente ainda tem muito a trabalhar. A gente sente falta de um processo de avaliação que seja mais eficaz, e também envolver talvez mais, discutir de forma mais detalhada em cada área e tentar envolver o máximo possível, exatamente sem ter nenhuma restrição de cada área. Fazer o pessoal vestir a camisa da reforma antes mesmo que ela estivesse no papel, estabelecer uma participação mais ampla, não sei, se pela nossa estrutura, seria muito diferente do que está sendo atualmente, mas acho que seria de outra maneira, quanto mais pessoas envolvidas, mais a idéia é difundida mais discussões; você tem mais participação, eu acho que seria uma cadeia de eventos, um puxando o outro, sensibilizando as pessoas para o assunto. Nós temos um corpo docente que gosta do que faz,e que gosta de trabalhar com amor, que tenta se envolver o máximo, então o negócio seria transformá-las em fontes de informação nas suas áreas de trabalho, difundindo mais rapidamente e adequadamente a Reforma. Se tivesse um recomeço, acho que seria por aí.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. **DATA:**
2. **CURSO:**
3. **LOCAL:**
4. **APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA:**
5. **Nº DE ALUNOS:**
6. **NOME DO DOCENTE:**
7. **TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)**

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- ( ) MAIS DE 15 ANOS

8. **FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)**

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. **TIPO DE ATIVIDADE**

- ( ) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. **MÓDULO**

- ( ) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO I
- ( ) MORFOFISIOLOGIA II

- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS I
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS I
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS II
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEURO CIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES I
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES II
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS II
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS III
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS IV
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS III
- ( ) SEMIOTÉCNICA DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA
- ( ) FISIOPATOLOGIA INTEGRADA I
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS V
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS IV
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS V
- ( ) EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE I
- ( ) EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE II
- ( ) SEMIOLOGIA E PROPEDÊUTICA
- ( ) FISIOLOGIA INTEGRADA II
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS VI

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

RECURSOS DIDÁTICOS:

( ) LOUSA

( ) TRANSPARÊNCIA

( ) DATA SHOW

( ) FILMES

( ) SLIDES

( ) TRABALHO EM GRUPO

( ) SEMINÁRIO

( ) ESTUDO DIRIGIDO

( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA

( ) CIRCULANDO PELA SALA

( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

( ) OUTROS:

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

( ) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

( ) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

( ) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE**

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS À INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

( ) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

( ) HÁ PONTUALIDADE

( ) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

( ) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- **LINGUAGEM DO DOCENTE**

- **TOM DE VOZ**:

( ) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

( ) COM MICROFONE

( ) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- **COMUNICAÇÃO VERBAL**

( ) CLARA

( ) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

( ) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

( ) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

( ) LÓGICA, SEQüÊNCIAL.

( ) FORMAL

( ) INFORMAL

( ) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**

( ) USO DE SINAIS PARAVERBAIS

( ) USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

( ) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

( ) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

( ) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS:

( ) OUTROS:

NO CAMPO DOS CONTEÚDOS

NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA:

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO:

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

( ) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTROS:

NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS:

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

NA RELAÇÃO COM DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

( ) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

⊥ **NA AVALIAÇÃO**

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO CONJUNTAMENTE COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE**

14. **COMENTÁRIO**

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA: 6/5/02
2. CURSO: 1º Ano de Medicina
3. LOCAL: IB – 2 - sala da Biologia
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: Na forma de anfiteatro, com fileiras que ascendem em direção ao teto; capacidade para aproximadamente 150 pessoas
5. Nº DE ALUNOS: Por volta de 110 alunos, que se mantiveram constantes até o final da aula.
6. NOME DO DOCENTE: O - 11
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- (X) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- (X) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- (X) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- RECURSOS DIDÁTICOS:

(X) LOUSA
(X) TRANSPARÊNCIA
(X) DATA SHOW
( ) FILMES
( ) SLIDES
( ) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS; QUAIS?

- POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
(X) CIRCULANDO PELA SALA
(X) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL ( ) OUTROS

- ATITUDE DO DOCENTE EM RELAÇÃO À CLASSE:

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

(X) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

(X) INTERATIVA.

( ) OUTROS

- POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE:

(X)TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE MEIO DE ESTÍMULOS À INCLUSÃO

( )TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS JUNTAMENTE COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

(X) SOCIALIZANDO AS DÚVIDAS NUMA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

( ) OUTROS

- ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE

( ) HÁ PONTUALIDADE

( ) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

( ) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS

- LINGUAGEM DO DOCENTE
- <u>TOM DE VOZ</u>:

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

( ) COM MICROFONE

(X) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- COMUNICAÇÃO VERBAL

(X) CLARA

(X) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

( ) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(X) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQÜENCIAL.

( ) FORMAL

(X) INFORMAL

( ) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

( ) VERBOS MAIS USADOS

- COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

(X) USO DE SINAIS PARAVERBAIS

(X) USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(X) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

(X) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

(X) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS. QUAIS? Das Artes com os Poemas de Carlos Drumonnd.

( ) OUTROS:

⸸ NO CAMPO DOS CONTEÚDOS

⸸ NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DE SENSIBILIZAÇÃO

( ) OUTROS:

⸸ NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO. DESCREVA – O .

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE. COMO ?

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(X) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

⸸ NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

(X) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS? O de um " saber mais humanizado", da importância da sensibilidade, do respeito à pessoa.

(X) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE, QUAIS? Estimulando a compreensão de outras interfaces, como o meio ambiente, a saúde mental, a cidadania, a qualidade de vida, etc.

(x) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO, QUAIS? O da construção em parceria com o educador de um conhecimento.

( )REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

- NA RELAÇÃO COM O DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

( ) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

- NA AVALIAÇÃO
  - FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO DE ENSINO/ APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

O professor inicia sua aula tecendo considerações históricas dos pressupostos que guiaram a atividade da saúde desde o início da humanidade. Sua explicação é feita com transparências de desenhos de Da Vinci por reproduções de ótima qualidade.

Seu raciocínio é claro, com seqüência lógica e entrecortada com movimentos pela sala, ora abraçando um aluno, ora sentando-se ao lado de outro, ora postando-se com as mãos na mesa e olhando para a classe fixamente.

Passa a falar que *em qualquer coisa na vida, é mais fácil começar do menor para o maior* e relaciona sua fala com o estudo do homem sob o ponto de vista

da saúde. Os alunos assistem de forma silenciosa, bastante compenetrada e olhando com muito interesse para os desenhos.

O professor passa, então, a falar do corpo como forma de expressão, como possibilitador da vivência de inúmeros papéis e aí começa a colocar em data show poemas de Drumonnd, do livro "O Corpo".

Ele lê os poemas e os alunos acompanham com movimentos labiais como se estivessem lendo baixinho; outros alunos comentam com os colegas sentados ao lado com gestos afirmativos, balançando a cabeça, fazendo o gesto de "positivo" ou sorrindo.

O professor passa então a discorrer sobre as fases da compreensão do corpo humano, do morfológico até o molecular dos dias de hoje. Lê outro poema e pergunta se alguém conhece e vários alunos dizem que sim; os alunos comentam, o ruído aumenta em face da participação dos alunos e *o professor começa a perguntar o que vem à mente deles ao dissecar uma pessoa, ou, ao vê-la em "camadas". Os alunos respondem que a pele é um "invólucro" e embaixo dela está a "essência".*

O professor pergunta qual é a essência. Os alunos ficam em silêncio num primeiro moment,o mas, depois de alguns minutos, respondem que "é o coração!!!"

Nesse momento, o professor está no fundo da classe e alguns alunos olhando para a frente, para um poema projetado na parede; outros olhando para trás, para ele. O professor anda pela classe até chegar à frente e fala com tom "solene":

Acho que vocês entenderam tudo; é a essência, que deve guiar um médico, é a essência sempre, e a essência meus alunos e alunas, é o respeito, é a dignidade que todo ser humano deve ter!

Os alunos sorriem e ele diz que todos são bem-vindos e que possam fazer um ótimo curso, tornando-se médicos da melhor qualidade. Os alunos batem palmas e começam a levantar-se para o intervalo.

Alguns vão até o professor e ele os abraça sorrindo. Após dez minutos, o professor se retira da classe.

14. COMENTÁRIO

O cenário da aula apontou para uma postura inovadora no campo da concepção de saúde e da postura médica, que não foi somente a questão do método ou dos recursos didáticos que se constituíram nessa postura; entendo que, claramente, houve um avanço paradigmático, no sentido da compreensão de que o cuidado, a assistência à saúde deve deter, necessariamente, uma formação apurada,densa, em todas as áreas de conhecimento da interlocução humana.

A utilização de poemas, a forma acolhedora como o professor se portou, evidenciou um olhar para o processo de formação médica em sintonia com os pressupostos assumidos na reestruturação curricular, devendo a ação ética humanizada com inserção social ser a tônica da formação médica na Unicamp.

Percebe-se também um chamamento bastante claro para que "tipo" de formação irá encontrar e, portanto, uma reflexão para com o caminho que escolheram.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA F.C.M/ UNICAMP

1. DATA: 9/8/02
2. CURSO: 2° Ano de Medicina
3. LOCAL: IB – 2 - sala da Biologia
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: Na forma de anfiteatro com fileiras que ascendem em direção ao teto; capacidade para aproximadamente 150 pessoas .
5. N° DE ALUNOS: Por volta de 110 alunos; ao término da aula por volta de 40% haviam se retirado
6. NOME DO DOCENTE: O - 53
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- (X) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- (x) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- (X) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO

- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEURO CIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- (X) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

(X) LOUSA
( ) TRANSPARÊNCIA
(X) DATA SHOW
( ) FILMES
(X) SLIDES
( ) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

(X) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
( ) CIRCULANDO PELA SALA

( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

( ) OUTROS:

- ATITUDE COM A CLASSE:

( ) AFETUOSA, ACOLHEDORA

(X) DISTANTE

(X) FORMAL, VERTICALIZADA

( ) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

( ) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS À INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

( ) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

(X) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE

( ) HÁ PONTUALIDADE

( ) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

(X) HÁ DISPERSÃO

( ) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- LINGUAGEM DO DOCENTE

- TOM DE VOZ:

( ) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

(X) BAIXO

( ) ALTO

(X) MONOTÔNICO

( ) COM MICROFONE

(X) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- **COMUNICAÇÃO VERBAL**

( ) CLARA

( ) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

( ) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

( ) APROXIMADORA

(X) CONFUSA

( ) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

(X) FORMAL

( ) INFORMAL

( ) QUESTIONADORA

(X) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**

( )USO DE SINAIS PARAVERBAIS

( )USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

( ) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

(x) OUTROS: Pouco uso de gestual, postura corporal tensa.

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- **NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO**

( ) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

( ) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS:

( ) OUTROS:

- NO CAMPO DOS CONTEÚDOS
- NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO:

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

( ) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

- NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS:

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

( )REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

- NA RELAÇÃO COM DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

( ) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

- NA AVALIAÇÃO
- FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO
( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA
( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM
( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO
( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

A professora se apresenta e dá boas-vindas aos alunos; seu tom de voz é baixo, ela não usa microfone.

Orienta-os quando e como devem proceder às perguntas, mas o ruído é grande na classe e eles não percebem a explicação. Pergunta: ***alguém sabe qual é "a essência da imunologia?*** Alguns alunos respondem que não, de forma tímida; a professora não percebe e continua sua explanação.

A atenção dos alunos vai diminuindo e o ruído em classe, proveniente de conversas paralelas, vai aumentando.

A professora anda de um lado para o outro na frente da mesa, de forma ininterrupta; vários alunos chegam atrasados, gerando barulho.

A professora mexe pouco as mãos e fica segurando um giz o tempo todo; seu tom de voz é monotônico e sua fala, muito pausada, chega a ser lenta em alguns momentos.

Ela faz uma pergunta para a classe e somente um aluno responde, mas ela não interage com sua resposta; o aluno comenta com o colega ao lado, demonstrando insatisfação.

Pergunta se alguém tem dúvida até aquele momento e ninguém responde. Continua sua fala e o ruído em classe é maior; vários alunos dormem.

A professora projeta imagens de boa qualidade em slides e data show, porém as letras são pequenas, de difícil visualização; as legendas são escritas em inglês.

Ela pergunta: sala está clara? E *os alunos Respondem: SIM,* entretanto não querem que ela apague a luz. A professora diz*: vocês que sabem* e continua a aula.

Um aluno levanta o braço e pergunta o que é Interferon. A professora responde e não pergunta se ele entendeu nem ele se manifesta. Continua sua explanação e, num dado momento, pergunta se "eles entenderam" e a classe responde em tom alto que "não". A professora continua sua explicação, ignorando a fala dos alunos; estes continuam conversando e reclamando mais explicitamente sobre o tamanho das letras dos slides.

As explicações, após uma hora de aula, passam a ser mais confusas, com falas truncadas. Vários alunos se levantam e saem da classe. A aula mantém o ritmo expositivo, com pouquíssima participação dos alunos.

A professora volta a perguntar: "Alguma dúvida? E responde antes deles: "Não, né?"

A professora mostra um slide e pergunta o que é. Alguns alunos respondem, mas ela não interage com suas respostas; os alunos pedem que ela passe os slides mais devagar para poderem copiar e ela concorda.

Após quase duas horas de aula, um aluno faz uma pergunta em voz alta e a professora responde, porém não confirma se houve compreensão da resposta.

Por vários momentos, a professora faz afirmações, como: "Certo, gente?" e os alunos respondem em coro: "Não" e ela sorri e continua sua explicação. Sua movimentação em classe diminui e ela posta-se atrás da cadeira. Num dado momento, ela anuncia: "Acabou" e continua passando o slide intitulado "conclusões". Pergunta novamente: "Alguma dúvida?" e não espera resposta, dizendo: "Qualquer dúvida é só ir ao Departamento".

Vários alunos, por volta de 40% da classe, já estão fora da sala de aula; ela se despede, dizendo: "Até a semana que vem" e encerra a aula.

14. COMENTÁRIO

A aula em questão apresentou uma lógica bastante conservadora, calcada numa "apresentação" de conteúdos, sem a problematização deles. A professora colocou-se de forma distante, pouco interativa, não valorizando as dúvidas que foram apresentadas durante a aula, ficando clara uma opção de entendimento do processo de ensino/aprendizagem que passa pela transmissão e não construção do conhecimento.

O recurso visual foi de boa qualidade no que tange à apresentação de cores, mas as letras eram pequenas, dificultando muito a visualização, queixa , feita inúmeras vezes pelos alunos e ignorada pela docente. Outras áreas de saber que poderiam ser exploradas: a relação do padrão nutricional e a imunidade, assunto extremamente estudado do ponto de vista científico e que num país de características tão desiguais no que tange ao acesso a saúde seriam de extrema importância para a construção do saber desses futuros médicos.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA F.C.M/ UNICAMP

1. DATA: 16/08/02
2. CURSO: 1° ano
3. LOCAL: IB-2
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: Na forma de anfiteatro, com fileiras que ascendem em direção ao teto; capacidade para aproximadamente 150 pessoas.
5. N° DE ALUNOS: 110
6. NOME DO DOCENTE: O – 55 - A[1]
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- (X) DE 11 A 15 ANOS
- ( ) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- (X) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO

[1] Esta atividade foi acompanhada no período da manhã e a outra, 0-55-B, no período da tarde, daí a separação em A e B.

- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- (X) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

(X) LOUSA
( ) TRANSPARÊNCIA
(X) DATA SHOW
( ) FILMES
(X) SLIDES
( ) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA

(X) CIRCULANDO PELA SALA

(X) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

( ) OUTROS:

- ATITUDE COM A CLASSE:

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

(X) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

(X) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE:

TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE

(X) HÁ PONTUALIDADE

(X) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

(X) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- LINGUAGEM DO DOCENTE

- **TOM DE VOZ**:

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

(X) COM MICROFONE

( ) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- **COMUNICAÇÃO VERBAL**

(X) CLARA

(X) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(X) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(X) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

( ) FORMAL

(X) INFORMAL

(X) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**

(X)USO DE SINAIS PARAVERBAIS

(X)USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(X) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- **NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO**

(X) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

(X) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS:

( ) OUTROS:

- NO CAMPO DOS CONTEÚDOS
- NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

(X) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- NO MÉTODO

(X) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O: O professor apresenta método inovador sobre embriologia e usa material didático composto de imagens de lâminas, necrópsias, estudos clínicos, todos interligados, observando uma relação tecidual, sistêmica e clínica.

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE COMO?

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(X) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS

- NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

(X) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA QUAIS? Chama a atenção dos alunos para a observação do aspecto social no desenvolvimento de uma má formação.

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

(X)REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS

- NA RELAÇÃO COM DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

(X) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

- NA AVALIAÇÃO
- FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

O professor inicia a aula com microfone em bom tom de voz; começa a apresentar slides de excelente qualidade com relação

à cor e tamanho de letras, perguntando aos alunos o que viam nessas imagens. Os alunos respondem de forma coletiva, embora demonstrando alguma timidez. O professor anda pela sala, acende a luz chamando a atenção para uma questão, dizendo:***"Olha, gente vamos recordar isso porque é fundamental!".*** Os alunos prestam atenção e ele passa a fazer relação com a clínica com afirmações como: ***"Dez por cento das más formações são do sistema urinário".*** O professor usa "luz vermelha" para acompanhar a explicação do slide.Alguns alunos chegam atrasados, gerando pouco de ruído. O professor continua com sua exposição, andando pela sala, sentando-se ao lado dos alunos e fazendo várias perguntas. Estimula recordações da aula anterior, interligando com assunto do dia. O professor diz: ***"Se vocês não entenderem isso, não vão entender por exemplos uma opção cirúrgica..."*** e vai explicando um caso clínico. Uma aluna faz uma pergunta sobre o caso; o professor diz:***"que excelente pergunta"*** dá a

resposta e, em seguida, confirma se ela ficou satisfeita com a explicação e a aluna diz que sim.

O professor continua sua explanação com frases como*: "prestem atenção nisso!" "olhem aqui, gente".* Num determinado momento, o professor pergunta *"o que seria isso?"* apontando para uma parte do slide, e *os alunos respondem em coro, de forma correta* e ele diz: *"muito bem, moçada!".*

Os slides são constituídos de textos explicativos, seguidos de imagem. O professor pergunta: *"dúvidas até aqui ?"* e ninguém responde. Ele insiste, dizendo: *"tudo bem, então?"* e os alunos *respondem que sim.* O professor fala para a classe nessa hora: *"parem tudo e prestem atenção: olhem esta imagem".* Passa a explicá-la detalhadamente. O professor mostra outro slide e diz*: "olhem aqui para mim",* acende a luz e vai ate a parede onde está refletida a luz do retroprojetor e mostra em seu próprio corpo o "trajeto" que o slide ilustra. Dirige-se até a lousa e começa a escrever; os alunos copiam, a concentração após uma hora de aula, é muito boa e o ruído, proveniente de conversas paralelas, é extremamente baixo.Os alunos participam com várias perguntas, o professor faz piadas enquanto anda pela classe. Mostra outro slide, apontando uma diferença e dizendo*: "Escrevam isto para não esquecer".* Nesse momento, pede que os alunos usem o roteiro de aula e propõe para a classe uma brincadeira: *sugere que somente os meninos repitam a frase "Brotamento uretérico" e os meninos repetem alto e em coro. Ele sugere então que só as meninas repitam a frase "Blastema metanefrogênico" e as meninas repetem da mesma forma, todos dão risadas e o professor os cumprimenta pelo sucesso.* Ele, então, mostra um slide e faz uma pergunta*:"Está certo isso?"* e a *classe responde em coro "Não"* e o professor diz*: "Muito bem"* . A aula continua com slide de excelente qualidade e, ao discutir um deles, percebe dificuldade nos alunos, recomendando "uma lição de casa" que seria a leitura de um texto. *O professor passa a apresentar outro slide, demonstrando entusiasmo por meio de falas, como:"que lindo né, gente?"E os alunos respondem:" Lindíssimo, professor"; e todos riem.* Em função das perguntas,

o ruído aumenta e o professor diz*: "Que festa é essa, Vamos voltar aqui?"*, e a classe vai se aquietando rapidamente. A essa altura, temos uma hora e dez minutos de aula e uma aluna chega atrasada; o professor diz*: "boa tarde, acho que você se atrasou um pouquinho".* Os alunos riem e ela se senta. O professor continua passando outras imagens e, depois de trinta minutos, os alunos começam a demonstrar um pouco de cansaço, bocejando, olhando para o teto, e apoiando-se nas carteiras. O professor faz comentários quanto à importância da compreensão conjunta das informações de anatomia , fisiologia e bioquímica, com frases como: *"a gente é tudo junto, moçada"*. O professor demonstra perceber o cansaço dos alunos e volta a andar mais pela classe, interagindo de forma cinésica.

Passa a chamar a atenção com frase, como*: "Olhem para cá, vocês conseguem entender este slide?".* O professor vai acompanhando a imagem e fazendo perguntas, andando pela classe; os alunos respondem a maior parte em coro. O professor mostra outra imagem e propõe*: "Vamos fazer uma enquete, do que aconteceu aqui?". O professor se senta ao lado de um aluno e sugere que ele vá até a frente da classe responder; o professor fica na frente da luz com o aluno, projetando a imagem de seus corpos na parede, fazendo uma "performance." Os alunos entendem e o professor agradece ao "ajudante".*

Faz outra pergunta para a classe e diz aos alunos: *"Se vocês não entenderam, têm que rever o conceito, têm que voltar lá atrás, têm que ralar, moçada !".*

Nesse momento, o professor percebe uma conversa paralela e dirige-se aos alunos dizendo*: "E aí, mano, o que acontece, hein?" "Vamos nessa, então, vamos entender?".* Os alunos respondem afirmativamente, interrompendo a conversa. O professor dirige-se à classe dizendo*: "Vamos encerrar por aqui e voltamos às 14 horas horas para casos clínicos. Tudo bem?" "Quem quiser perguntar alguma coisa é só vir aqui."*

A maior parte dos alunos se levanta e sai e uns dez alunos descem em direção ao professor, procurando esclarecer suas dúvidas; Após 15 minutos, o professor se retira da classe.

14. COMENTÁRIO

O professor demonstra muito interesse por seu trabalho docente, interagindo de forma adequada e com muita atenção para com os alunos. Movimenta-se bastante pela classe, chamando a atenção de todos; é afetivo e estimulador de conhecimentos, valorizando o desempenho dos educandos. Desenvolveu uma metodologia para o ensino de embriologia bastante inovadora, associando vários recursos numa ordem tal que desperta nos alunos uma seqüência de entendimento bastante eficaz. A qualidade do material que apresentou é excelente tanto no aspecto de imagem quanto na disposição didática das informações contidas. Fica evidente uma postura de problematizar, de levar a um processo de construção do conhecimento, ainda que, talvez de uma maneira intuitiva, sem o conhecimento dos elementos da educação.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA: 16/08/02 – 14:00
2. CURSO: 1º ano
3. LOCAL: IB - 2
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: Na forma de anfiteatro com fileiras que ascendem em direção ao teto; capacidade para aproximadamente 150 pessoas .
5. Nº DE ALUNOS: 110
6. NOME DO DOCENTE: O – 55 - B
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- (X) DE 11 A 15 ANOS
- ( ) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- (X) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- (X) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

( ) LOUSA
( ) TRANSPARÊNCIA
(X) DATA SHOW
( ) FILMES
(X) SLIDES
( ) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
(X) CIRCULANDO PELA SALA
(X) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

( ) OUTROS:

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

(X) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

(X) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE**

(X) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS À INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

(X) HÁ PONTUALIDADE

(X) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

(X) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS

- **LINGUAGEM DO PROFESSOR**

- **TOM DE VOZ:**

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

(X) COM MICROFONE

( ) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- COMUNICAÇÃO VERBAL

(X) CLARA

(X) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(X) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(X) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQUÊNCIAL.

( ) FORMAL

(X) INFORMAL

(X) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

(X)USO DE SINAIS PARAVERBAIS

(X)USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(X) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

(X) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

(X) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS:

( ) OUTROS:

- NO CAMPO DOS CONTEÚDOS

- NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

(X) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- NO MÉTODO

(X) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O:

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO:

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(X) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

- NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

(X) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS:

(X) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

(X)REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

- NA RELAÇÃO COM DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

(X) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

- NA AVALIAÇÃO

- FORMAL

(X) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÃO

( ) CONSTRUINDO CONJUNTAMENTE COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

A aula começa com slides animados (multimídia) de excelente qualidade. Os alunos demonstram boa concentração, com pouco ruído. O professor é interrompido por um funcionário que precisa desconectar o computador; os alunos se movimentam e o ruído aumenta;a aula sofre um intervalo menor que cinco minutos. O professor retoma a atividade e pede aos alunos que leiam o caso clínico que consta no roteiro de aula. O professor chama a atenção para as anotações do caso e explica que são reais e que foram transcritas exatamente daquela forma. Fala então que ***são falhas de doutores*** que não colheram os dados de forma correta e discute a importância disso. ***Fala que essas informações traduzem uma realidade social, sendo, portanto, uma "ferramenta" importante no tratamento médico.*** O professor diz: ***"a medicina é mais que técnica, é uma ciência que mexe com o social"***. Passa a traduzir os termos que não são conhecidos mostrando novos slides; os alunos passam a fazer várias perguntas e ele, andando pela classe, diz que: ***a necrópsia é de fundamental importância na elucidação do diagnostico.*** O professor passa a mostrar outros slides e os alunos comentam entre si***: " que legal essa imagem! Muito boa, né?".***

O professor mostra mais duas anamneses, enfatizando a falta de qualidade dos registros; pergunta ***"qual é a má formação no caso e a maioria dos alunos***

responde e ele, então, sugere que quem não entendeu deve retornar ao estudo da placenta".

Os alunos, nesse momento, estão bastante concentrados e participativos. O professor passa para outro caso em que há uso de álcool, tabaco e cocaína.

O professor fala do perigo do uso destas drogas e a forte relação das mesmas com as más formações; os alunos ficam bastante mobilizados com o slide. O professor faz vários questionamentos e os alunos respondem à maior parte deles; mostra outra imagem e *uma aluna faz uma afirmação e é parabenizada pelo professor e pela classe; a aluna sorri agradecendo*. Apresenta outro slide que aborda um caso de pré-eclâmpsia e de gravidez indesejada. Os alunos fazem comentários em tom baixo, mostrando sensibilidade com o assunto; o professor anda pela sala, explicando o caso.O professor pergunta *"o que chama a atenção de vocês nessa imagem?"* e um *aluno responde de forma correta.* O professor comenta com a classe:*"O cara está dando cada diagnóstico melhor que o 6º ano"; os alunos batem palma, rindo e comentando o caso.*

O professor apresenta outro caso de anamnese em que consta a informação de que ela é casada; ele então se vira para a classe e diz: *"Finalmente uma casada, essa categoria está em extinção".* Os alunos riem e, nesse momento, o professor percebe um aluno dormindo no canto da classe; ele chega perto e diz: *"a coisa tá feia, hein, mano!" "vamos lavar a cara?"; O aluno se levanta e diz :"eu já volto".*

O Professor passa a descrever mais casos, usando termos mais carinhosos, como*: "menininha", "o fetinho", "o nenezinho".* O professor pergunta*: "qual é o defeito embrionário daquele slide?"* e os *alunos respondem de forma correta e o professor diz: "muito bem, moçada!!".* O professor explica de forma mais detalhada o caso, com slide esquemáticos, dados de biópsia e dados teciduais. Os alunos demonstram grande compreesão. O professor fala em tom "solene" *"Se vocês errarem, vou dar porrada, hein!!!".* Os alunos riem e o *professor brinca que eles não devem ficar preocupados, porque ele " não é violento."*

O professor passa, então, a discutir vários slides, sempre andando pela classe, ora sentando-se ao lado de um aluno, ora postando-se em pé ao lado de outro e com questões como: ***"Como é mesmo esse negócio?" ou ainda: "Quem não entendeu isso aqui?".*** Num dado momento, pede que escrevam uma pergunta e pensem na resposta; os alunos obedecem; uns sozinhos, outros em dupla, e, a seguir o professor discute a solução.

Passa a uma seqüência em que são mostradas uma foto do nenê, uma foto da biópsia e uma foto de lâmina, com setas indicativas. Essa seqüência mobiliza muito os alunos, gerando grande participação.

Os alunos pedem para desligar o ar condicionado e o professor brinca, dizendo que "deveríamos ter ar condicionado reajustável". ***Os alunos passam a discutir um caso clínico e as várias hipóteses diagnósticas; a interação entre os alunos, nesse momento, é muito grande, com intensa participação de todos.***

O professor passa para outro caso e a sala fica quieta e, nesse momento, toca o celular de um aluno; o professor fala para ele dizer ***"acho que agora não dá para conversar", o aluno desliga o celular e pede desculpas.***

O professor mostra um slide de cirurgia, com excelente imagem, e os alunos demonstram grande interesse. Após uma hora e quarenta minutos, os alunos não demonstram cansaço e acompanham ativamente a aula. O professor apresenta mais cinco casos, os alunos discutem e o professor vai tirando as dúvidas, ora escrevendo na lousa, ora conversando diretamente com cada um deles. Pergunta:***"E aí, alguma dúvida?" "Não," respondem os alunos***; o professor insiste, dizendo: ***"Então ficou numa boa?"*** e ***a classe confirma, dizendo que sim.*** O professor encerra a aula, os alunos se dirigem para a saída e uns dez alunos vão ao encontro do professor para tirar dúvidas; Quinze minutos depois, o professor sai da sala.

14. COMENTÁRIO

O professor em questão apresenta um método de ensino de embriologia inovador na medida que o aluno sai de um caso clínico, faz uma hipótese diagnóstica, confirma no slide da necrópsia, chegando à lâmina tecidual, completando um raciocínio bastante problematizador.

Nesse sentido o domínio apresentado pelo professor com seus comentários estimuladores da construção de um conhecimento é nitidamente inovador, facilitando sobremaneira a integração de outras áreas de saber na medida que aponta para a questão social como, por exemplo, a falta de planejamento familiar, o uso de métodos para evitar uma gravidez indesejada, o uso de drogas, lícitas ou não, como gerador de má formação fetal.

A postura corporal, a linguagem adequada à faixa etária em questão, o compromisso evidenciado na disponibilidade em resolver os casos apresentados indica um compromisso desse professor com o ensino de sua responsabilidade, estimulando os alunos, ainda que de forma bastante precoce (eles estão no 1º ano), a compreenderem um possível diagnóstico, a importância da qualidade dos dados e sua repercussão num estudo epidemiológico, por exemplo.

ROTEIRO DE DIARIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA F.C.M/ UNICAMP

1. DATA: 22/08/2002
2. CURSO: 1° ano.
3. LOCAL: UBS do bairro São Marcos.
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA:
5. Nº DE ALUNOS: 15.
6. NOME DO DOCENTE: O 57A
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- (X) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- (X) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- ( ) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- (X) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS

- (X) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEURO CIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

( ) LOUSA

( ) TRANSPARÊNCIA

( ) DATA SHOW

( ) FILMES

( ) SLIDES

(X) TRABALHO EM GRUPO

( ) SEMINÁRIO

( ) ESTUDO DIRIGIDO

(X) OUTROS: QUAIS? Visita com os alunos ao Centro Vedruna, uma ONG ligada à associação de bairro do Jardim São Marcos e utilizada como campo de estágio para os alunos da FCM./ Unicamp.

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA

( ) CIRCULANDO PELA SALA

(X) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

( ) OUTROS:

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

(X) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

(X) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE:**

(X) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS JUNTAMENTO COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

(X) HÁ PONTUALIDADE

(X) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

(X) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- **LINGUAGEM**
- **TOM DE VOZ**:

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

( ) COM MICROFONE

(X) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- COMUNICAÇÃO VERBAL

(X) CLARA

(X) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(X) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(X) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

( ) FORMAL

(X) INFORMAL

(X) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

(X) USO DE SINAIS PARAVERBAIS

(X) USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

( ) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

(X) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

(X) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS? Noções de cidadania.

( ) OUTROS:

- NO CAMPO DOS CONTEÚDOS
- NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O:

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO?

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(X) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

⸸ NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

(X) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS:

(X) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

(X) REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

⸸ NA RELAÇÃO COM DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

(X) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

⸸ NA AVALIAÇÃO

⸸ FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

O docente encontra-se com os alunos no prédio da FCM. chamado de "legolândia", encaminhando-os para os ônibus. O docente em questão leva três alunos no seu próprio carro até a UBS do Jardim São Marcos. Durante o trajeto, o professor e os alunos conversam animadamente sobre outras

questões relativas a lazer. Chegando ao Jardim São Marcos, o professor encaminha uma parte dos alunos aos agentes comunitários do PSF os quais acompanharão os alunos às visitas domiciliares. O professor e mais quatro alunos seguem em visita ao Centro Vedruna no sentido de firmar os objetivos propostos para a disciplina e conseqüente uso da instituição como campo de estágio. Entramos numa sala onde somos recebidos pela coordenação do Centro Vedruna e nos sentamos em sofás de alvenaria dispostos num semicírculo. O professor faz a explicação do que a Unicamp, especificamente a FCM, em parceria com a engenharia de alimentos pode oferecer ao Centro Vedruna. Ele diz que pretende realizar exames coprológicos para a identificação e tratamento de possíveis parasitoses intestinais. O professor ainda diz que gostaria de visitar as famílias das crianças examinadas, no intuito de construir ações educativas com os familiares. Os alunos, sentados de forma descontraída, ouvem com atenção a fala do professor. Os integrantes do Centro comentam a proposta, demonstrando aceitação dela. O professor continua sua explanação explicitando alguns aspectos da abordagem com as crianças. Os alunos ouvem sem realizar nenhuma pergunta. Um dos integrantes do Centro enfatiza a necessidade de uma postura acolhedora por parte dos alunos e do professor; alguns alunos balançam a cabeça afirmativamente. Depois de quinze minutos de fala do professor e membros do Centro, os alunos começam a fazer perguntas, demonstrando interesse pelas atividades que vão experimentar. O professor pede que os alunos façam um rascunho de um cronograma de atividades, falando de forma atenciosa e informal. Um aluno começa a colocar no papel as datas e atividades e rapidamente os outros o acompanham, dando opiniões e sugestões. Nesse momento, é visível uma postura corporal mais descontraída tanto do professor como dos alunos. Uma aluna questiona o professor dizendo:

- "Temos que conversar muito com a família, com a mãe. É ela que lava as verduras, é ela que tem que entender a importância de lavar direito, você não acha, professor?!"

E o professor responde:

- ***"É claro, você tem toda a razão; mas você imagina como deve ser dito isso? Você costuma lavar a sua verdura?"***

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. **DATA:** 22/08/02
2. **CURSO:** 1º ANO
3. **LOCAL:** Unidade Básica de Saúde – Jardim São Marcos
4. **APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA:**
5. **Nº DE ALUNOS:** 15 alunos
6. **NOME DO DOCENTE:** O – 57B
7. **TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)**

- () DE 1 A 5 ANOS
- () DE 6 A 10 ANOS
- () DE 11 A 15 ANOS
- (X) MAIS DE 15 ANOS

8. **FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)**

- () DE 25 A 30 ANOS
- () DE 31 A 35 ANOS
- () DE 36 A 40 ANOS
- () DE 41 A 45 ANOS
- (X) DE 46 A 50 ANOS
- () MAIS DE 50 ANOS

9. **TIPO DE ATIVIDADE**

- () AULA TEÓRICA
- () ESTUDO DIRIGIDO
- () AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- (X) ATIVIDADE DE CAMPO
- () OUTRAS:

10. **MÓDULO**

- () CÉLULA
- () MORFOFISIOLÓGICO
- () TEMAS LONGITUDINAIS

- () PRATICA DE CIENCIAS
- (X) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA I e II
- () MEDICINA E SAÚDE
- () NEUROCIÊNCIAS
- () SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- () PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- () LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- () INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- () RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

() LOUSA
() TRANSPARÊNCIA
() DATA SHOW
() FILMES
() SLIDES
(X) TRABALHO EM GRUPO
() SEMINÁRIO
() ESTUDO DIRIGIDO
() OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

() MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
() CIRCULANDO PELA SALA
() SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS
(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL
() COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL
(X) OUTROS: Acompanhando os alunos na visita à UBS e também à ONG Vedruna.

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA

() DISTANTE

() FORMAL, VERTICALIZADA

(X) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

(X) INTERATIVA.

() OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE**

(X) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

(X) HÁ PONTUALIDADE

(X) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

() HÁ DISPERSÃO

(X) HÁ ATENÇÃO

() OUTROS:

- **LINGUAGEM**
- **TOM DE VOZ**:

(X) ADEQUADO

() INADEQUADO

() BAIXO

() ALTO

() MONOTÔNICO

() COM MICROFONE

(X) SEM MICROFONE

() OUTROS:

- **COMUNICAÇÃO VERBAL**

(X) CLARA

(X) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(X) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(X) APROXIMADORA

() CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQÜENCIAL.

() FORMAL

(X) INFORMAL

(X) QUESTIONADORA

() INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**

(X)USO DE SINAIS PARAVERBAIS

(X)USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(X) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- **NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO**

(X) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

(X) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS? Discussão com temas da sociologia, política e história do país.

( ) OUTROS:

- **NO CAMPO DOS CONTEÚDOS**
- **NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR**

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

(X) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- **NO MÉTODO**

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O:

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO?

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(X) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

- **NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)**

(X) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA. QUAIS? O de um profissional necessariamente ético, crítico e cidadão.

(X) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

(X)REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

- **NA RELAÇÃO COM DISCENTE**

(X) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

(X) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

- **NA AVALIAÇÃO**
- **FORMAL**

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÃO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

O professor encontra os alunos na "Legolândia" e passa a orientá-los com relação ao ônibus que devem tomar, dando também outras informações. Chegada à UBS - São Marcos e encontro com os agentes comunitários que

acompanharão o grupo de alunos que ira realizar visitas às famílias. Outro grupo se dirige ao Centro Vedruna, uma ONG do bairro para estabelecer ações com as crianças lá atendidas. O coordenador do centro em companhia da coordenadora pedagógica, vem receber o professor e os alunos e os encaminham para uma casa de atendimento. O professor senta-se em uma cadeira, os alunos, num sofá de alvenaria e os coordenadores, em outros dois sofás. Face ao pouco espaço da sala, as pessoas ficam bastante próximas fisicamente o que facilita a integração do grupo. O professor passa a ***explicar "o que a UNICAMP poderá oferecer nesta parceria com o centro Vedruna,"*** assunto já debatido pela manhã com outros representantes da ONG. Durante sua fala, demonstra muita tranqüilidade, com uma postura corporal bastante descontraída, obtendo muita atenção de todos os presentes. Alguns alunos fixam-no, outros rabiscam em seus cadernos. O professor lê a minuta do projeto para os alunos e integrantes do centro. Nesse momento, o coordenador do centro comenta o perfil das pessoas atendidas naquele lugar e passa a discorrer sobre a importância de os alunos estabelecerem umae relação de acolhimento. Eles ouvem sem nenhum questionamento. A postura corporal dos alunos é bastante descontraída e, durante a fala do coordenador do centro, alguns fazem comentários com o colega ao lado. A linguagem usada pelo professor é bastante informal, estimulando a participação dos alunos com perguntas como*: "Vocês concordam com isto?" "O que vocês acham desta proposta?".* Os alunos passam a interagir mais, propondo várias atividades com as crianças como, por exemplo*: "Professor, o que o senhor acha de a gente contar estórias para as crianças?" "A gente também poderia fazer um rap da verminose, tipo O rap da lombriga".* O professor e os coordenadores concordam, movimentando as cabeças e dando risadas. A expressão facial do professor e dos alunos é de tranqüilidade e a conversa segue de forma descontraída. É sugerido, então, pelo professor que sejam realizados exames protoparasitológicos e tratamento das verminoses encontradas; os alunos gostam da idéia e os coordenadores do centro também. Os alunos perguntam*: "Mas como nós iremos fazer?".* O professor diz*: "Não sei; vocês têm alguma sugestão?".* Os alunos se entreolham e dizem*: "Ah! a gente pensa que não adianta só fazer o exame sem explicar como é que*

se pega uma verminose". O professor balança a cabeça positivamente, sorrindo; *"É isso aí, somente tratar não resolve". "A gente acha que ensinar a prevenir é o primeiro passo", diz uma aluna.* Nesse momento o coordenador do centro intervém, dizendo que as famílias têm que ser envolvidas. O professor pede então que duas alunas confeccionem um cronograma de atividades; isso passa a ser feito em conjunto com os coordenadores do centro. É definido que num primeiro momento os alunos realizarão atividades "lúdicas" com as crianças para o estabelecimento dos vínculos; a seguir, serão dadas as orientações as família com relação à forma de coleta das fezes.

De posse dos resultados, ***os alunos propõem que sejam realizadas palestras com as crianças, de forma interativa, com jogos, construção de cartazes, construção de estórias que expliquem como se previne uma verminose; as mesmas palestras acontecerão também com os pais. O professor e os coordenadores do centro ouvem atentamente, concordando com movimentos de cabeça, com gestos e de forma verbal.*** O professor, nesse momento, passa a ***dizer "que é muito importante que eles não percam de vista que são alunos, que estão construindo sua formação e que, portanto, podem ter inúmeras duvidas que poderão ser solucionadas por eles próprios em parceria com outros docentes e ele mesmo (o professor)".***

Surgem várias propostas de jogos, brincadeiras como amarelinha, pipa, queimada e, nesse momento, os alunos passam a ficar mais animados, a falarem juntos, sob o olhar "satisfeito" do professor. Nessa hora, o professor encosta-se na parede, colocando-se de forma descontraída,com um sorriso no rosto. O professor faz uma proposta para que eles próprios realizem o processamento das fezes; os alunos reagem de forma bastante animada e o professor passa a discorrer como isso se daria. Sua fala contem algumas gírias como, por exemplo: ***"a gente tenta fazer o processamento com a participação das crianças maiores, se a gente vir "que a ficha não caiu" "E a idéia melou",*** a gente pede ajuda na UNICAMP. ***Os alunos dão risada porque quando o professor fala "melou", uma aluna comenta com a outra : "Melou é bom, né?" "Eca!!!" responde a colega.*** O

professor encerra a reunião, dizendo que*: "O mais importante de tudo que planejamos é sentir que somos cidadãos, que somos éticos e que devemos entender "saúde" como um direito de todos; os alunos concordam balançando a cabeça e sorrindo.* O professor dirige-se, então, novamente à UBS - São Marcos. para encontrar os alunos que foram visitar famílias com os agentes comunitários. Alguns alunos começam a falar que ficaram impressionados com os problemas "sociais" que viram. Os alunos estão, nesse momento, sentados em cadeiras distribuídas em forma de círculos, com bastante proximidade física. O professor escuta atentamente e faz algumas perguntas como: *"Quantas pessoas moravam lá?" "Vocês perguntaram sobre emprego?". Os alunos respondem que sim, com expressões faciais de "tristeza e impotência". O professor vai esclarecendo que essas aflições fazem parte da formação em saúde e que lidar com frustrações é necessário para que eles possam ter a dimensão do que é cuidar. Os alunos ouvem atentamente, com exceção de um que parece mais distante.* O professor volta a fazer questionamento com relação aos problemas sociais observados e as feições vão ficando menos tensas, dando lugar a uma postura mais descontraída. O aluno mantém-se distante e o professor demonstra não incomodar-se com a situação. O professor passa, então, a perguntar para outro aluno como foi a sua visita; ele vai respondendo dizendo que a fez em parceria com o seu colega ao lado (o que estava distante). Ambos começam a discorrer sobre suas impressões de forma calma e contam ao professor o que imaginaram ser possível de ser executado. O professor *concorda com todas as propostas e os alunos demonstram satisfação. O professor encerra a atividade, dizendo aos alunos que é muito importante que "cada" dia seja vivido em toda a sua complexidade, porque "cuidar das pessoas é um processo contínuo, criativo e de parceria".* Os alunos escutam atentamente, demonstrando aprovação.Os alunos dirigem-se aos ônibus e o professor, ao seu automóvel.

14. COMENTÁRIO

O professor demonstrou muita habilidade nos processos comunicativos, colocando-se de forma atenciosa, informal e acolhedora. Estimulou a

construção do conhecimento, pela problematização de questões relativas ao cuidar e pela inserção histórica, política e social das pessoas e o seu padrão de saúde. Procurou explorar os espaços físicos, gerando ambientes acolhedores, com bastante proximidade física. Chamou a atenção dos alunos para a responsabilidade ética e cidadã da profissão que escolheram. Usou linguagem adequada, de forma informal, aproximando-se mais dos alunos; soube respeitar os tempos de cada um, demonstrando entender que a distância, às vezes, é necessária para a sedimentação do conhecimento.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA: 10-10-2002
2. CURSO: 2º ano
3. LOCAL: IB 2
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: Anfiteatro
5. Nº DE ALUNOS: 110 alunos
6. NOME DO DOCENTE: O - 74
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- (X) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- (X) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA

- (X) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE.
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11.LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

(X) LOUSA
(X) TRANSPARÊNCIA
(X) DATA SHOW
( ) FILMES
( ) SLIDES
( ) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
(X) CIRCULANDO PELA SALA
(X) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS
(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL
( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

( ) OUTROS:

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA
( ) DISTANTE
( ) FORMAL, VERTICALIZADA
(X) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA
(X) INTERATIVA.
( ) OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE:**

(X) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO
( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO
(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS
( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

(X) HÁ PONTUALIDADE
(X) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE
( ) HÁ DISPERSÃO
(X) HÁ ATENÇÃO
( ) OUTROS:

- **LINGUAGEM DO DOCENTE**
- **TOM DE VOZ:**

(x) ADEQUADO
( ) INADEQUADO
( ) BAIXO
( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

(X) COM MICROFONE

( ) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- COMUNICAÇÃO VERBAL

(x) CLARA

(x) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(x) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(x) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(x) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

( ) FORMAL

(x) INFORMAL

(x) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

(X) USO DE SINAIS PARAVERBAIS

(X) USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(X) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

(X) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

( ) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS?

( ) OUTROS:

- NO CAMPO DOS CONTEÚDOS
- NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

(X) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

⸸ NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO?

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

( ) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

⸸ NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS?

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

( )REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

⸸ NA RELAÇÃO COM DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

(X) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

⸸ NA AVALIAÇÃO

⸸ . FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

O professor inicia a sua aula com o tom de voz adequado, usando o microfone e, logo nos primeiros minutos, uma aluna o questiona e ele dirigi-se a ela dizendo: ***"Vou responder, minha filhinha",*** e mexe carinhosamente na sua cabeça. Esclarece a dúvida, conferindo a compreensão com a aluna. Outro aluno faz mais uma pergunta e o professor começa a "brincar" com o seu tom de voz, dizendo: ***"Vamos agora responder a esta pergunta que vale 100 mil reais"***. Os alunos riem, o professor também, e, a seguir, confere o esclarecimento. O professor coemça a andar pela classe, passando por entre os alunos e dizendo: ***"Agora vamos complicar isto aqui, até dar câimbra mental em vocês todos"***. Os alunos riem, mantêm-se atentos às explicações dadas. O docente vai até a lousa e escreve nas extremidades: sistema nervoso simpático e , sistema nervoso parassimpático. Volta-se para a classe e abre os braços, perguntando em tom solene: ***"Diga-me, espelho meu, qual é o sistema correto?"*** Um aluno responde mais alto que é o sistema simpático e aí o professor diz: **"Muito bem, uma salva de palmas para o nosso querido aluno"!**

O aluno fica em pé, curvando-se frente à manifestação com muita descontração, e a classe participa de forma bastante intensa. O professor continua a sua aula circulando entre os alunos e passa a questioná-los aleatoriamente. Os alunos respondem sem temer a postura do professor. Frente à resposta dada. Alguns acertam e o professor pede uma salva de palmas e outros erram e aí o professor pede também uma salva de palmas, dizendo que ***"o importante é competir!"*** Num determinado momento, o professor fala sobre a função da endorfina e da serotonina e para explicar a última, dá o seguinte exemplo: ***"Imaginem vocês,***

numa sexta-feira de carnaval, recebendo um fora de sua namorada. O que vocês fariam? Provavelmente se sentariam no sofá e passariam a comer chocolate, muito chocolate, embora tivessem consciência de que ao fazê-lo, ficariam gordos e cheio de flatos. Mas por que, então, comer o chocolate? Porque ele dá prazer, ou seja, ele aumenta o seu nível de serotonina. Não é fantástico?. Os alunos riem, concordando. O professor começa a descer os degraus, passa por uma aluna que estava com uma expressão cansada e de sono; ele senta-se ao seu lado e diz: *"Eu sei como é isso, mas vai passar, fique tranqüila; acho que você deveria se entupir de cafeína ali na cantina e voltar para este show de aula".* A aluna sorri e faz o que o professor sugeriu e a classe bate palmas para ela. Nesse momento, temos quase uma hora e quinze de aula, com a concentração dos alunos muito boa, e excelente participação. O professor passa a explicar outro assunto, dando sempre vários exemplos e estimulando a participação dos discentes. Desliga o datashow, senta-se à mesa e posta-se como se estivesse conversando de forma mais próxima com eles. Seu gestual é muito rico, olhando fixamente para alguns alunos, sorrindo, movimentando sua cabeça afirmativamente e respondendo às questões que lhe são feitas de maneira muito atenciosa e conferindo o entendimento. A aula prossegue com praticamente o mesmo número de alunos do início e o professor, após duas horas, se despede dos alunos, dizendo: *"Não morram de saudade, semana que vem tem mais".*

14. COMENTÁRIO

O professor em questão usa de forma extremamente adequada a sua comunicação verbal e não verbal com seu gestual facial e corporal. Estimula, de forma muito eficiente, a participação dos alunos e estabelece um clima de acolhimento valorizando o entrosamento e a curiosidade. Usa de posturas pedagógicas muito ricas, como a valorização do erro, enfatizando mais a iniciativa de participação do que propriamente "aferindo o desempenho". Esse aspecto me chamou muito a atenção porque, conforme eu descrevi, o professor passou a fazer várias perguntas de forma aleatória e não percebi, em nenhum momento,

posturas de medo ou apreensão por parte dos alunos. Sinto que a tão debatida "curiosidade epistemológica", absolutamente necessária em todo processo de formação, se dá também dessa forma, na construção de um espaço em que responder a uma questão não seja uma missão e, sim, algo prazeroso. É possível se estabelecer uma informalidade que aproxima os alunos, mantendo-os atentos, participativos e atuantes no seu processo de formação. Entendo que a lógica adotada pelo professor em questão foi adequada e produtiva para a esfera de conhecimento proposta para a aula.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA: 24/02/2003
2. CURSO: 1° ANO
3. LOCAL:IB -2
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: ANFITEATRO
5. N° DE ALUNOS: 110
6. NOME DO DOCENTE: 0 –200 -B
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- (X) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- (X) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- (X) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO I
- ( ) MORFOFISIOLOGIA II
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS I

- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS I
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS II
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES I
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES II
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS II
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS III
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS IV
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS III
- ( ) SEMIOTÉCNICA DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA
- ( ) FISIOPATOLOGIA INTEGRADA I
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS V
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS IV
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS V
- ( ) EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE I
- ( ) EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE II
- ( ) SEMIOLOGIA E PROPEDÊUTICA
- ( ) FISIOLOGIA INTEGRADA II
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS VI

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

(X) LOUSA

( ) TRANSPARÊNCIA

(X) DATA SHOW

( ) FILMES

( ) SLIDES

( ) TRABALHO EM GRUPO

( ) SEMINÁRIO

( ) ESTUDO DIRIGIDO

( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

(X) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA

( ) CIRCULANDO PELA SALA

( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

( ) OUTROS:

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

( ) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

(X) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE**

(X) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

(X) HÁ PONTUALIDADE

(X) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

(X) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- LINGUAGEM DO DOCENTE
- TOM DE VOZ:

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

( ) COM MICROFONE

(X) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- COMUNICAÇÃO VERBAL

(X) CLARA

(X) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(X) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(X) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

( ) FORMAL

(X) INFORMAL

(X) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

(X) USO DE SINAIS PARAVERBAIS

( ) USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

( ) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

( ) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

(X) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS? Enfatizando o trabalho multiprofissional, especialmente o da enfermagem, e a participação com autonomia do paciente.

( ) OUTROS:

- NO CAMPO DOS CONTEÚDOS
- NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO?

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(X) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

- NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS:

(X) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE: Estimulando a noção de autonomia, do auto conhecimento do paciente e do trabalho de equipe de saúde

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

(X) REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE: Chamando a atenção da questão da marca "social" do paciente oncológico e do necessário trabalho de promoção à saúde, conseqüente prevenção nesse tipo de patologia.

( ) OUTROS:

- NA RELAÇÃO COM O DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

(X) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

⏚ NA AVALIAÇÃO

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE:

A professora inicia sua aula falando da importância de, desde o começo da formação médica, se estabelecer o conhecimento básico com o clínico, com o objetivo de as informações se contextualizarem mais e, portanto, terem mais sentido.

Fala que será apresentado um caso clínico de uma paciente com um tipo de câncer chamado leucemia mielóide crônica, que demandou um transplante medular.

A professora apresenta a paciente e, antes que inicie sua fala, ela (a professora) vai até a lousa e explica de forma objetiva como se desenvolve a patologia e o caso da paciente em questão.

Passa a palavra à paciente, sentadas uma do lado da outra, de maneira bem descontraída.

A paciente começa a contar sua estória e, em alguns momentos ,a professora pede a palavra, fazendo alguma explicação mais específica, aos alunos. A atenção é muito boa os alunos fazem algumas anotações e, passados alguns minutos, começam a perguntar: ***"O que você sentia?" ou ainda, "Doía muito? Como fica a cabeça, dá muita tristeza?, entre outras coisas".***

A paciente vai responde, demonstrando muita tranqüilidade e entusiasmo com a participação dos alunos com frases como*: "Que bom que vocês estão*

perguntando de mim, do que eu sentia e não tanto do tratamento; isso é muito bom, né, doutora?" A professora sorr,i concordando.

Ela continua sua fala, contando dos 33 comprimidos que tomava a cada seis horas, gerando uma reação de incredulidade, de espanto pelos alunos. Nessa hora, um aluno levanta a mão e pergunta para a professora: *"Mas isso faz bem a uma pessoa? A gente pode chamar isso de avanço tecnológico, entupir uma pessoa com tanto remédio? Tem que ser assim?"* A professora responde dizendo que, infelizmente, a questão medicamental ainda é penosa, sacrificante para o paciente e ele tem razão, precisa melhorar, porque não se configura como "avanço tecnológico", tem muito o que melhorar, mas hoje é a única saída.

A paciente retoma sua fala e vai comentando sobre os efeitos colaterais e os alunos vão mudando a expressão facial com "caras" de pena, choro, indignação e com comentários como*: "Isso é coisa de louco", "Você sai de um problema e entra em muitos mais".* A paciente traz sua impressão do trabalho da enfermagem, dizendo que são profissionais vitais na assistência à saúde e que os médicos deveriam aprender mais com essa categoria. Nesse momento, aumentou o ruído na classe, alguns alunos se manifestam de forma um pouco discordante da paciente. Uma aluna levanta a mão e diz: *"Você não acha que são papéis diferentes? Nós, médicos, curamos, e elas (as enfermeiras) cuidam; elas executam o que a gente "sabe" que é o certo. A enfermagem é fundamental, mas acho que são elas que aprendem com a gente e não o inverso."*

A paciente sorri, balançando a cabeça e diz que discorda frontalmente da aluna; há um certo desconforto na classe; *a paciente diz que, em primeiro lugar, quem mais conhece o corpo dela é ela e que, se a aluna assim o entender, vai perceber que ninguém cura ninguém, é um conjunto de ações de um conjunto de pessoas. A enfermagem é uma ciência como a medicina (neste momento ouve-se comentários provenientes dos alunos como: "mandou bem", "é isso aí") e se você ao longo da sua formação não entender isso vai ter muitas dificuldades no seu trabalho.* Nesse

momento, a professora pede a palavra e pede que não só a aluna que levantou a questão, mas, outros que seguramente também concordam com ela, reflitam no que foi dito na primeira parte da aula, ou seja, da importância do conhecimento amplo, interdisciplinar, na ação de saúde multiprofissional e da autonomia do paciente.

Fala que entende como muito produtivas, conversas desse tipo e que a aluna em questão não deve se sentir "reeprendida" por sua maneira de ver o trabalho médico, mas que é fundamental que ela o reveja à luz da atualidade, do paradigma de saúde hoje em construção.

A aula segue com mais comentários da paciente, contando da fase de recuperação e como leva sua vida depois da alta. Os alunos fazem muitas perguntas, e há intervenção da docente em algumas delas. Temos quase duas horas de aula, e a professora finaliza a atividade, pedindo que a paciente encerre com suas palavras e ela diz: *"Vocês escolheram uma linda profissão! Vocês cuidam (e olha para a aluna acima citada); vocês, às vezes, curam; mas o mais importante de tudo é o respeito àquilo que é o nosso maior bem: a vida! E por ela vocês podem, sim, fazer coisas maravilhosas!"*

Os alunos ficam em pé e batem palma para a paciente e a professora que se abraçam; alguns alunos descem para falar com a paciente e depois de uns 15 minutos ambas se retiram da sala.

14. COMENTÁRIO

Entendo como muito acertada a organização dessa aula apresentada, porque a junção de casos clínicos com o conhecimento mais básico de saúde é uma estratégia muito enriquecedora à medida que contextualiza de forma mais didática a sua interação.

A postura da professora foi bastante adequada, colocando-se como uma facilitadora do conhecimento, mas enfatizando a necessidade de compreensão por parte dos alunos, do papel do paciente, das suas inquietudes e de como ela e a

instituição , por intermédio da Reforma, acreditam que deva ser a formação médica.

Dois momentos me chamaram muito a atenção em relação à dinâmica da aula: o primeiro foi o bom espaço de interlocução dado à paciente e aos alunos com o objetivo de gerar muitos questionamentos de forma bastante produtiva. O segundo foi a questão observada pela aluna sobre a discordância em aprender com a enfermagem. É claro que, pelo fato de ter em minha formação de base a enfermagem, fiquei bastante mobilizada para essa questão. Mas entendo ser relevante o estímulo na formação em saúde, seja qual for ela, que saúde é eminentemente multiprofissional e só é possível avançar quando todos entendem a necessidade de que " todos devem aprendem com todos". Aí é possível falarmos em cuidado humanizado, detentor de autonomia e respeito.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA: 20/03/2003
2. CURSO: 3º ano
3. LOCAL: Anfiteatro – legolândia
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: sala com trinta lugares
5. Nº DE ALUNOS: 16
6. NOME DO DOCENTE: Obs. 235
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- (X) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- (X) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- (X) EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO
- ( ) EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE I, II
- ( ) SEMIOTÉCNICA DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA
- ( ) FISIOLOGIA INTEGRADA I, II
- ( ) SEMIOLOGIA E PROPEDÊUTICA

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

(X) LOUSA
( ) TRANSPARÊNCIA
( ) DATA SHOW
( ) FILMES
( ) SLIDES
( ) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS: QUAIS? Retro projetor.

- POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
(X) CIRCULANDO PELA SALA
( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS
( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL
(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL
( ) OUTROS:

- ATITUDE COM A CLASSE:

( ) AFETUOSA, ACOLHEDORA
( ) DISTANTE
(X) FORMAL, VERTICALIZADA
( ) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA
( ) INTERATIVA.
( ) OUTROS:

- ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE

(X) HÁ PONTUALIDADE
( ) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE
(X) HÁ DISPERSÃO
( ) HÁ ATENÇÃO
( ) OUTROS:

- LINGUAGEM DO DOCENTE

- <u>TOM DE VOZ</u>:

(X) ADEQUADO
( ) INADEQUADO
( ) BAIXO
( ) ALTO
( ) MONOTÔNICO
( ) COM MICROFONE

(X) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- COMUNICAÇÃO VERBAL

(X) CLARA

( ) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

( ) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

( ) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

( ) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

(X) FORMAL

( ) INFORMAL

( ) QUESTIONADORA

(X) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

( ) USO DE SINAIS PARAVERBAIS

( ) USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

( ) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

( ) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

( ) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS:

( ) OUTROS:

- NO CAMPO DOS CONTEÚDOS
- NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO?

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

( ) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

- NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS:

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

- NA RELAÇÃO COM O DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

( ) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

(X) OUTROS: Estabelecendo uma relação verticalizada.

- NA AVALIAÇÃO

- FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO
( ) OÚTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

O professor inicia a aula usando transparências de boa qualidade, P/B, com letras de tamanho adequado. Movimenta-se na frente da mesa, olhando muito pouco para os alunos, ficando, em vários momentos, de costas para eles, como se estivesse conversando consigo mesmo. Os alunos conversam sem prestar muita atenção; alguns dormem. O professor começa a fazer relações com o conteúdo, esboça um sorriso, porém não os questiona e anda pela sala. Olha para a janela como se estivesse "pensando alto" e passa a contar um caso clínico de anencefalia, ocorrido no final da década de 70 em Cubatão. Nesse momento as conversas paralelas diminuem e os alunos prestam mais atenção, porém sem questioná-lo. O professor passa, então, a apresentar gráficos com letra miúda, o que prejudica muito a visualização. Um aluno faz uma pergunta e o professor comenta que foi "muito bom" o seu questionamento, porém, ao concluir a sua resposta, não confere se foi entendida. O professor passa a arrumar outras transparências e os alunos passam a conversar mais. Ele pega uma nova transparência, dessa vez com letra de tamanho adequado, e passa a explicar o gráfico nela contida, de costas para a classe. Faz os comentários sem se voltar para os alunos, o que dificulta a percepção da sua voz; os alunos se entreolham, expressando insatisfação e desânimo.Temos, nesse moment, 40 minutos de aula e mais alunos dormem. O professor passa a explorar um gráfico sobre cesáreas e características maternas. Num dado momento, comenta um intervalo de faixa etária de 9 a 14 anos, **e uma aluna pergunta: por que "9 anos", não é muito precoce? E ele responde: "é a realidade, tem muita menina com 10 anos grávida". Os alunos demonstram grande preocupação e alguns dizem: "nossa! estou impressionado", porém o professor não explora esse assunto.** A aula continua com o professor fazendo perguntas como: "está claro?", "todos entenderam?", embora não espere a resposta dos alunos. Vários

deles começam a copiar o que parece ser conteúdo de outra disciplina, em função de terem uma prova. O professor não presta atenção a esse fato, segue suas explicações sobre o gráfico que apresenta. Após uma hora e vinte minutos, o professor faz a primeira pergunta para a classe; uma aluna responde, demonstrando timidez e o professor passa a dar a "sua" explicação, sem dar nenhum retorno à resposta da aluna. A aula segue no mesmo ritmo e, após quarenta minutos, encerra-se sem nenhum questionamento dos alunos.

14. COMENTÁRIO

Fica evidente o desenvolvimento de uma aula numa perspectiva bastante conservadora, sem participação discente, sendo que o professor coloca-se o tempo inteiro como um "transmissor de informações". Essa postura evidentemente levou os alunos a um comportamento desinteressado, sem participação adequada e, infelizmente, não sendo possível perceber a importância da aula; digo isso porque, nesse dia, o assunto tratado passava pela construção do conhecimento em relação à epidemiologia da saúde do nosso país, ou seja, discutiam-se indicadores como mortalidade geral, infantil, letalidade, saberes fundamentais no cuidado às pessoas, especialmente num padrão social desigual como o do Brasil.

O professor em questão é tido como uma referência na área, com inúmeras publicações e com muito tempo de profissão; porém entendo que há uma grande distância entre a atividade de pesquisa e a da docência. A pesquisa pode e deve complementar saberes para o exercício da docência, mas esta requer uma questão que é a vontade legítima de ensinar, de construir conhecimento numa parceria com o aluno. É uma parte do ofício pedagógico, acredito que alguns colegas contribuam e muito numa perspectiva que não seja exatamente a da sala de aula, do cotidiano e, sim, na produção de conhecimento numa vertente mais individual e não do contato cotidiano de um processo de formação.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA: 07/10/2002
2. CURSO: 2° ano
3. LOCAL: IB 2
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: Anfiteatro.
5. N° DE ALUNOS: Inicialmente por volta de 60.
6. NOME DO DOCENTE: O – 72
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- (X) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- (X) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS

- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- (X) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

RECURSOS DIDÁTICOS:

(X) LOUSA

(X) TRANSPARÊNCIA

( ) DATA SHOW

( ) FILMES

( ) SLIDES

( ) TRABALHO EM GRUPO

( ) SEMINÁRIO

( ) ESTUDO DIRIGIDO

( ) OUTROS: QUAIS?

POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):

(X) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA

( ) CIRCULANDO PELA SALA

( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

( ) OUTROS:

ATITUDE COM A CLASSE:

( ) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

(X) FORMAL, VERTICALIZADA

( ) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

( ) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE:**

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

(X) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

( ) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

(X) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

( ) HÁ PONTUALIDADE

( ) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

(X) HÁ DISPERSÃO

( ) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- **LINGUAGEM**

- **TOM DE VOZ**:

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

(X) COM MICROFONE

( ) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- **COMUNICAÇÃO VERBAL**

( ) CLARA

( ) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

( ) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

( ) APROXIMADORA

(X) CONFUSA

( ) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

(X) FORMAL

( ) INFORMAL

( ) QUESTIONADORA

(X) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**

( )USO DE SINAIS PARAVERBAIS

( )USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(X) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- **NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO**

( ) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

( ) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS:

( ) OUTROS:

- **NO CAMPO DOS CONTEÚDOS**
- **NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR**

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- **NO MÉTODO**

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO:

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

( ) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

- NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS:

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

( )REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

- NA RELAÇÃO COM DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

( ) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

- NA AVALIAÇÃO
- FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

A aula começa com 50 minutos de atraso e com + ou – 60 alunos. A professora posta-se à mesa e passa a organizar suas transparências, falando sozinha, como se estivesse reclamando. Os alunos mais próximos dão risada e comentam que a professora "é meio doida". Após 5 minutos organizando seu material, a professora dá início a sua aula. O ruído na sala é alto, com os alunos conversando muito e se comportando de forma irritada. A professora usa linguagem confusa, exagera no gestual, usando as mãos intensamente, mexe no cabelo, simulando um alongamento, e segurando em uma das mãos

uma espécie de vareta, identificando os conteúdos da transparência. Com muita freqüência, volta-se para os alunos, apontando a vareta para eles, o que gera expressões de espanto deles, e muito riso. A professora continua a falar, ignorando completamente o ruído e ignorando as poucas perguntas que os alunos mais próximos tentam fazer. Num determinado momento, a professora se irrita com as conversas paralelas e bate com a vareta na mesa, fazendo barulho e, simultaneamente, olha para a classe e faz "psiu". Seu gesto não tem sucesso e o ruído e a disperssão continuam. Ela passa a dar um exemplo escrevendo na lousa e volta-se para classe, perguntando: **"Vocês estão achando interessante?"** E os alunos respondem uníssonos: **"Nããããããããão".**

A professora ignora completamente a resposta dos alunos e ela segue sua aula. Nesse momento, chega uma pessoa com as apostilas que ela tinha dito, no começo da aula, que iria distribuir como material de apoio. A professora interrompe a explicação que estava dando e passa a distribuir a apostila pela classe. Durante a distribuição, ela diz que iria fazer um estudo dirigido com o material e os alunos começam a fazer perguntas, falando juntos, de forma extremamente desorganizada. A professora volta para a frente da mesa e começa a passar as transparências com pouca explicação e com frases entrecortadas como, por exemplo: **"a patogênicidade nos leva...."**, **e continua seu raciocínio sem terminar a frase ,estabelecendo um processo muito confuso. Nesse momento, uma aluna levanta-se e diz que: "Não é possível ter aula dessa forma; você não enxerga isso?! você não vê isso?!". A professora olha para a aluna e diz: "Não entendi sua queixa, seu raciocínio é muito confuso".** A classe divide-se em dois movimentos: metade ri e passa a conversar num ruído bem alto, e a outra parte se levanta e vai embora. Nessa hora estavam presentes por volta de 50 alunos e a professora continua a falar e, depois de 10 minutos, encerra a aula dizendo que os alunos são muito mal-educados.

14. COMENTÁRIO

Penso que não há muito que comentar sobre a dinâmica apresentada e, sim, lamentar que situações de ensino e aprendizagem desse tipo ainda aconteçam.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA: 03/03/2003
2. CURSO: 3º ano
3. LOCAL: Legolândia
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: anfiteatro
5. Nº DE ALUNOS: 110
6. NOME DO DOCENTE: O - 211
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- (X) DE 11 A 15 ANOS
- ( ) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- (X) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO I
- ( ) MORFOFISIOLOGIA II
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS I

- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS I
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS II
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES I
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES II
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS II
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS III
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS IV
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS III
- ( ) SEMIOTÉCNICA DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA
- ( ) FISIOPATOLOGIA INTEGRADA I
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS V
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS IV
- (X) TEMAS LONGITUDINAIS V
- ( ) EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE I
- ( ) EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE II
- ( ) SEMIOLOGIA E PROPEDÊUTICA
- ( ) FISIOLOGIA INTEGRADA II
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS VI

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

(X) LOUSA

( ) TRANSPARÊNCIA

(X) DATA SHOW

( ) FILMES

( ) SLIDES

( ) TRABALHO EM GRUPO

( ) SEMINÁRIO

( ) ESTUDO DIRIGIDO

( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA

(X) CIRCULANDO PELA SALA

(X) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

( ) OUTROS:

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

(X) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

(X) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE**

(X) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

(X) HÁ PONTUALIDADE

(X) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

(X) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- LINGUAGEM DO DOCENTE
- TOM DE VOZ:

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

(X) COM MICROFONE

( ) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- COMUNICAÇÃO VERBAL

(X) CLARA

(X) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(X) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(X) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

( ) FORMAL

(X) INFORMAL

(X) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

(X) USO DE SINAIS PARAVERBAIS

(X) USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

( ) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

(X) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

(X) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS: Reforçando a necessidade dos conhecimentos filosóficos no exercício da medicina e de uma postura crítica no "fazer médico".

( ) OUTROS:

- NO CAMPO DOS CONTEÚDOS
- NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

(x) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO?

(x) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(x) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(x) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

- NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

(x) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS? Situando o médico como um profissional que deve conter uma gama diversificada de conhecimentos para poder realizar com qualidade a assistência á saúde.

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

(x) REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE; Chamando a atenção para a necessária politização do exercício médico como um suporte para a promoção à saúde em nosso contexto de modelo de saúde.

( ) OUTROS:

- NA RELAÇÃO COM O DISCENTE

(x) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

( ) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(x) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

NA AVALIAÇÃO

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO CONJUNTAMENTE COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE**

A aula começa com o professor apresentando-se para a classe e gerando risos, já que é gestor do módulo e todos já o conhecem desde o primeiro ano.

Ele passa a discorrer um pouco sobre o caminhar do módulo nos dois primeiros anos e há algumas conversas paralelas, mas os alunos, na sua grande maioria, estão atentos.

Fala que tem sido "um grande desafio" construir uma discussão tão longa como a que já tiveram e ainda terão.

Os alunos dizem frases como: **"vocês vão ter que agüentar a gente muito tempo, né?" Ou ainda "quem mandou inventar esse moduluzão!"**

O professor sorri e diz que deve ser **"karma"** e continua sua explanação; fala que neste ano tratarão sobre temas como sigilo profissional, reprodução assistida, aborto, assistirão ao filme "Gattaca" e vai discorrendo sobre o conteúdo.

Passa a falar da necessidade de todos reiterarem os objetivos do módulo, listando-os. Os objetivos são todos relativos à construção de um pensar ético no exercício médico e fazem parte de um texto entregue aos alunos.

O professor pede que os alunos se coloquem numa possibilidade de trocarem impressões para essa nova fase do trabalho.

Uns minutos de silêncio se instalam e aos poucos alguns alunos tomam a palavra.

Um aluno levanta a mão e diz: *Sabe, eu fui uma pessoa, assumo, que demorou a sacar a importância disso aqui. Essa conversa de valores lembra pai, mãe, ou seja, parece que lembra "dura" e para mim foi um exercício, entender isso tudo. Mas acho que é bacana colocar isso aqui, porque eu sei que eu não estou sozinho nisso; muita gente reclamava, mas saca aquele negócio de politicamente incorreto? É mal falar desse módulo; parece que a gente é babaca; mas até era, né?""*

A classe começa prestando atenção e no final ri da fala do colega. O professor ouve atentamente, também sorri no final, mas passa a perguntar para a classe, o que mais eles têm a dizer; fala coisas como: "E aí, quem acha mais alguma coisa"; ou, "Essa hora é nossa, vamos conversar!"

Outros alunos passam a fazer comentários como*: É, tem tudo a ver o que ele falou; acho que é legal a gente falar daquilo que a gente tem vergonha de falar porque é babaca, mas que é verdadeiro, a gente sente."*

Vários alunos fazem comentários semelhantes e aí o professor pede a palavra e diz*: "Acho super importante que vocês percebam o quanto é difícil a gente se sentir inadequado ou deslocado de uma coisa que a gente entende que deveria ser diferente, mas não consegue fazê-la". Nós sabemos que ser justos, que ser bons, ser honestos são posturas legais, que geram o bem, e também por isso são socialmente valorizadas; mas, às vezes, não conseguimos agir dessa forma, somos ruins, somos menores, somos "politicamente incorretos" e sofremos com isso".*

Observo que nesse momento os alunos, em sua totalidade, prestam muita atenção à fala do professor que, usando microfone, gera uma boa audição para todos; sua fala é pausada, como se refletisse sobre o que fala. Anda pela classe, procurando ficar sempre de frente para os alunos.

Ele continua: *"Quando recebemos um alcoólatra, um drogadito, ele também sabe que está fazendo uma coisa ruim pra si mesmo e para quem convive com ele; mas muitos de nós olhamos com muita reprovação,*

como se fosse sempre um grande absurdo o erro, a transgressão, a falta de sintonia com os valores que são do bem. Eu vejo que, quando vocês percebem que é chato falar de exclusão social, de erro médico, de pobreza, de cidadania, vocês vêem a chatice não porque o tema é chato, mas encarar as coisas difíceis da exclusão, a incompetência médica, o trabalho que dá ser cidadão, isso é difícil mesmo, isso mexe, gente, com nosso conforto! (Enfatiza a palavra conforto, aumentando o tom de voz), não é mesmo?"

Os alunos balançam a cabeça como se estivessem concordando e o professor fica olhando-os fixamente, como se pensasse um pouco sobre o que acabou de falar.

Uma menina fala: *"Mas é dá hora o que você falou; às vezes eu leio jornal, vejo a televisão e começo ver aquele monte de miséria, de morte, e penso: ai que saco, isso me deixa triste, vou colocar uma roupinha legal e vou pra balada; tristeza cansa!"*

Vários comentários nesse sentido são feitos com muita participação da classe. O professor ouve atentamente os alunos e passa a conversar com alguns de forma mais isolada.

Alguns minutos se passam, e o professor retoma sua fala dizendo: "É gente, é difícil pensar! Acho que é por isso que eu fiquei careca; foi muito esforço, ou melhor, tem sido muito esforço".

Os alunos riem e ele continua: *"Mas tenho certeza, de que são momentos como estes que dão aquele clique na nossa cabeça; que fazem a gente entender a grandeza da profissão de ser médico. Na realidade, acho que vai muito mais além disso; essas conversas fazem a gente se encantar com a nossa "espécie", não é mesmo? Fazem a gente sacar o super potencial que há dentro de cada um de nós e a universidade é um grande lugar para a gente viver tudo isso.*

E a nossa ainda tem a grandeza de ser pública, um bem de todos!"

Nesse momento temos quase duas horas de aula; o professor termina sua fala com vários alunos batendo palmas, outros sorrindo, num ambiente bastante participativo.

Passa a discorrer sobre a questão da avaliação, que seguirá o molde anterior, na forma de seminários e os alunos demonstram aceitação da proposta.

A aula se estende por mais meia hora e o professor se despede de todos.

14. COMENTÁRIO

Conforme comento em meu trabalho, acompanhei a construção desse módulo em sua totalidade no segundo ano e percebo aqui um dos grandes acertos dessa proposta de reforma curricular.

Os docentes envolvidos na organização desse módulo parecem ter uma experiência profissional muito semelhante, com valores bastante harmônicos. As falas durante o desenvolvimento do trabalho sempre evidenciavam uma postura crítica, de visão social, mas também de muita abertura, de muita parceria com os alunos.

Entendo que houve nessa construção de conhecimento uma constância geradora de uma participação contínua dos alunos, de uma possibilidade de "tempo" de maturação, de entendimento para aquilo a que se objetivava.

Do ponto de vista metodológico, a estratégia problematizadora foi muito adequada e, evidentemente, surtiu o efeito desejado.

Acho que algumas coisas importantes aconteceram na organização desse trabalho pedagógico: as pessoas comungavam dos mesmos entendimentos de relação da ética e saúde, as experiências profissionais se somaram e a maneira de exercer o ofício docente, pedagógico deteve a mesma postura de comprometimento.

A soma desses fatores foi, a meu ver, a chave para um trabalho que certamente podemos classificar de inovador tanto no aspecto paradigmático da formação em saúde como na organização pedagógica.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA: 12/09/2002
2. CURSO: 1° ANO
3. LOCAL: Centro Vedruna
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA:
5. Nº DE ALUNOS: 110, DIVIDIDOS EM VÁRIOS GRUPOS E LUGARES; ESTE DIÁRIO CORRESPONDE A UM GRUPO DE 15 ALUNOS DIVIDIDOS EM DUAS ATIVIDADES.
6. NOME DO DOCENTE: O - 63
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- (X) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- (X) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- ( ) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- (X) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO

- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- (X) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

( ) LOUSA
( ) TRANSPARÊNCIA
( ) DATA SHOW
( ) FILMES
( ) SLIDES
(X) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
( ) CIRCULANDO PELA SALA
( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS
(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL
( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL
( ) OUTROS:

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

(X) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

(X) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE**

(X) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

(X) HÁ PONTUALIDADE

(X) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

(X) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- **LINGUAGEM**
- **TOM DE VOZ**:

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

( ) COM MICROFONE

(X) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- **COMUNICAÇÃO VERBAL**

(X) CLARA

(X) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(X) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(X) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

( ) FORMAL

(X) INFORMAL

(X) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

(X)USO DE SINAIS PARAVERBAIS

(X)USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(X) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

(X) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

(X) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS. QUAIS? Da sociologia, da ética e cidadania

( ) OUTROS:

NO CAMPO DOS CONTEÚDOS

NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

(x) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

(x) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE: COMO?

(x) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(x) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(x) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

- **NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)**

(x) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA: QUAIS? O da assistência médica cidadã, o estímulo à autonomia do cuidado.

(X) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

(X)REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

- **NA RELAÇÃO COM DISCENTE**

(X) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

(X) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

- **NA AVALIAÇÃO**
- **FORMAL**

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

Os alunos encontram-se com o professor na Legolândia e são encaminhados aos ônibus; o professor vai com seu carro e encontra os alunos na Unidade básica de Saúde São Marcos e de lá vai até o Centro Vedruna com um grupo de cinco alunos; os demais são divididos com os agentes comunitários para

visitas do Programa de Saúde da Família (PSF); outros vão para outras UBS e um grupo vai para outra ONG, o Espaço Esperança, para uma atividade com as crianças lá assistidas, a qual consiste na confecção de trufas.

Chegando ao Centro Vedruna, o professor é recebido com os alunos pela coordenadora pedagógica e todos vão para a casa onde acontecem as reuniões.

O professor inicia a conversa falando que eles terão como tarefas ,naquele dia, estruturarem as atividades a serem realizadas e que terão início naquele dia com alguma atividade lúdica, como futebol, música, o que eles entenderem como mais adequado. Os alunos ouvem atentamente, concordam balançando a cabeça.

Definem que irão separar as crianças por grupos etários e a Coordenadora Pedagógica aprova.

O professor passa a falar, então, do trabalho de tratamento e prevenção de verminoses e aí uma das alunas fala*: " Mas, professor, nós não vamos falar que o Estrongilóides é assim ou assado, né? Eles não vão entender, você não acha?"*

O professor concorda e diz*: "A linguagem tem que ser mais simples, tem que ser aquela que eles entendem",* e continua, *"Vocês vão ter que " sacar qual é o entendimento, para isso vocês têm que estar atentos, percebem?".* Nesse momento, os alunos estão sentados e inclinam-se para frente, ficando mais próximos do professor, prestando bastante atenção".

A coordenadora pedagógica complementa o raciocínio, dizendo*: " Pensem que sair do concreto é mais fácil para chegar ao abstrato".* O professor e os alunos balançam a cabeça concordando; assim, passam a planejar os próximos dias.

As meninas falam mais e os três meninos contribuem com idéias, mas falam menos; todos demonstram uma postura corporal tranqüila e o professor os observa, ás vezes, falando em paralelo com a coordenadora pedagógica e, às vezes, em silêncio.

Num dado momento, o professor volta a falar da importância de os alunos integrarem o conceito de saúde como algo fazendo parte do cuidado com o

meio ambiente. Os alunos concordam e um deles fala*: "A gente faz parte do meio ambiente, né, professor? somos parte integrante!".*

Retomam a discussão da primeira interação com as crianças que irá acontecer naquele dia e o professor diz*: "Estabelecer uma simetria com elas (as crianças) é fundamental, porém vocês têm que estar preparados para coisas difíceis, como família, entendem? Essa família pode ser desestruturada, poder ser uma família ruim, mas é a família que eles têm, entendem?".* Os alunos ficam sérios e suas feições tornam-se tristes; fica um silêncio de alguns minutos quando ninguém fala.

O professor retoma sua fala: *"A interação é fundamental, mas a atuação de vocês e de qualquer profissional de saúde é sempre restrita, lembrem-se disso!"*

As meninas passam a falar das atividades do dia e os meninos ficam mais quietos, demonstrando alguma timidez; aos poucos os meninos passam a falar mais um pouco, estimulados pelo próprio professor que usa de frases, como*: "O que você acha, disso?" ou ainda " será que dá certo, você acredita que é melhor?".*

Antes de saírem para as atividades do dia que serão futebol com os meninos e show de calouros com as meninas, o professor retoma o esquema de tratamento das prováveis parasitoses.

Ele diz que os alunos irão "prescrever" o remédio e que ele assinará; os alunos sorriem, demonstrando muita satisfação e falam: *"nossa !, nós vamos prescrever, jura??" e o professor confirma sorrindo também e dizendo: "uai, vocês não vão ser médicos? É bom já ir treinando!".*

Uma aluna pergunta: *Por que a gente não trata todo mundo, não era mais fácil?"* E o professor responde: *Você gostaria de tomar remédio sem necessidade?"* A aluna, percebendo seu "fora" ,desconcertada, diz: *Acho que não, né? fui mal, professor, desculpa".*

E o professor responde: *"Dessa vez eu desculpo, mas não me fale uma "abobrinha" dessa novamente, hein? Remédio é só pra quem precisa de remédio; prevenir, minha filha, prevenir é o maior de todos os remédios".*

Os colegas ouvem ,demonstrando um pouco de constrangimento e olham com "alguma" reprovação para a colega.

Retomam a questão do tratamento e perguntam se vão dar o resultado individualmente ou se coletivamente, e o professor intervém*: "Vocês é que vão decidir; pensem na melhor forma!".* E nesse momento um aluno diz: *"Eu não gostaria que dessem um resultado de exame meu na frente dos outros, acho sacanagem isso; só porque é pobre a gente vai fazer isso?"* .
E um outro complementa*: "A gente, como médico, tem que preservar a individualidade dos nossos pacientes; cada um é cada um, vocês não acham?"* Todos falam ao mesmo tempo, concordando que o resultado será dado individualmente e das crianças pequenas será dado para os pais.
O professor acompanha as falas, demonstrando satisfação; está sentado, com a cabeça apoiada na parede, evidenciando descontração.
Os alunos encerram a questão das parasitoses e todos se retiram da sala para dar início às atividades com as crianças.
As meninas são logo abordadas pelas crianças, especialmente pelas menores e rapidamente se organizam para o programa de calouros; os alunos vão ao encontro dos meninos e discutem se eles querem "bater uma bola", o que é logo aceito.
O professor se retira para passar na outra ONG, o Espaço Esperança, para ver como estão indo as trufas.
Ao chegar ao local, o professor vai encontrar os alunos e depara-se com eles na cozinha, rodeados de crianças, exceto três alunas, que estão num canto conversando.
O professor vai conversar com a aluna que está "mexendo" o chocolate e fala com as crianças: **"O cheiro tá bom, hein?" "Vocês gostam de chocolate?"**
As crianças respondem: *"A gente gosta !!", todas em coro.*
O professor se aproxima das três alunas e diz*: "Vocês não estão gostando?" "O que acontece?" "Nada, professor, é que a gente estava conversando umas coisas";* e o professor diz: *"Pode conversar numa boa, é que, aqui, o lance é aproveitar esse momento, essas crianças precisam de vocês e vocês precisam dessas atividades para ser médicos menos babacas, entendem? A gente leva muito tempo para aprender a lidar com as pessoas, vocês têm que começar agora para, daqui a seis anos, estarem melhorzinhas!".*

As alunas ficam desconcertadas, o professor passa a mão na cabeça de uma delas e sorri; elas retribuem e vão em direção ao grupo, integrando-se à atividade.

O professor observa um pouco e comenta*: "Essas coisas têm seu tempo; a gente tem que dar uns toques, mas são eles que determinam o tempo de apropriar-se dessas idéias. A gente está fazendo a nossa parte, estimulando; uma hora dá certo!* E termina a frase sorrindo".

O professor saí do Espaço Esperança e volta para o Centro Vedruna; lá encontra os alunos.

Os meninos jogam futebol com as crianças e as meninas estão do outro lado da área, sentadas num banco, uma do lado da outra, assistindo a uma "caloura" apresentar-se.

Os alunos percebem a chegada do professor e fazem gesto de "positivo" para ele; a coordenadora pedagógica vem em sua direção e passa a relatar como foram as atividades, dizendo que os alunos estabeleceram um bom vínculo com as crianças.

Ela diz: *"São bons esses alunos, hein, Dr. Carlos?"* E o professor sorri concordando.

Após 15 minutos, os alunos encerram suas atividades e junto com as crianças vão até o banheiro pegar suas bolsas.

Todos se despedem do grupo e o professor os leva até a UBS São Marcos para pegarem o ônibus.

Chegando lá, o professor percebe que, por algum desencontro, o ônibus já foi embora; os alunos olham apreensivos para ele e dizem*:" E agora, professor, a gente volta como?"* E o professor responde*: "Calma, moçada, acho que iremos todos confortavelmente no meu Pálio, o que vocês acham?"* Os alunos sorriem aliviados e concordam rapidamente.

Todos se acomodam no carro e o professor fala*: "Bom, já que não deu para conversar lá no São Marcos, vamos fazer uma reunião itinerante, pode ser?"*

O professor passa a perguntar sobre como perceberam a interação com as crianças e eles vão respondendo, demonstrando entusiasmo, e um pouco de tristeza com o que perceberam.

As meninas dizem: *"Nossa, professor, elas (as crianças) são uns doces; elas topavam tudo, têm uma energia, né? Mas têm umas que ficam tão grudadinhas; aí dá uma pena, a gente fica com vontade de levar pra casa!"*

Os meninos dizem: *"Pô professor, eles são ótimos, tipo gente boa mesmo"*. Um deles complementa: *"Sabe, professor, tá ligado, eles tinham tudo pra ser bandidos, mas não são, né? Isso é maneiro, é legal!"*

O professor vai concordando e dizendo que, embora restrita, essa é uma ação em prol de uma saúde melhor. Ele diz: *"Saúde, gente, é pensar melhor, é ter mais alegria, é ser mais feliz; hoje vocês proporcionaram isso, entendem? isso é legal!"*

Os alunos concordam satisfeitos e continuam a conversar sobre outras coisas relativas à faculdade e ao show dos Titãs que acontecerá à noite na Unicamp.

O professor chega à Universidade, todos se despedem e o professor se retira.

14. COMENTÁRIO

O trabalho pedagógico desenvolvido pelo professor em questão demonstra muito comprometimento em todas as suas ações. Embora não aconteça nenhuma atividade que poderíamos classificar como inovadora, já que os encontros se resumem a conversas e ações numa comunidade; porém o espírito comprometido, atento e extremamente afetuoso desse docente tem características inovadoras na medida que aponta para um componente da formação médica, pouco estimulado, que é a qualidade da interação médico e paciente ou médico e comunidade, muito descrita na literatura como "agir em saúde".

A percepção, a observância ética do cuidado, a visão ampliada de saúde envolvendo necessariamente o coletivo, parece-me detentora de um perfil de trabalho pedagógico inovador e necessário, especialmente no que tange o mundo da saúde.

Os aspectos relacionais desses encontros denotam um avanço interessante na medida que a linguagem usada, a forma de integrar por meio de reuniões com muita proximidade física e descontração aceleram e sedimentam uma

interação docente/discente muito adequada e em sintonia com os pressupostos da Reestruturação Curricular.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA F.C.M/ UNICAMP

1. DATA: 09/08/02
2. CURSO: 2° ano
3. LOCAL: IB-1
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: Na forma de anfiteatro com fileiras que ascendem em direção ao teto; capacidade para aproximadamente umas 150 pessoas

5. N° DE ALUNOS: 110
6. NOME DO DOCENTE: 0 - 54
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- (X) DE 11 A 15 ANOS
- ( ) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- (X) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO

- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO I, II
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS I, II, II, IV, V, VI
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS I, II, III, IV, V, VI
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA I, II
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES I, II
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- (X) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO
- ( ) EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE I, II
- ( ) SEMIOTÉCNICA DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA
- ( ) FISIOLOGIA INTEGRADA I, II
- ( ) SEMIOLOGIA E PROPEDÊUTICA

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

(X) LOUSA

( ) TRANSPARÊNCIA

(X) DATA SHOW

( ) FILMES

( ) SLIDES

( ) TRABALHO EM GRUPO

( ) SEMINÁRIO

( ) ESTUDO DIRIGIDO

( ) OUTROS: QUAIS?

⸸ POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA

(X) CIRCULANDO PELA SALA

( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS

(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL

( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL

(X) OUTROS: Com freqüência, postando-se ao lado dos alunos, abraçando-os

⸸ ATITUDE COM A CLASSE:

(X) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

(X) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

(X) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

⸸ POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE

(X) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE ATRAVÉS DE ESTÍMULOS À INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

(X) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

⸸ ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE

( ) HÁ PONTUALIDADE

( ) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

(X) HÁ DISPERSÃO (No início da aula)

(X) HÁ ATENÇÃO (No transcorrer da aula)

(X) OUTROS: O retorno à classe para o inicio da aula é lento e ruidoso

- LINGUAGEM DO DOCENTE
- TOM DE VOZ:

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

( ) COM MICROFONE

(X) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- COMUNICAÇÃO VERBAL

(X) CLARA

(X) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(X) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(X APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

( ) FORMAL

(X) INFORMAL

(X) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

(X)USO DE SINAIS PARAVERBAIS

(X)USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(X) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

(.) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

↓ NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO

( ) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

( ) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS:

( ) OUTROS:

↓ NO CAMPO DOS CONTEÚDOS

↓ NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

(X) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

↓ NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO:

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(X) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(X) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

↓ NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS:

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

( )REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

↓ NA RELAÇÃO COM O DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

(X) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(X) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO
( ) OUTROS:

- NA AVALIAÇÃO
- FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL
( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÃO
( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA
( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM
( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO
( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

Os alunos retornam para a sala de forma lenta e com ruídos. A professora inicia a aula escrevendo na lousa o tema a ser discutido: "resposta imuno adaptativa". Nesse momento, um aluno pede a palavra e pergunta como será a prova da 2ª feira e outro aluno, em seguida, pede para comunicar a classe que três alunos deverão participar da comissão de reestruturação curricular. A professora esclarece as dúvidas com relação à avaliação de 2ª feira e começa dizendo que seu tom de voz é baixo e que, se os alunos considerarem necessário, ela usará microfone. A professora apresenta o primeiro slide, bem colorido, com letras de tamanho adequado e bastante explicativo. A professora retoma o conteúdo da aula anterior. Ela mantém o tom de voz bom, audível, com boa pronúncia, dando bastantes exemplos e questionando os alunos que, aos poucos, passam a responder. A professora circula pela classe, andando entre as carteiras, e o ruído passa a diminuir. A professora questiona mais os alunos, perguntando, por exemplo: ***como é mesmo aquela história do Igg e Igm? Eu tenho certeza de que alguém vai me explicar, não é ?***

Vários alunos começam a responder e a professora diz: *Calma, um de cada vez! Eu adoro ver tanto conhecimento, viu, gente!* E aí um aluno responde e ela diz*: Muito bem , querido, parabéns! Você respondeu muito bem! Parabéns!*

A professora volta a perguntar aos alunos o que sabem sobre linfócitos e os alunos respondem com dificuldade. Ela vai até a lousa e volta a escrever, perguntando quais as diferenças entre os linfócitos T e B. Espera um pouco e passa a explicar detalhadamente, escrevendo na lousa, entrecortando sua explicação, checando a compreensão dos alunos como*: Tudo bem até aqui, gente? Vocês entenderam essa parte?* Os alunos respondem, dizendo que entenderam, que está tudo bem. Alguns alunos mantêm conversas paralelas e nesse momento a professora se dirige a eles dizendo*: Eu sou asmática e se vocês não pararem de conversar eu vou para a UTI do HC e vocês vão morrer de culpa? Vocês já estão com culpa, não estão?*

Os alunos riem, dizendo*: Em nome da sua saúde nós vamos parar de conversar.* Todos dão risadas e a aula prossegue. A professora volta a fazer esquemas na lousa e faz perguntas sobre as células CD4; o ruído em sala diminui, os alunos prestam mais atenção, participando mais.

A professora passa a andar pela classe e a contar historicamente a origem das letras dessas células, explicando também o porquê da numeração. Os alunos acompanham com os olhos e com o corpo a movimentação da professora, dando sinais faciais e gestuais de aprovação. Um aluno pede a palavra e diz*:"Que legal a sua explicação, agora eu entendo melhor!.* A professora responde: *Que bom que você entendeu; pra gente poder ser bom naquilo que a gente quer, tem que entender os porquês.* A professora passa a apresentar o material em data show de excelente qualidade, com vários comentários dos alunos, gerando bastante interação. As imagens, em cores fortes, letras com tamanho adequado e com dizeres em inglês e outros em português, chamam muito a atenção de todos.

A professora fala que é para eles prestarem atenção porque ela morreu de trabalhar a noite toda para fazer as imagens. Os alunos riem e dizem que seu trabalho valeu a pena. A professora fala aos alunos: se, numa hipótese muito

remota, todo aquele assunto caísse na prova de 2ª feira, qual seria a opinião deles? Os alunos respondem que sofreriam muito, mas tentariam dar conta do recado! A professora diz então que isto irá acontecer e que seria legal todos tirarem suas duvidas. A professora passa a responder às perguntas, relacionando-as com casos clínicos; e os alunos demonstram muito interesse. A professora passa a explicar mais questões e percebe que esqueceu de comentar alguns aspectos sobre os linfócitos B. Ela dirige-se a classe e pede "desculpas", dizendo que talvez agora o raciocínio fique mais claro para todos eles. A professora pergunta se melhorou a compreensão e os alunos dizem em coro "Não" e ela pergunta por que e eles respondem que a 1ª parte da aula (ministrada pela professora, O - 53) foi muito confusa e eles não entenderam "nada". A professora anda na frente da mesa, demonstrando desconforto com a fala dos alunos e propõe que tentem "entender" o que for possível. Ela diz que está à disposição para ajudá-los. Nesse momento, a sala fica ruidosa e, com o passar do tempo, a professora vai dando suas explicações e os alunos começam a prestar mais atenção.

A professora faz muitas brincadeiras com as imagens, referindo-se, por exemplo, a uma delas, dizendo: "Vejam que célula babenta!". A professora mantém tom de voz adequado, demonstrando, entretanto, um pouco de cansaço. Ela diz aos alunos que, embora entenda que não havia outro horário e dia para a realização da avaliação, ela concorda que "prova 2ª de manhã é uma maldade !". Os alunos aplaudem. A sala fica mais silenciosa e os alunos passam a questionar mais e a professora volta a circular pela sala. Após uma hora e quarenta e cinco minutos, a professora encerra a aula com os alunos demonstrando interesse, mas também cansaço. A professora continua na sala e alguns alunos descem até sua mesa, tirando dúvidas. Após 15 minutos,a professora retira-se da classe.

14. COMENTÁRIO

A professora demonstra bastante interação com os alunos e, embora tenha iniciado sua aula com a classe bastante dispersa e desmotivada, em função da aula anterior (O – 53), conseguiu reverter o quadro estimulando bastante a participação dos alunos. A professora demonstrou muito afeto e respeito para com eles, respondendo suas duvidas de forma clara e precisa. Durante toda a aula, foi muita bem humorada, movimentando-se pela sala, abraçando os alunos e chamando a atenção de todos para o acerto das respostas, mas valorizando as dúvidas, gerando muita participação.

Ficou muito evidente o domínio técnico sobre o assunto, mas também fica claro seu "acerto" no âmbito pedagógico, conduzindo a aula de forma problematizadora, usando de forma adequada os recursos didáticos, valorizando a seqüência de informações viabilizadoras da construção do conhecimento. Considero também muito assertiva sua postura quando se deu conta de que havia esquecido uma determinada informação, compartilhando com os alunos seu "erro", mas inserindo a informação de forma ágil e adequada, gerando mais participação discente. Essa docente antes do início da aula, fez um comentário que me chamou muito a atenção e descrevo na página 53 deste trabalho, em que se refere à "modernidade" das apresentações no data-show, mas tendo a clareza de que o trabalho pedagógico não transita pelo moderno ou pelo velho, mas pelo legítimo, pelo construído fundamentalmente pela competência técnica e pedagógica.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA: 23-8-02
2. CURSO: 1º ANO
3. LOCAL: IB2
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: ANFITEATRO
5. Nº DE ALUNOS: Por volta de 100
6. NOME DO DOCENTE: O - 58
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- (X) DE 11 A 15 ANOS
- ( ) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- (X) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- (X) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- .( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- ( ) OUTRAS:

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- (X) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS

- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

(X) LOUSA
( ) TRANSPARÊNCIA
(X) DATA SHOW
( ) FILMES
( ) SLIDES
( ) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

(X) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
( ) CIRCULANDO PELA SALA
( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS
( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL
(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL
( ) OUTROS:

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

( ) AFETUOSA, ACOLHEDORA
( ) DISTANTE
(X) FORMAL, VERTICALIZADA

( ) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

( ) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- **POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE:**

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

(x) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

( ) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS COM OS ALUNOS

(x) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- **ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE**

(X) HÁ PONTUALIDADE

(X) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

(X) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- **LINGUAGEM**
- **TOM DE VOZ**:

( ) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

(X) MONOTÔNICO

(X) COM MICROFONE

( ) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- **COMUNICAÇÃO VERBAL**

( ) CLARA

(x) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

( ) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

( ) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(x) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

(x) FORMAL

( ) INFORMAL

( ) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**

( )USO DE SINAIS PARAVERBAIS

( )USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

( ) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

(x) OUTROS: A professora coloca-se de forma pouca interativa, usando de maneira tímida sua expressão corporal.

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- **NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO**

(X) AMPLIANDO DENSIDADE TEÓRICA

( ) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS?

( ) OUTROS:

- **NO CAMPO DOS CONTEÚDOS**
- **NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR**

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

(x) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- **NO MÉTODO**

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O:

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE: COMO?

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

(x) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

⸸ NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS?

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

( )REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

⸸ NA RELAÇÃO COM DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

( ) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

(x) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

⸸ NA AVALIAÇÃO

⸸ FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO CONJUNTAMENTE COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

A aula começa com a classe quase completa (por volta de cem alunos), com ruído intermediário proveniente de conversas paralelas. Os slides são de boa qualidade no que diz respeito à cor, tamanho de letra e disposição de texto. A professora discorre sobre os primeiros slides com uma atenção crescente por parte dos discentes. Por volta do quarto slide, um aluno faz uma pergunta e a professora acende a luz da classe e vai para a lousa responder. Após sua explicação, volta-se para o aluno e o questiona se compreendeu. O aluno

refere que sim. Nessa hora, a professora se volta para a classe e diz: ***"Como não há mais perguntas eu entendo que podemos passar para o próximo tópico".*** A classe não se pronuncia e a professora passa a discorrer sobre outro assunto, com pouca participação discente. Passaram-se 35 minutos e a concentração dos alunos é baixa com conversas paralelas. A professora passa a dar exemplos práticos, porém sem muita ênfase, gerando pouco interesse da classe. A professora continua sua explanação, andando de um lado para o outro, à frente da mesa, e usando pouco as mãos. Uma aluna faz três tentativas de pergunta, levantando o braço, e somente na quarta vez a professora a vê. Nesse momento, a aluna formula sua pergunta e a professora responde de forma atenciosa, porém não pergunta se houve compreensão por parte da mesma. A aula segue e, passado algum tempo, a professora dirige-se à classe e diz:

"Vocês não vão me perguntar sobre isso (e detalha o aspecto que ela imagina que deveria gerar dúvidas)?".

Vários alunos respondem afirmativamente, fazendo simultaneamente várias perguntas. A docente, então, passa a explicar as questões apresentadas, mas novamente não confirmar o entendimento por parte dos alunos.

Nèste momento, a atenção fica mais alta, com uma postura mais participativa dos alunos.

A professora passa a andar fora da frente da mesa, subindo uns três degraus da escada (a sala é um anfiteatro); sorri em alguns momentos, demonstrando um pouco mais de descontração e interação com a classe.

A aula continua e alguns alunos fazem perguntas que, às vezes, não são audíveis para a classe toda. A professora as "socializa", mas ao cabo de cada explicação, mantém sua postura de não perguntar sobre a compreensão dos alunos.

O ruído, proveniente de conversas, volta a aumentar; nesse momento temos 1hora e 30 minutos de aula e alguns alunos começam a fazer "psiu", sem muito sucesso, como objetivo de obter mais silêncio.

Num determinado momento, a professora se irrita com a conversa de dois alunos e diz:

"Ô coleguinhas, deixa os outros ouvirem, vocês estão me atrapalhando!".

Os alunos ficam desconcertados, porém o barulho continua e insistem para que a professora dê um intervalo; ela diz que não, demonstrando um pouco de impaciência.

Um aluno chama a atenção da docente com relação a um erro no slide apresentado e ela pára de explicar, olhando atentamente para a tela.

Volta-se para o aluno e diz: ***"Você está certo; está errado mesmo; pra isso vocês prestam atenção, né?"***

O aluno ouve meio sem graça e, a seguir, passa a conversar com o colega ao lado, numa postura de desagravo.

A professora continua sua explicação e, num dado momento, dirige-se à classe perguntando***: "Alguém aí toma um chopinho?".***

E a classe responde uníssona: ***"Não !!!!!!"*** e muitos dão risada, inclusive a professora, que passa a desenhar na lousa um esquema explicativo, o que, aos poucos, vai chamando a atenção dos alunos e o ruído vai diminuindo.

Terminada a explicação na lousa, volta-se novamente para a classe e faz outra pergunta, colocando uma situação hipotética:

"Imaginem que o namorado (a) de vocês as (os) convidam para jantar na casa dele (a) à luz de velas, para tomar um vinho; (nesse momento os alunos riem muito, falam simultaneamente, participando intensamente da hipótese apresentada pela professora) e aí ela oferece junto com o vinho, uma taça (nessa hora, um aluno fala bem alto que estudante não tem taça, tem " cristais" CICA e todos riem) de água; vocês sabem por que a gente toma água junto com o vinho?"

Um aluno, o mesmo da taça, responde:

"Acho que é pra não vomitar nela(na namorada), né, professora!"

A professora solta o microfone, leva as mãos ao rosto, como se o cobrisse de vergonha e ri junto com os alunos. Passados alguns minutos, um aluno pede para a professora explicar o porquê da água com o vinho, já que ele estava "curioso", afirmação que é repetida por toda a classe.

A professora, então, responde à dúvida do aluno, dando continuidade à aula, e após 15 minutos, diz que a mesma está encerrada e que eles podem ir tomar aquela "água, sem vinho".

14. COMENTÁRIO

A professora demonstrou uma postura mais formal e pouco interativa no início de sua aula e, aos poucos, foi procurando aproximar-se mais do grupo. Observo que é freqüente a dificuldade de o professor estabelecer um espaço mais criativo e, portanto, mais participativo em conteúdos que por sua própria natureza são mais densos. Chamou-me a atenção a dificuldade que a professora demonstrou ao receber a informação de um erro em seu material didático; nesse momento poderia ter sido criado um espaço de mais interação, com um aproveitamento maior por parte dos discentes; teria sido muito rica a valorização da atenção, da participação desse aluno e não o tom de repreensão que foi dado pela professora. À medida que a professora tentou relacionar aspectos do cotidiano com o conteúdo que ministrava, houve uma notória mudança de comportamento, ficando evidente a eficácia dessa postura. Outra questão que destaco é a necessidade de confirmação do entendimento dos alunos quanto às duvidas apresentadas. As aulas teóricas na FCM, são na sua grande maioria, em espaços como anfiteatros e com um elevado número de alunos (110); isso, evidentemente, dificulta muito a comunicação entre o educador e seus educandos, sendo, portanto, necessário o uso de recursos que minimizem essa situação e que facilitem a construção do conhecimento.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA FCM/ UNICAMP

1. DATA:25/09/2002
2. CURSO:
3. LOCAL:FCM – SALA DE REUNIÕES
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA: O - 70
5. Nº DE ALUNOS:
6. NOME DO DOCENTE: Vários docentes da clínica e dos módulos básicos; 12 pessoas ao todo.
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- ( ) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- ( ) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- (X) OUTRAS: Reunião dos docentes que irão compor o próximo módulo para o 3º ano médico, chamado Fisiopatologia Integrada. Esse grupo será responsável pela parte respiratória do módulo.

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA

- ( ) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS
- ( ) PRÁTICA DE CIÊNCIAS
- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEUROCIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- ( ) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO
- (X) FISIOPATOLOGIA INTEGRADA

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

( ) LOUSA
( ) TRANSPARÊNCIA
( ) DATA SHOW
( ) FILMES
( ) SLIDES
(X) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
( ) CIRCULANDO PELA SALA
( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS
( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL
( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL
(X) OUTROS: Todos sentados ao redor de uma mesa, acompanhando o programa a ser desenvolvido.

- ATITUDE COM A CLASSE:

( ) AFETUOSA, ACOLHEDORA

( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

( ) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

( ) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- POSTURA EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO EM CLASSE

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POE MEIO DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DISCENTE POR MEIO DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

( ) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS JUNTAMENTO COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

- ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE

( ) HÁ PONTUALIDADE

( ) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

( ) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- LINGUAGEM

- TOM DE VOZ:

(x) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

( ) COM MICROFONE

( ) OUTROS:

- **COMUNICAÇÃO VERBAL**

(x) CLARA

( ) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

( ) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

(x) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(x) LÓGICA, SEQÜÊNCIAL.

( ) FORMAL

(x) INFORMAL

( ) QUESTIONADORA

( ) INIBIDORA DE QUESTIONAMENTOS

- **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**

(x)USO DE SINAIS PARAVERBAIS

( )USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(x) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- **NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO**

( ) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

( ) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS:

(x) OUTROS: Estabelecendo uma sintonia nos objetivos da parte respiratória do módulo; consenso de enfocar o básico para uma boa assimilação, favorecendo uma ampliação posterior.

- **NO CAMPO DOS CONTEÚDOS**
- **NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR**

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

(x) OUTROS: O grupo tenta observar uma seqüência lógica, com uma interligação entre cada um.

NO MÉTODO

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA-O:

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO:

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

( ) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS?

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

( )REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

NA RELAÇÃO COM DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

( ) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

NA AVALIAÇÃO

FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMÓ ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

(x) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

(x) OUTROS: Discutem-se as formas de avaliação no que diz respeito à forma: testes ou questão dissertativa; não se discute o caráter da avaliação nem a possibilidade de integração no processo de formação.

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

A reunião tem início com a participação de uma professora de um dos módulos básicos, a gestora do módulo Parasito-Hospedeiro o qual tem em seu conteúdo a abordagem dos agentes causadores da patologias respiratórias.

A professora passa a discorrer sobre o conteúdo que é abordado em seu módulo e o restante dos professores ouvem atentamente.

Uma das professoras do módulo clínico, gestora da parte respiratória do módulo a ser implantado no próximo ano , passa a explicar que sua pretensão é que eles possam passar as patologias mais comuns, o que daria domínio suficiente para que os alunos ampliassem o que quisessem no futuro. Ela diz: ***"Minha filha está no quarto ano e eu vejo o quanto ela não consegue reter de conhecimento, porque não cabe, gente, é muita coisa; aí o que é importante vai embora junto !"***

Todos ouvem e concordam, dizendo que é preciso "selecionar" melhor o conteúdo. A professora em questão diz à gestora do básico: ***"Acho muito bom você estar aqui porque nós somos a continuação do seu módulo e desse jeito o risco de repetirmos conteúdo é menor, vocês não acham?"***

Outro professor da clínica concorda, dizendo: ***"Eu tenho certeza de que a gente vai acertar mais do que errar; no nosso tempo as coisas não tinham muita ligação, não tinham sentido, vocês lembram?".*** As pessoas concordam com gestos de cabeça e com expressões faciais de afirmação. Eles comentam que ***"estudar naquele tempo"*** era uma coisa como um ***"quebra-cabeças"***; ***levava a maior parte do tempo para juntar e, depois, mais tempo ainda para entender, o que nem sempre era conseguido"*** .

Passam então a discorrer sobre a seqüência de conteúdos, discutindo a participação de cada docente; o tempo todo voltam a reiterar que é ***"preciso tomar cuidado para não sobrecarregar, para não perder o sentido".***

Passam a listar os recursos didáticos a serem utilizados e a importância do uso das imagens, como Raio X, Slides de cirurgias, de peças de necropsia e lâminas histológicas. Uma professora da clínica chama a atenção dos colegas para a qualidade visual dos recursos didáticos. Ela diz: ***"Aquelas imagens***

apagadas, aquelas letrinhas que dão sono, não dá, né, gente?. Ela continua: "*A imagem tem que acrescentar, tem que ajudar o aluno a "enxergar", não é vero ?".* Todos riem e dizem*: " É vero!".*

Passam, então, a discutir qual vai ser o material de apoio; um professor da clínica fala da disponibilidade de livros para os alunos. Eles diz que deveriam selecionar textos, livros; enfim, uma referência bibliográfica que fosse um roteiro, um guia para o aluno poder estudar; uma professora discorda.

Ela diz que os alunos têm que aprender a *"pesquisar"*; eles precisam sair desse esquema de *"cursinho".*

O professor rebate, dizendo*: " Veja, fica difícil pesquisar com um, dois livros na biblioteca para 110 alunos; eles são pessoas de "algum" poder aquisitivo, mas não são todos ricos. Você lembra o nosso tempo? A gente não tinha grana e também éramos vistos como uma "elite".*

Todos ouvem atentamente, demonstrando uma concordância; a professora complementa o raciocínio, dizendo: "*Eu sigo um roteiro e percebo que isso ajuda, os livros são muito caros e eles vão ter que comprar muitos".*

A professora diz que entende o raciocínio do professor, mas continua entendendo *que o aluno no Brasil não tem estimulo à pesquisa e a UNICAMP tem que mudar isso.*

Outra professora diz que *"é muita responsabilidade para a UNICAMP".*

Os professores demonstram não terem conseguido chegar a um acordo e passam a discutir sobre como seria o processo de avaliação.

Uma professora diz que como são muitos alunos, seria melhor "fazer teste"; diz ainda que não é o tipo de avaliação de sua preferência (ela fala que usa questões dissertativas freqüentemente), mas está pensando no número elevado de provas para corrigir (110). Os colegas também dizem que preferem provas dissertativas, entretanto consideram relevante o argumento usado pela professora. Nesse momento, outra docente sugere que eles possam usar 50% de testes e 50% dissertativas e todos concordam rapidamente.

Passam a falar que a avaliação deveria conter uma imagem, uma peça anatômica, uma lâmina histológica e um caso clínico. Todos concordam, demonstrando satisfação. O professor retoma a questão do material de apoio e diz: *"Eu vou dar uma apostila!"*

O restante do grupo sorri e a professora responde : "Nós ***podemos voltar a esse assunto na próxima reunião, tudo bem?"*** todos concordam e a professora encerra a reunião.

14. COMENTÁRIO

A reunião de elaboração do próximo módulo demonstrou inicialmente um certo constrangimento, já que a participação de alguém do básico não era uma situação freqüente. Os professores demonstraram atenção e surpresa durante a fala dessa professora; a impressão que ficou foi a de desconhecimento total em relação à formação inicial dos futuros médicos. Ficou bastante clara a preocupação com o excesso de conteúdo e o quanto isso é entendido como prejudicial ao processo de formação. Ficou muito evidente a dificuldade de decidir quais seriam os objetivos a serem atingidos no futuro módulo.

A discussão passou diretamente para os conteúdos, erro, extremamente freqüente em nosso meio acadêmico, em que se percebe que o entendimento dos pares, sugeridos por FREITAS (1995), objetivos/avaliação e conteúdos/métodos não detém a atenção na organização do trabalho pedagógico por parte de muitos educadores.

A discussão dos conteúdos aconteceu de forma tranqüila com os professores, demonstrando muita concordância um com o outro. Suas expressões faciais e corporais denotavam informalidade e relaxamento.

Quando passaram a discutir o material de apoio para o aluno, o tom de voz dos participantes ficou alterado e, em vários momentos, um pouco tenso. Ficou evidente a falta de sintonia nessa questão que será discutida novamente.

Ao discutirem o processo de avaliação, em nenhum momento foi colocado qual era o objetivo (ou os objetivos) de formação esperado; a discussão centrou-se no tipo de avaliação e não no seu objetivo esperado. Ficou evidente a falta de elementos teóricos para a compreensão da avaliação como um componente de um processo de formação, portanto um elemento processual.

Entendo que a observação desse encontro para a construção de um novo módulo reflete, de forma muito clara, as dificuldades de um trabalho

pedagógico coletivo numa perspectiva difícil que é a da interdisciplinaridade. Fica posto o quanto é fundamental uma assessoria, uma ajuda no campo da educação, já que todos os docentes envolvidos, sem nenhuma exceção, são médicos, enfermeiros, biólogos, ou seja, pessoas que vieram da área da saúde e abraçaram uma carreira docente, mas não detêm os essenciais elementos de formação no âmbito do trabalho pedagógico.

ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NA F.C.M/ UNICAMP

1. DATA: 28/08/2002
2. CURSO:
3. LOCAL: SALA DA PROF. URARA - DO DEPARTAMENTO DE PARASITOLOGIA
4. APRESENTAÇÃO FÍSICA DA SALA DE AULA:
5. Nº DE ALUNOS:
6. NOME DO DOCENTE: URARA
7. TEMPO DE ATIVIDADES DOCENTES (EM ANOS)

- ( ) DE 1 A 5 ANOS
- ( ) DE 6 A 10 ANOS
- ( ) DE 11 A 15 ANOS
- ( ) MAIS DE 15 ANOS

8. FAIXA ETÁRIA DO DOCENTE (EM ANOS)

- ( ) DE 25 A 30 ANOS
- ( ) DE 31 A 35 ANOS
- ( ) DE 36 A 40 ANOS
- ( ) DE 41 A 45 ANOS
- ( ) DE 46 A 50 ANOS
- ( ) MAIS DE 50 ANOS

9. TIPO DE ATIVIDADE

- ( ) AULA TEÓRICA
- ( ) ESTUDO DIRIGIDO
- ( ) AULA PRÁTICA – LABORATÓRIO
- ( ) ATIVIDADE DE CAMPO
- (X) OUTRAS: REUNIÃO

10. MÓDULO

- ( ) CÉLULA
- ( ) MORFOFISIOLÓGICO
- ( ) TEMAS LONGITUDINAIS

- ( ) AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA
- ( ) MEDICINA E SAÚDE
- ( ) NEURO CIÊNCIAS
- ( ) SAÚDE E SOCIEDADE I e II
- ( ) PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
- ( ) LABORATÓRIO DE HABILIDADES
- ( ) INTRODUÇÃO À PATOLOGIA
- (X) RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

11. LÓGICA DO TRABALHO PEDAGÓGICO

- **RECURSOS DIDÁTICOS:**

( ) LOUSA
( ) TRANSPARÊNCIA
( ) DATA SHOW
( ) FILMES
( ) SLIDES
( ) TRABALHO EM GRUPO
( ) SEMINÁRIO
( ) ESTUDO DIRIGIDO
( ) OUTROS: QUAIS?

- **POSTURA CORPORAL (LOCALIZAÇÃO ESPACIAL):**

( ) MOVIMENTANDO-SE POUCO, SOMENTE NA FRENTE DA SALA
( ) CIRCULANDO PELA SALA
( ) SENTANDO-SE JUNTO AOS ALUNOS
(X) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS INFORMAL
( ) COLOCANDO-SE DE FORMA MAIS FORMAL
( ) OUTROS:

- **ATITUDE COM A CLASSE:**

( ) AFETUOSA, ACOLHEDORA
( ) DISTANTE

( ) FORMAL, VERTICALIZADA

( ) DESCONTRAÍDA, BRINCALHONA

( ) INTERATIVA.

( ) OUTROS:

- ATITUDE DO DISCENTE EM RELAÇÃO AO DOCENTE

( ) HÁ PONTUALIDADE

( ) HÁ DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE

( ) HÁ DISPERSÃO

( ) HÁ ATENÇÃO

( ) OUTROS:

- LINGUAGEM
- TOM DE VOZ:

(X) ADEQUADO

( ) INADEQUADO

( ) BAIXO

( ) ALTO

( ) MONOTÔNICO

( ) COM MICROFONE

( ) SEM MICROFONE

( ) OUTROS:

- COMUNICAÇÃO VERBAL

(X) CLARA

( ) COM EXEMPLOS PRÁTICOS

(X) ESTIMULADORA DE TROCAS DE INFORMAÇÕES

( ) APROXIMADORA

( ) CONFUSA

(X) LÓGICA, SEQUÊNCIAL.

( ) FORMAL

(X) INFORMAL

( ) QUESTIONADORA

- **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**

(X)USO DE SINAIS PARAVERBAIS

( )USO DE COMUNICAÇÃO CINÉSICA (LINGUAGEM DO CORPO)

(X) USO DE GESTOS FACIAIS, OLHAR, BOCA, TESTA

( ) OUTROS:

12. INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

- **NO CAMPO DOS OBJETIVOS DE FORMAÇÃO**

( ) AMPLIANDO DENSIDADE TÉCNICA

( ) INTRODUZINDO ELEMENTOS DE OUTRAS ÁREAS; QUAIS:

( ) OUTROS:

- **NO CAMPO DOS CONTEÚDOS**
- **NA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR**

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE

( ) APROXIMANDO OS CONTEÚDOS (JUSTAPOSIÇÃO)

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OUTROS:

- **NO MÉTODO**

( ) CRIANDO UM MÉTODO; DESCREVA:

( ) REVENDO O MÉTODO EXISTENTE; COMO:

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PROBLEMATIZAÇÃO

( ) OBSERVANDO PRINCÍPIOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

( ) ESTABELECENDO LIGAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

( ) OUTRAS:

- **NO CAMPO CONCEITUAL (PARADIGMÁTICO)**

( ) REVENDO PARADIGMAS DA FORMAÇÃO MÉDICA; QUAIS:

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE SAÚDE

( ) REVENDO PARADIGMAS DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO

( )REVENDO PARADIGMAS DO CONTEXTO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

( ) OUTROS:

- NA RELAÇÃO COM DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DIALÓGICA

( ) EVITANDO A VERTICALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOCENTE/DISCENTE

( ) ESTABELECENDO UM TRABALHO COLETIVO

( ) OUTROS:

- NA AVALIAÇÃO
- FORMAL

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER PROCESSUAL

( ) INCLUINDO A AVALIAÇÃO COMO ELEMENTO DA FORMAÇÂO

( ) CONSTRUINDO CONJUNTAMENTE COM OS ALUNOS OS OBJETIVOS DA DISCIPLINA

( ) RETORNANDO OS RESULTADOS OBTIDOS COMO FOMENTO À REVISÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

( ) ESTABELECENDO UM CARÁTER CLASSIFICATÓRIO

( ) OUTROS:

- INFORMAL

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO A PARTICIPAÇÃO DISCENTE ATRAVÉS DE ESTÍMULOS A INCLUSÃO

( ) TECENDO COMENTÁRIOS QUANTO A PARTICIPAÇÃO DISCENTE ATRAVÉS DE ATITUDES DE EXCLUSÃO

( ) PROBLEMATIZANDO AS DÚVIDAS JUNTAMENTO COM OS ALUNOS

( ) IGNORANDO AS DÚVIDAS DOS ALUNOS

13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DOCENTE

Professora apresenta o conteúdo curricular do módulo e passa a relatar como foi o processo de construção do processo.

Ela fica sentada, com um computador em sua frente ligado com o texto do módulo; sua fala é bem pausada sem ser monotônica.

Começa dizendo que em pesquisa realizada pela Universidade junto aos alunos do 4º ano com relação as disciplinas que compunham o ciclo básico, os alunos disseram que a que mais tinha "marcado" era parasitologia, nome no

antigo currículo. Ao dizer isso a professora fala que o "sucesso" observado em sua opinião devia-se ao fato da antiga disciplina conter professores do básico mas também clínicos e essa mistura aproximava o conteúdo do futuro dia-a-dia desses alunos.

Ela fala que nesse sentido, o grupo de docentes deste módulo avaliou que havia pouca coisa a ser mudada.

Passa então a discorrer sobre o que mudou e diz que por exemplo a parte de imunologia não era atendida e passou a ser e que vê mais interação com outras antigas disciplinas como as que compõem o módulo Morfofisiológico.

Sua expressão facial é de tranqüilidade; mexe-se pouco na cadeira e fuma muito.

Diz que embora essa ***"reestruturação curricular" seja um trabalho difícil, é necessário;*** essa idéia vem através de falas como: ***"Sabe, a gente trabalha muito, a infraestrutura da Universidade é ruim e aí você tem que inovar, é complicado; a gente não sabe bem por onde começa".***

"Por outro lado, as pessoas participam pouco, não existe um estímulo para participar dessa reforma; você tem que publicar não quantos artigos, orientar não sei quantos alunos, pesquisar e também rever aquilo que você vinha fazendo até agora; é duro viu?!"

Sua voz passa a ser mais aguda e mexe mais com as mãos denotando ansiedade; levanta-se, toma um copo de água; mexe no cabelo como se estivesse com "coceira" e diz: **"acho que vou ficar careca, sorrindo de si mesma!"**

Passa então a falar de outras dificuldades como a divergência entre os clínicos que passaram a compor o módulo e eles do básico.

A primeira delas foi quanto ao olhar que teriam na abordagem; os clínicos queriam que o conteúdo fosse dado por "aparelhos" e eles por "via de transmissão". A professora diz que o ponto de vista deles acabou prevalecendo e é assim que está acontecendo.

Diz que foram feitas duas avaliações quanto ao aproveitamento dos alunos e os resultados não foram muito bons; atribui isso ao fato dos próprios docentes estarem em processo de adaptação neste novo modelo de formação.

A professora fala que vê "com bons olhos" toda essa mudança mas "vê com preocupação a falta de estrutura, de priorização das atividades junto a reestruturação como por exemplo a gestão do módulo.

Ela diz: *"Ser gestora é meio carregar o piano nas costas e muitas vezes sozinha; falta um pouco de ajuda para a gente como professor, você entende?"*

Neste momento sua fala denota cansaço, e sua fisionomia tristeza. Passa a imprimir o calendário das atividades, a apresentação do módulo com os objetivos gerais e específicos, dinâmicas de aulas, conteúdos, temas das palestras e a parte de avaliação.

Fala que serão realizadas sete provas que estarão divididas entre práticas e teóricas. Serão também realizados estudos dirigidos.

Diz que tem um compromisso e precisa terminar a reunião e coloca-se a disposição para quaisquer dúvidas.

14. COMENTÁRIO

A professora em questão apresenta o conteúdo do módulo do qual é gestora e ao faze-lo demonstra que não havia entre os docentes que já trabalham ali, uma insatisfação com o trabalho. Quando fala que era uma disciplina que todos lembravam, demonstra orgulho e satisfação.

Porém quando passa a discorrer sobre as dificuldades percebe-se que o fato dos clínicos terem mudado e isso ser um dificultador do trabalho novo, a falta de participação, o acúmulo de atividades por docente, enfim, várias dificuldades já ocorriam e de alguma forma eram "ignoradas" ou "empurradas".

Demonstra que o fato de "ter que mudar" (já que refere não ser essa a sensação do grupo) gerou ansiedade, exarcebou dificuldades que já existiam e acrescentou outras mais como a questão do trabalho pedagógico.

Fica evidente o despreparo da professora e provavelmente de seus colegas com relação a elementos teóricos da pedagogia e o quanto isso tensiona o trabalho coletivo de formação.

A concepção de avaliação também pautada numa perspectiva classificatória, sem outras possibilidades de componente de um trabalho docente.

Fica também claro, o prejuízo que a falta de condições no que tange a tempo, apoio pedagógico, e priorização da atividade de gestão do módulo podem causar no bom andamento da reforma curricular como um todo.

APÊNDICE C

PERCEPÇÃO DA CONCORDÂNCIA EM RELAÇÃO AOS PRESSUPOSTOS DA REFORMA CURRICULAR DA FCM/UNICAMP

INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

O objetivo deste levantamento é detectar qual é seu conhecimento e opinião sobre os pressupostos adotados pela reforma curricular da FCM/UNICAMP.

Note que não existe resposta certa e errada. O importante é conhecer a sua percepção relativa a cada afirmação apresentada.

INSTRUÇÕES

Leia cuidadosamente cada afirmação e escolha apenas uma alternativa de resposta para cada uma, que deve ser aquela que mais represente a sua opinião pessoal.

As alternativas são:

CP – CONCORDO PLENAMENTE: Você concorda totalmente com a afirmação .

IC – INCLINADO A CONCORDAR: Você tende a concordar com a afirmação.

ID – INCLINADO A DISCORDAR: Você tende a discordar da afirmação.

DP – DISCORDO PLENAMENTE: Você discorda totalmente da afirmação.

PARA QUE ESTE INSTRUMENTO SEJA UTILIZADO DE FORMA CORRETA, É ABSOLUTAMENTE NECESSÁRIO QUE VOCÊ RESPONDA A TODAS AS AFIRMAÇÕES

PERCEPÇÃO DA CONCORDÂNCIA EM RELAÇÃO AOS PRESSUPOSTOS DA REFORMA CURRICULAR DA FCM/UNICAMP
INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO

	CP	IC	ID	DP
1. Em cada módulo foram estabelecidos objetivos de aprendizagem	☐	☐	☐	☐
2. A assistência médica deve ser pautada em uma postura humanizada porque, dessa forma, a qualidade do atendimento é melhor.	☐	☐	☐	☐
3. As condições socioeconômicas de uma população não definem o seu padrão de saúde.	☐	☐	☐	☐
4. No processo de formação da FCM/UNICAMP deseja-se uma integração maior entre o curso básico e o clínico.	☐	☐	☐	☐
5. O trabalho docente coletivo envolve muitas dificuldades a serem superadas.	☐	☐	☐	☐
6. A avaliação de aprendizagem de um módulo é decorrência dos objetivos estabelecidos nele.	☐	☐	☐	☐
7. A assistência médica prevê a participação de vários profissionais da área da saúde.	☐	☐	☐	☐
8. A reestruturação curricular da FCM/UNICAMP não tem objetivos bem definidos.	☐	☐	☐	☐
9. Humanizar uma ação médica é estimular nos alunos a capacidade de ouvir.	☐	☐	☐	☐
10. Interdisciplinaridade é uma forma de trabalho pedagógico que prevê que todos os envolvidos conheçam o conteúdo de todas as disciplinas desenvolvidas.	☐	☐	☐	☐
11. Um diagnóstico médico depende de diagnósticos de vários especialistas da área da saúde.	☐	☐	☐	☐

	CP	IC	ID	DP
12. O aluno da FCM/UNICAMP é colocado mais precocemente na comunidade porque isso dá mais densidade à sua formação.	☐	☐	☐	☐
13. Ter noção integral do processo da formação médica é condição fundamental para se trabalhar coletivamente.	☐	☐	☐	☐
14. O que um docente deve avaliar em cada módulo é exatamente o que ele "acordou" com seus alunos.	☐	☐	☐	☐
15. O curso básico da FCM/UNICAMP não deve ser o alicerce para o curso clínico.	☐	☐	☐	☐
16. A junção de várias disciplinas em um módulo levou mais facilmente à determinação de objetivos de aprendizagem.	☐	☐	☐	☐
17. A noção ética do cuidar é um dos pressupostos assumidos pela Reestruturação Curricular da FCM/UNICAMP.	☐	☐	☐	☐
18. Para um trabalho pedagógico ser interdisciplinar, os docentes têm que discutir juntos todos os conteúdos a serem administrados.	☐	☐	☐	☐
19. A reestruturação curricular defende que o conhecimento da realidade de vida da população, por parte dos alunos, estimula uma postura mais crítica.	☐	☐	☐	☐
20. O aluno de medicina deve ser estimulado a "se colocar" no lugar de seu paciente, para poder compreendê-lo melhor.	☐	☐	☐	☐
21. O trabalho em equipe multiprofissional de saúde gera uma assistência médica de melhor qualidade.	☐	☐	☐	☐
22. A construção de valores éticos não é tarefa a ser desenvolvida na escola e, sim, na família.	☐	☐	☐	☐
23. Os conhecimentos da realidade socioeconômica da população são estimulados na Reestruturação Curricular.	☐	☐	☐	☐

	CP	IC	ID	DP
24. A avaliação é um retrato da eficácia do processo de ensino/àprendizagem estabelecido entre um educador e seus educandos.	☐	☐	☐	☐
25. A reestruturação curricular da FCM/UNICAMP não tem objetivos bem conhecidos pelo corpo docente.	☐	☐	☐	☐
26. Um trabalho interdisciplinar prevê que cada disciplina complemente a disciplina anteriormente oferecida.	☐	☐	☐	☐
27. É fundamental a participação dos docentes da clínica na elaboração do conteúdo do curso básico.	☐	☐	☐	☐
28. Flexibilidade e capacidade de adaptação são características do trabalho desenvolvido na FCM/UNICAMP.	☐	☐	☐	☐
29. O trabalho docente integrado é o meio escolhido para a efetivação da Reestruturação Curricular da FCM/UNICAMP.	☐	☐	☐	☐
30. A avaliação pode, por ser mal construída, não retratar o conhecimento construído pelos alunos.	☐	☐	☐	☐
31. A definição do conteúdo do curso básico da FCM/UNICAMP é definida em função do que será prioritário no curso clínico.	☐	☐	☐	☐
32. Trabalhar em equipe multiprofissional é um conceito a ser ensinado durante o processo de formação em medicina.	☐	☐	☐	☐
33. O trabalho pedagógico de estabelecer objetivos de aprendizagem é mais facilmente alcançado no formato de módulos em vez de disciplinas.	☐	☐	☐	☐
34. A inserção mais precoce dos alunos na comunidade estimula sua relação interpessoal, o que contribui para um raciocínio clínico de maior qualidade.	☐	☐	☐	☐
35. Para ser um bom médico, é imprescindível ser ético.	☐	☐	☐	☐

	CP	IC	ID	DP
36. Ao trabalharmos em equipe multiprofissional ,podemos entender o processo de adoecimento e de cura de forma mais ampla.	☐	☐	☐	☐
37. A competência técnica não está relacionada à competência ética.	☐	☐	☐	☐
38. O trabalho em módulos prevê que os docentes tenham experiência em trabalhar de forma interdisciplinar.	☐	☐	☐	☐
39. Acolhimento, atenção e bom senso são características que a FCM/UNICAMP se propõe a desenvolver nos alunos.	☐	☐	☐	☐
40.A avaliação pode ser um dos retornos que o docente tem em relação ao seu trabalho pedagógico.	☐	☐	☐	☐
41. O docente do curso clínico não deve relacionar seus casos clínicos ao conteúdo do curso básico.	☐	☐	☐	☐
42. No processo de formação médica, a discussão sobre ética deve estar presente em todos os módulos.	☐	☐	☐	☐
43. O estabelecimento de objetivos de aprendizagem está intimamente ligado ao que comporá o processo de avaliação.	☐	☐	☐	☐
44. Para se trabalhar de forma coletiva na docência, é importante ter-se objetivos comuns.	☐	☐	☐	☐
45. O docente do curso básico não deve relacionar o seu conteúdo à casos clínicos.	☐	☐	☐	☐
46. A compreensão política, histórica e cultural de uma população dá mais elementos aos alunos da FCM/UNICAMP no seu raciocínio clínico.	☐	☐	☐	☐
47. A humanização da assistência médica é um dos objetivos da Reestruturação Curricular.	☐	☐	☐	☐
48. Um trabalho interdisciplinar prevê que haja pontos comuns a serem desenvolvidos entre os docentes.	☐	☐	☐	☐

Use o espaço a seguir para comentários adicionais que, na sua opinião, sejam relevantes:

Suas respostas neste levantamento terão caráter sigiloso.

APÊNDICE D

VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO ATITUDINAL

A validação do instrumento atitudinal está baseada em BRUNO (1999) e consta de validação de asserção e confiabilidade do instrumento, como segue.

4.1 Análise da Validade das Asserções

Esta análise visa assegurar que houve dispersão mínima de respostas entre os respondentes em relação à escala atitudinal proposta e que existe consistência entre pontuação baixa na asserção e pontuação total baixa no instrumento e vice-versa. Essa análise foi feita utilizando-se o recurso estatístico do cálculo do coeficiente de correlação linear (r), uma vez que, como se pode observar na fórmula (1) abaixo, (x) refere-se à resposta do respondente na asserção em análise e (y) refere-se à pontuação total do respondente no instrumento.

$$r = \frac{\sum x.y - \frac{(\sum x).(\sum y)}{N}}{\sqrt{[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N}].[\frac{\sum y^2 - (\sum y)^2}{N}]}} \qquad (1)$$

O valor de (r) é calculado para todas as asserções na simulação da primeira administração, quando então são utilizados 20% dos instrumentos respondidos, visando à sua depuração com a eliminação das asserções com correlação linear inferior a 0,30.

Na seqüência, o valor de (r) é calculado novamente no que se denomina segunda administração, levando- se em conta apenas as asserções validadas na primeira administração, envolvendo todos os instrumentos respondidos.

Caso alguma asserção ainda apresente correlação linear inferior a 0,20, esta deve ser eliminada do cômputo final de pontos por respondente.

Associa-se à escala atitudinal de concordância plena a discordâcia plena, com termos intermediários, inclinado a concordar e inclinado a discordar, uma escala numérica de intervalo constante que, neste caso, será de 4, 3, 2, e 1 ou 1, 2, 3, e 4, dependendo do fato de a asserção ser favorável ou desfavorável, visando possibilitar a aplicação de estatística paramétrica, cálculo das médias e coeficientes de correlação linear (r) (BRUNO, 1999). (ANEXO VI).

A Tabela II – Resultados da Análise de Asserção, mostra os resultados da análise de asserção da primeira (piloto) e da segunda administração do instrumento.

Tabela II – Resultados da Análise de Asserção

Asserção (extremos da escala 1 a 4)	Primeira Administração (N = 30)		Segunda Administração (N = 150)		
	x_1	r_1	x_2	r_2	
A1	3,00	0,57	3,17	0,47	
A2	3,80	0,32	3,93	0,31	
A3	3,20	-0,31	cancelada		
A4	3,20	0,67	3,50	0,67	
A5	3,47	0,09	cancelada		
A6	2,73	0,01	cancelada		
A7	3,87	0,11	cancelada		
A8	3,07	0,65	3,17	0,53	
A9	3,33	0,28	3,37	0,18	(cancelada)
A10	2,67	0,65	2,67	0,40	
A11	2,20	0,66	2,33	0,35	
A12	3,20	0,57	3,10	0,55	
A13	3,47	0,29	3,32	0,30	
A14	2,80	0,67	2,93	0,51	
A15	3,47	0,52	3,47	0,36	
A16	3,07	0,69	2,87	0,45	
A17	3,13	0,56	3,50	0,61	
A18	3,47	0,62	3,63	0,42	
A19	3,40	0,66	3,63	0,48	
A20	3,53	0,32	3,46	0,13	(cancelada)
A21	3,60	0,19	cancelada		
A22	3,53	-0,20	cancelada		
A23	3,13	0,79	3,33	0,68	
A24	2,93	0,78	2,88	0,55	
A25	2,60	0,56	2,35	0,26	
A26	2,87	0,65	3,23	0,53	
A27	3,87	0,30	3,63	0,27	
A28	2,73	0,75	2,65	0,52	
A29	3,27	0,12	cancelada		
A30	3,80	-0,37	cancelada		
A31	2,47	0,35	2,68	0,28	
A32	3,67	0,14	cancelada		
A33	3,07	0,69	3,28	0,56	
A34	3,47	0,22	3,52	0,28	
A35	3,67	-0,10	cancelada		
A36	3,60	0,10	cancelada		
A37	1,93	0,39	2,45	0,22	
A38	3,20	-0,04	cancelada		
A39	3,27	0,73	3,37	0,54	
A40	3,33	0,65	3,35	0,47	
A41	3,47	0,43	3,75	0,35	
A42	3,20	0,09	cancelada		
A43	3,13	0,67	3,33	0,35	
A44	3,53	0,67	3,62	0,50	
A45	3,80	0,49	3,85	0,48	
A46	3,47	0,05	cancelada		
A47	3,60	0,72	3,77	0,64	
A48	3,60	0,57	3,75	0,36	

Chave: X = Média por asserção

r = coeficiente de correlação linear entre pontuação no item e total de pontos no instrumento por respondente.

Os dados da análise revelaram:

1. **Primeira (piloto) Administração:**
   A. O valor médio por asserção do instrumento envolvendo 30 respondentes escolhidos aleatoriamente foi de 3,24.
   B. As correlações lineares entre pontuação na asserção e total de pontos no instrumento todo (r_1) foram extremamente baixas ($r_1 < 0,30$) nas asserções 5, 6, 7, 21, 29, 32, 36, 42,e 46, sendo, inclusive, negativas nas asserções 3, 22, 30, 35 e 38, portanto essas asserções foram desconsideradas do cálculo final de pontos.

O objetivo de se simular, por meio da separação de 20% da amostra dos respondentes, uma primeira administração é a depuração do instrumento das asserções que tendem a ser um fato, uma vez que este tipo de instrumento procura conhecer a atitude dos respondentes em situações que dão margem a diferentes percepções.

2. **Segunda Administração:**
   A. O valor médio por asserção do instrumento envolvendo toda a amostra (150 respondentes) foi de 3,25, levando-se em conta somente as asserções validadas (r_2 maior e igual 0,20).
   B. As correlações entre pontuação na asserção e pontuação no instrumento todo (r_2) foram extremamente baixas ($r_2 < 0,20$) nas asserções 9 e 20, portanto essas asserções foram desconsideradas do cômputo final.

A média da segunda administração, 3,25, difere muito pouco da média da primeira administração, denotando consistência do instrumento, em que

pese a perda de 16 asserções em um total de 48. Note-se que as asserções perdidas não implicaram a perda de nenhuma dimensão pesquisada.

4.2 Análise da Confiabilidade do Instrumento de Medição

A forma mais direta para se verificar a confiabilidade de um instrumento é aplicá-lo a um grupo de pessoas, esperar um período de tempo e então reaplicá-lo ao mesmo grupo. O coeficiente de correlação envolvendo o total de pontos por respondente entre a primeira e a segunda aplicação é conhecido como coeficiente de confiabilidade e o procedimento utilizado chama-se método do teste-reteste (SCHIMIDT, 1975). Neste trabalho, será utilizado o método *split-half* (divisão ao meio), conforme descrito por RITZ, (2000), que implica aplicar o instrumento ao grupo uma só vez e computar, para cada respondente, a soma dos pontos das asserções ímpares e, separadamente, a soma dos pontos das asserções pares, simulando, portanto, duas aplicações do instrumento, procedendo-se, a seguir, ao cálculo do coeficiente de correlação linear entre os valores mencionados, envolvendo todas as pessoas do grupo pesquisado. Na seqüência, calcula-se o coeficiente de confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Spearman-Brown (SCHIMIDT, 1975), objetivando-se conhecer qual a porcentagem do tempo que o mesmo grupo responderia da mesma forma ao instrumento, sendo o critério de aceitação um mínimo de 80%, equivalendo a R igual ou maior que 0,80.

Os resultados de confiabilidade do instrumento são reportados na Tabela III. O coeficiente de confiabilidade de teste- reteste foi acima de 0,80, o que significa que o instrumento é satisfatório quanto ao quesito confiabilidade. A técnica de divisão ao meio ("split – half techique") foi usada, por razões práticas, possibilitando somente uma aplicação, já que a amostra correspondia a 150 pessoas. Portanto o coeficiente de confiabilidade final (R) foi calculado pela fórmula de Spearman – Brown, como segue:

$$R = \frac{2.r}{1+r} \qquad (2)$$

sendo, r e o coeficiente de correlação linear correlacionando as somas dos pontos das asserções pares e ímpares aprovadas do instrumento por respondente.

Tabela III – Sumário dos Resultados de Confiabilidade

Número de Asserções Validadas	Confiabilidade r	Teste – Reteste (N = 150) R
32	0,75	0,86

Chave: r = coeficiente de correlação linear entre total de pontos na metade ímpar do instrumento e o total de pontos na metade par do instrumento, considerando-se somente as asserções validadas.

R = coeficiente final de confiabilidade após correção de Spearman-Brown.