

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

TATIANA JISSELLE JANGO RIBEIRO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DISCENTE DA DISCIPLINA ATENÇÃO À SAÚDE DA
COMUNIDADE I**

RIBEIRÃO PRETO

2009

TATIANA JISSELLE JANGO RIBEIRO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DISCENTE DA DISCIPLINA ATENÇÃO À SAÚDE DA
COMUNIDADE I**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aldáisa C. Forster

RIBEIRÃO PRETO

2009

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta dissertação, por qualquer meio, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

SILVA, Tatiana Jisselle Jango Ribeiro da.
Avaliação discente da disciplina Atenção à Saúde da
Comunidade I. Ribeirão Preto, 2009.
145 p.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de
concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: FORSTER, Aldaísa Cassanho

1. Educação Médica. 2. Metodologias inovadoras de ensino-
aprendizagem. 3. Avaliação discente de disciplina.

TATIANA JISSELLE JANGO RIBEIRO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DISCENTE DA DISCIPLINA ATENÇÃO À SAÚDE DA
COMUNIDADE I**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, área de concentração: Saúde na Comunidade

Data da Aprovação: 19/11/2009

Prof^a. Dr^a. Aldaísa Cassanho Forster
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncon
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Gilberto Tadeu Shinyashiki
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo

Ao Ruy Junior, pelo apoio e incentivo, pela paciência e compreensão, pelas longas horas de escuta e, principalmente, por acreditar sempre na minha capacidade, mesmo quando eu mesma já não acreditava... Seria impossível dar mais esse importante passo sem você...

Ao Ruy Neto por ser a alegria da minha vida, tornando-a repleta de momentos muito lindos e abençoados e por ter aprendido a me dividir com o computador...

À Laís que, mesmo sem saber, esteve comigo enquanto me dedicava à etapa final desse trabalho...

Amo muito vocês!

À Profª *Aldaísa*,

...que, independente dos obstáculos, sempre se mostrou disposta a me acompanhar nesse percurso, não me deixando sozinha nunca;

...compartilhou comigo seus conhecimentos e experiências, profissionais e de vida, sempre com muito carinho;

...manteve a serenidade, a paciência e o bom humor;

...acreditou em minhas idéias e em meu potencial, mesmo quando eu mesma já não acreditava mais...

Todo agradecimento ainda será pouco!

AGRADECIMENTOS

À *Deus*, sempre presente em todos os momentos da minha vida;

Aos *meus pais*, que me ensinaram o valor do conhecimento;

À *Ana Cláudia*, que me mostrou como ser confiante, perseverante e alegre sempre;

Aos *Professores*, que compartilharam comigo seus saberes;

Ao *Prof. Laércio*, pelo meu crescimento e amadurecimento no início dessa jornada;

Ao *Prof. Edson*, sempre pronto a me ajudar e preocupado com meu sucesso;

À *Prof.^a Gleice*, sempre presente, em todos os momentos que precisei dela;

À *Prof.^a Patrícia*, que tomou para si minhas dificuldades, como se fossem suas, me ajudando a superá-las, e acabou se tornando co-responsável por transformar um conjunto de idéias em um trabalho científico;

Ao querido *Prof. Ruffina*, que nunca mediu esforços para me ajudar, me fazendo ver quão valiosas eram minhas idéias e aspirações;

À *Mônica* e à *Carol*, sempre atenciosas e carinhosas comigo;

À *Solange* pela paciência infinita, carinho e disposição em ajudar;

À *Rosane* pelo auxílio durante a preparação dos dados para análise;

Aos *estudantes*, que permitiram, com sua participação, que eu realizasse esse trabalho.

Obrigada!

***“As condições nunca são perfeitas.
As pessoas que adiam a ação até que
todos os fatores sejam favoráveis são
as do tipo que não farão nada.”***

Willian Feather

RESUMO

Em 1948, a cidade de Ribeirão Preto foi contemplada com uma faculdade de medicina, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), cujas primeiras aulas foram ministradas em maio de 1952. Desde sempre, essa faculdade se dedicou à pesquisa e à formação pós-graduada, no entanto, a formação oferecida durante o ensino médico de graduação nunca deixou de ser uma preocupação constante. Mesmo tendo sofrido uma extensa reforma curricular, aprovada em 1992, implantada em 1993 e completada em 1998, o curso de ciências médicas da FMRP sofreu, após a aprovação das novas diretrizes curriculares nacionais para cursos de medicina, em 2001, uma revisão curricular, aprovada, em 2007, e implementada, em 2008, que determinou o desenvolvimento de atividades de forma articulada ao longo dos anos pela introdução de eixos longitudinais de formação. A Atenção à Saúde da Comunidade I ou, simplesmente, ASCI, foi a primeira disciplina do eixo Atenção à Saúde da Família e da Comunidade. Este estudo teve por objetivo realizar uma avaliação discente da disciplina ASCI, em seu primeiro ano de inclusão na grade curricular, identificando o que deveria permanecer, o que requereria aperfeiçoamento e o que deveria ser abandonado, obtendo, ainda, sugestões que permitissem introduzir, nos próximos anos, mudanças que aumentassem a efetividade do processo ensino-aprendizagem dos estudantes. Considerando a complexidade do objeto a ser estudado, uma abordagem metodológica quantitativa-qualitativa que permitisse tanto a identificação de indicadores e tendências quantificáveis quanto de percepções e sugestões, foi adotada. A população de estudo escolhida foi: todos os estudantes do curso de ciências médicas da FMRP matriculados na disciplina ASCI, no ano de 2008, totalizando 103 indivíduos. Optou-se pela construção de um instrumento de coleta de dados específico para essa pesquisa composto por: um questionário estruturado auto-aplicável capaz de caracterizar a população e quantificar as percepções discentes sobre cada variável estudada, uma questão não estruturada, destinada a captar evidências sobre a construção de um novo conhecimento a respeito da promoção da saúde e prevenção de doenças em uma comunidade, e um espaço para comentários e sugestões sobre a disciplina. Para a etapa quantitativa do estudo, foram escolhidas

como variáveis as características da disciplina: objetivo, metodologia de ensino-aprendizagem, conteúdos, diversificação de cenários, aprendizagem por meio de vivências, interação com a comunidade, tutoria, divisão em pequenos grupos, discussões em grupo, comunicação mediada por computador, metodologias de avaliação e carga horária. A coleta de dados ocorreu entre os dias 24 de novembro e 02 de dezembro de 2008. Os resultados quantitativos obtidos apontaram altos índices de aprovação discente à disciplina e os qualitativos, a construção de uma percepção discente adequada aos objetivos educacionais da disciplina incluindo a modificação do conceito sobre saúde e a aproximação entre discentes e seu futuro objeto de trabalho. Além disso, a população estudada demonstrou grande preocupação em contribuir para que a disciplina se tornasse, durante os próximos anos, ainda mais efetiva no cumprimento de seu objetivo educacional.

Palavras-chave: Educação Médica. Metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem. Avaliação discente de disciplina.

ABSTRACT

In 1948, the town of Ribeirão Preto was benefited by a faculty of medicine, the *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP)*, whose first classes were taught on May, 1952. Historically, this faculty has been focused in research and post-graduation training, however, the training offered during the medical graduation has always been a frequent concern. Even after an extensive curricular reforming, which was approved in 1992, introduced in 1993 and completed in 1998, the FMRP Medical Sciences Course passed through a curricular revision; that happened in consequence of the approval of the new national curriculum guidelines for courses in medicine in 2001, agreed in 2007, and implemented in 2008, which determined the articulated activities' development over the years by the introduction of longitudinal axes of training. The *Atenção à Saúde da Comunidade I* (Attention to the Community's Health I) or, simply, *ASCI*, was the first subject from the axis *Atenção à Saúde da Família e da Comunidade* (Attention to Family and Community's Health). This study aims to perform a student's assessment of the subject *ASCI* in its first year of curricular inclusion, identifying what should remain, what should be improved and what should be forsaken, obtaining, yet, suggestions that would permit to introduce, in the years to come, changes that would increase the students' teaching and learning process' effectiveness. Considering the complexity of the object to be studied, a quantitative and qualitative approach, that would allow even the identification of indicators and quantifying trends or perceptions and suggestions, was adopted. The chosen population for this study was: all the FMRP Medical Sciences course students enrolled in the subject *ASCI*, in the year of 2008, adding up 103 people. It was chosen for this research the construction of a specific data collection instrument composed by: a self applicable structured questionnaire that was able to characterize the population and quantify the students' perceptions about each variable studied; a non-structured question, designated to absorb evidence about the construction of a new knowledge area concerning the health promotion and prevention of illnesses in a community; and a space for comments and suggestions about the subject. For the quantitative step of this study, were chosen as variables these subject's features: objective, teaching and learning methods, contents, scenery

diversification, learning through experience, interacting with the community, mentoring, working in small groups, group discussions, computer mediated communication, assessment methods and working hours. The data collection occurred between the days November 24th and December 2nd, 2008. The obtained quantitative results reveal high approval rates of the students in the subject and the qualitative demonstrated the students' construction of a perception that corresponds to the educational aims of the subject, including the change in their concept about health and the approximation between them and their future work object. Besides, the studied population demonstrated a big concern in contributing so the subject would become, over the years, even more effective as fulfilling its educational goals.

Key-words: Medical Education; Innovative Teaching and Learning Methods; Student Assessment to a Subject.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Medicina e ensino médico.....	20
3.1.1. <i>Das origens até o século XX</i>	20
3.1.2 <i>O século XX e a transição paradigmática</i>	25
3.2 Medicina e ensino médico na América Latina.....	31
3.3 Medicina e ensino médico no Brasil.....	33
3.4 Medicina e ensino médico na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.....	47
4 METODOLOGIA	55
4.1 Objeto de estudo.....	56
4.1.1 <i>Aspectos relevantes da disciplina</i>	56
4.1.1.1 <u>Objetivo</u>	56
4.1.1.2 <u>Metodologia de ensino-aprendizagem</u>	57
4.1.1.3 <u>Conteúdos</u>	58
4.1.1.4 <u>Diversificação de cenários, aprendizagem por meio de vivências e interação com a comunidade</u>	60
4.1.1.5 <u>Tutoria, divisão em pequenos grupos e discussões em grupo</u>	62
4.1.1.6 <u>Comunicação mediada por computador como ferramenta de suporte ao processo ensino-aprendizagem</u>	64
4.1.1.7 <u>Metodologias de avaliação</u>	65

4.1.1.8 <u>Carga horária</u>	66
4.2 Abordagem metodológica adotada.....	66
4.3 Variáveis de estudo.....	67
4.4 População de estudo.....	68
4.5 Instrumento de coleta de dados.....	68
4.5.1 <i>Pré-teste do instrumento de coleta de dados</i>	70
4.6 Coleta dos dados.....	73
4.7 Análise dos dados coletados.....	73
4.8 Aspectos éticos envolvidos no estudo.....	74
4.9 Limitações do estudo.....	75
4.10 Benefícios do estudo.....	76
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	77
5.1 Caracterização discente.....	78
5.1.1 <i>Distribuição segundo sexo</i>	78
5.1.2 <i>Distribuição segundo idade</i>	79
5.1.3 <i>Distribuição segundo opção precoce por especialidade</i>	81
5.2 Percepções discentes sobre a disciplina ASCI.....	84
5.2.1 <i>Objetivo</i>	84
5.2.2 <i>Metodologia de ensino-aprendizagem</i>	85
5.2.3 <i>Conteúdos</i>	86
5.2.4 <i>Diversificação de cenários, aprendizagem por meio de vivências e interação com a comunidade</i>	90
5.2.5 <i>Tutoria, divisão em pequenos grupos e discussões em grupo</i>	93

<i>5.2.6 Comunicação mediada por computador como ferramenta de suporte ao processo ensino-aprendizagem.....</i>	96
<i>5.2.7 Metodologias de avaliação.....</i>	98
<i>5.2.8 Carga horária.....</i>	99
5.3 Avaliação discente da disciplina ASCI.....	100
5.4 Promoção da saúde de uma comunidade.....	102
5.5 Comentários e sugestões dos discentes sobre a disciplina ASCI.....	104
6 DISCUSSÃO.....	108
7 CONCLUSÕES.....	112
REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICES.....	124
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados (Pré-teste).....	127
APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados (Consolidado).....	135
ANEXOS.....	143
ANEXO A – Comprovante de aprovação para realização do estudo junto à Comissão de Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.....	144
ANEXO B – Comprovante de aprovação para realização do estudo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.....	145

1 *I*NTRODUÇÃO

Desde a fundação das primeiras escolas médicas no Brasil, mas, sobretudo, a partir da década de 70, após grande crescimento do número de cursos para formação médica, coube a cada instituição de ensino traçar objetivos educacionais para seus cursos de graduação. O resultado disso foi uma coexistência, no mercado de trabalho, de médicos aptos ao exercício da profissão, porém com formação profissional bastante diversificada.

Ao longo de seus mais de 50 anos de existência, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, sempre enfatizou a pesquisa, tornando-se uma referência tanto nas ciências de base quanto nas especializadas. Mesmo assim, nunca negligenciou suas responsabilidades com o ensino e a prestação de serviços à comunidade, implementando ações que permitissem sua adequação às necessidades do sistema de saúde vigente e fossem capazes de tornar o processo ensino-aprendizagem de seus estudantes cada vez mais efetivo.

A ocorrência do processo de redemocratização política no país permitiu que o movimento para a Reforma Sanitária transformasse drasticamente a maneira de se pensar a saúde no Brasil. Criou-se o Sistema Único de Saúde e, posteriormente, a estratégia do Saúde da Família se difundiu por todo o país. Com isso, surgiu a necessidade de que os profissionais de saúde, acima de tudo, os médicos, modificassem seus paradigmas e sua maneira de prestar assistência à saúde da população.

No intuito de orientar o perfil do médico a ser formado o Estado aprovou novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina e começou a estabelecer ações para o favorecimento das mudanças necessárias. Dessa forma, cada escola, por mais autônoma que fosse quanto à definição de seus objetivos educacionais e à escolha do perfil de seus egressos, foi chamada a seguir essas novas diretrizes.

Foi nesse contexto que a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, após uma revisão curricular aprovada em 2007, introduziu na grade curricular do curso de ciências médicas, no ano letivo de 2008, a disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I. Essa ação foi tomada na expectativa de promover a aproximação entre estudantes e serviços de saúde, e entre eles e a comunidade, já no início do curso, de forma a adequar a formação oferecida às necessidades do novo sistema de saúde instituído no país e às exigências das novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina.

*20*BJETIVO

Este estudo tem por objetivo realizar uma avaliação discente da disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I em seu primeiro ano de inclusão na grade curricular do curso de ciências médicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, identificando o que deve permanecer, o que requer aperfeiçoamento e o que deve ser abandonado, obtendo sugestões que permitam introduzir, nos próximos anos, mudanças que aumentem a efetividade do processo ensino-aprendizagem dos estudantes.

3 *R*EFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Medicina e ensino médico

3.1.1. *Das origens até o século XX*

A evolução da medicina acompanha a própria evolução da humanidade. Desde o início dos tempos, o homem tenta entender a origem dos seus males objetivando com isso evitá-los ou combatê-los. Sua primeira crença foi de que os males que o acometiam seriam: uma forma de castigo enviada pelos Deuses, conseqüência da ação dos espíritos ou efeito das feitiçarias lançadas por outros homens. Em suma, a origem dos males seria o sobrenatural e, por isso mesmo, a “doença” teria intensa ligação com as religiões e sua cura se daria, conseqüentemente, por meio de magias, encantamentos, amuletos e poções. (OLIVEIRA, 1981).

Essa ligação entre medicina e religião persistiu ao longo dos séculos. No entanto, apesar de forte, ela não foi capaz de impedir que os povos da Antiguidade se empenhassem na busca de explicações mais racionais para a origem dos males. Cada civilização, a sua maneira, se dedicou ao estudo da anatomia e da fisiologia humana e à observação dos doentes e da evolução das doenças, deixando seus registros. Além disso, em muitas culturas, o uso de ervas, associado aos encantamentos e magias, era prática comum e o modo de prepará-las também foi objeto de registro. Assim cada povo foi deixando à humanidade sua contribuição, que foi sendo aperfeiçoada e repassada geração a geração. (OLIVEIRA, 1981).

Dentre todas as civilizações da Antiguidade, Grécia e Roma foram as que mais contribuíram para a evolução da prática médica. E, ao considerarmos a influência greco-romana, o nome de maior destaque é, com certeza, o do grego Hipócrates. Considerado o “Pai da Medicina”, seus estudos distanciaram a prática médica do sobrenatural, trazendo-a para o campo racional e lógico. Além disso, sua contribuição para a ética médica foi, e ainda continua sendo, incalculável, bastando dizer que o “Juramento Hipocrático”, que versa sobre ética, solidariedade e respeito, é, até os dias de hoje, o juramento prestado pelo médico ao receber seu título. (OLIVEIRA, 1981).

Oliveira (1981, p 81), ao escrever sobre Hipócrates, resume bem sua contribuição e sua importância:

À guisa de conclusão podemos resumir o capítulo dizendo ser Hipócrates um dos mais altos picos da evolução da medicina; seus escritos, denominados *Corpus Hippocraticum* incluírem obras de sua lavra ao lado de contribuições de precursores e contemporâneos; sua doutrina basear-se na observação serena e cuidadosa dos doentes, na comparação dos fatos observados para determinação de analogias e correspondências; respeito às reações defensivas da natureza; emprego de medidas suaves para auxiliar a cura; escrupuloso cuidado em não perturbar as reações salutares do organismo; e, por fim, na obediência às mais puras regras de ética médica.

Nesse mesmo período histórico, entre os vários seguidores das idéias de Hipócrates, um acabou por se destacar: Galeno, um romano que tentou trazer a exatidão da matemática à medicina com o objetivo de torná-la uma ciência. No entanto, esse objetivo ainda estava um pouco longe de ser alcançado, uma vez que, nessa época, o conhecimento científico era, ainda, muito limitado. O que ele não compreendia pela observação, acabava desvendada pela utilização de engenhosa criatividade e, a esse respeito, foi escrito: “enquanto Hipócrates se limita a constatar – na procura de cabedal para chegar a algo novo – Galeno aproveita os fatos para moldá-los dentro das suas apriorísticas teorias.” (OLIVEIRA, 1981, p 105).

Apesar disso, Oliveira (1981, p 105) afirma que Galeno acabou por influenciar muito mais a medicina nos tempos que o sucederam do que o próprio Hipócrates:

Quem mais influiu na medicina desde então? Galeno, e não Hipócrates; pois este foi sendo aos poucos esquecido, enquanto iam surgindo médicos ainda mais galenistas que o próprio Galeno [...] [Foi ele quem] condensou tudo quanto Hipócrates e os demais tinham deixado como contribuição, mas o fez à sua maneira, dentro do saber da época.

Além de ter dado ao mundo e a medicina Hipócrates, a Grécia foi o berço das escolas médicas. Até então, era comum que a medicina fosse ensinada individualmente e de forma prática, ou seja, um mentor, com prática em medicina, ensinava sua arte a um discípulo e, na maioria das vezes, isso se dava entre pai e filho. Com o passar do tempo alguns mentores foram acumulando discípulos ao seu redor e, de uma forma muito natural, as escolas para o ensino da medicina foram surgindo, centradas em torno de cada um desses mentores. (OLIVEIRA, 1981).

Ao longo de vários séculos, observação do doente, juntamente com o estudo da anatomia, da fisiologia e das ervas, se firmaram como o objeto de estudo dos praticantes da medicina tornando-se fonte dos principais progressos em termos de conhecimento do processo saúde-doença e estabelecimento de terapias. Porém,

ocorre uma consolidação da doutrina cristã, materializada na figura da igreja, e esta passa a ter papel ativo, durante boa parte da Idade Média, na definição de padrões sociais a serem seguidos, crenças e rumos do desenvolvimento cultural, filosófico e científico das civilizações. Disso resultam grandes obstáculos e, muitas vezes, até impedimentos à ampliação do conhecimento. A arbitrariedade excessiva a que ficou subjogado esse período acabou por desencadear um processo de profundas mudanças, culturais, sociais, econômicas, políticas e religiosas chamado Renascimento, abarcando a transição entre Idade Média e Idade Moderna, séculos XIII à XVII. A partir dessa época, todo tipo de conhecimento pôde novamente avançar. (RENASCIMENTO, s/d).

O Renascimento teve como principal característica o desenvolvimento do humanismo, uma corrente de pensamento que enfatizava a valorização do humano em detrimento do divino. Este pensamento humanista aliado ao emprego do senso crítico na observação dos fenômenos naturais, à invenção da imprensa e à reforma religiosa foram os desencadeadores de uma revolução que incentivava o desenvolvimento das ciências, Revolução Científica, a partir do século XVII. Um último ingrediente dessa revolução foi o encorajamento do uso da matemática para relacionar grandezas e demonstrar verdades permitindo que esse método científico de estudo dos fenômenos fosse um método rigoroso e crítico acabando por modificar a forma de se fazer ciência. (REVOLUÇÃO..., s/d).

A Revolução Científica precedeu o século das luzes, século XVIII, assim denominado devido à forte influência que sofreu do Iluminismo. Durante esse século tentou-se superar, definitivamente, a tirania e a superstição, tão comuns durante os séculos que precederam o Renascimento. Para tanto, o progresso humano, baseado no conhecimento racional e crítico, foi incentivado, havendo uma tentativa de importar o modelo de estudo dos fenômenos físicos, muito desenvolvido durante a Revolução Científica, para o estudo e compreensão dos fenômenos humanos e culturais, entre eles o processo de adoecimento e de cura. Foi durante o século XVIII que grandes mudanças ocorreram na medicina. (ILUMINISMO, s/d).

Surgem as primeiras preocupações com a saúde coletiva em vários países da Europa. As epidemias passam a preocupar os governos levando-os a acreditar na necessidade de, não somente tratar a população doente, mas também evitar seu adoecimento, requerendo um entendimento dos mecanismos que desencadeariam tal processo. Houve grande preocupação com relação à parcela de pessoas

privadas de cuidados médicos, à falta de saneamento básico e higiene e à necessidade de se controlar epidemias. O poder público passou a investir na medicina coletiva e a pensar numa forma de atender a todos minimizando a ocorrência de doenças. Com isso, em alguns países, médicos foram contratados para estudar e melhorar a saúde das populações. (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Outro avanço na área da medicina diz respeito ao entendimento sobre o processo saúde-doença que, até meados do século XVIII, devia-se quase que exclusivamente à observação passiva do doente, acrescido de investigação sobre as condições de vida do mesmo antes de adoecer e primeiros sinais por ele observados durante o início da doença. O único recurso do médico era tentar estabelecer padrões de desenvolvimento desses sinais para com isso caracterizar cada doença diferenciando-as umas das outras. Porém, o estudo da patologia em cadáveres, impulsionado pelos médicos franceses, acabou revolucionando essa visão do processo saúde-doença. (FOUCAULT, 1980).

Esses médicos passaram a estudar as principais modificações causadas pelas doenças no corpo humano no período imediatamente posterior à morte na tentativa de classificar as doenças não por seus sinais no organismo vivo, mas sim pelos danos por elas provocados ou, mais especificamente, pelos órgãos que cada uma delas atingia. Demorou um tempo para que observação dos sinais no doente e estudos patológicos pós-morte se tornassem partes de um único método de classificação das doenças, mas já no século XIX isto pôde ser observado. (FOUCAULT, 1980).

Tal método de estudo da doença tentava estabelecer a ordem cronológica em que cada órgão era atingido, permitindo assim um entendimento mais completo de como cada doença se desenvolvia. Aliado a isso, ainda no século XIX, tornou-se comum, por influência direta do método científico de estudo, que as observações, tanto dos sinais quanto patológicas pós-morte, não fossem apenas passivas, ou seja, o médico passou a investigar hipóteses indo além da simples observação dos fatos imediatamente visíveis. Dessa forma, a medicina chega ao final desse século grandemente influenciada pela França, na forma de uma medicina clínica, investigativa, mais madura e melhor fundamentada cientificamente. (FOUCAULT, 1980).

Essa medicina clínica adotava os hospitais como locais privilegiados para seu desenvolvimento uma vez que eles representavam uma possibilidade de concentrar, em um só local, ampla gama de “doenças” passíveis de serem estudadas. Era neles que o doente podia ser sistemática e exaustivamente observado pelos médicos e, caso viesse a óbito, poderia se tornar objeto de estudos patológicos pós-morte, contribuindo imensamente para um maior entendimento da doença que o acometeu. (FOUCAULT, 1980).

Em contrapartida, o espaço físico dos hospitais oferecia aos indivíduos proteção contra o agravamento de sua doença, cuidados e terapia adequada. Outro benefício inerente à prática de se concentrar os doentes no hospital era proteger a população do contato com tais pacientes, evitando, assim, a propagação de doenças entre pessoas sadias. Por tudo isso, a medicina clínica acabou por se constituir um modelo hegemônico de prática médica, e também de ensino da medicina, na maioria das escolas médicas da França e de vários outros países. (FOUCAULT, 1980; KEMP; EDLER, 2004).

A cooperação entre hospitais e escolas médicas era o principal fator a contribuir para a fácil aceitação desse modelo de ensino por oferecer aos estudantes amplo espaço prático de pesquisa e aprendizagem. No entanto, enquanto o ensino prático da medicina e o estudo das doenças em hospitais avançavam, o estudo dos organismos sadios e da fisiologia foi ficando a margem do ensino médico. Isso permitiu que institutos científicos independentes acabassem se responsabilizando pela realização desse tipo de pesquisa sem que houvesse nenhuma ligação entre eles e as escolas médicas. Pouco a pouco, esse processo acabou por permitir uma dissociação entre o estudo da doença e o estudo do corpo sadio. (KEMP; EDLER, 2004).

Ao mesmo tempo em que a medicina clínica se fortalecia e se tornava referência para o ensino médico, na Alemanha, era fundada, após amplo debate teórico, a Universidade de Berlim, em 1810. Nela defendia-se a pesquisa como a função primordial de uma universidade ao lado do ensino, conceito que serviu, mais adiante, como padrão para a reforma das demais universidades desse país. (PAULA, 2002).

De acordo com Paula (2002, p 152) é possível verificar:

...divergências profundas entre as concepções alemã e francesa de universidade. O modelo alemão enfatiza a importância da pesquisa na universidade, e mais do que isto, da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e formação; ao passo que, no modelo francês, a pesquisa não é tarefa primordial da universidade, havendo dissociação entre universidades, que se dedicam fundamentalmente ao ensino, e "grandes escolas", voltadas para a pesquisa e a formação profissional de alto nível. Enquanto o modelo francês volta-se para a formação especializada e profissionalizante, via escolas isoladas; o alemão enfatiza a formação geral, científica e humanista, com enfoque na totalidade e universalidade do saber e na consequente importância da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras como órgão central da universidade. [...] Enquanto a *intelligentzia* francesa possuía forte vínculo com o Estado e com a política napoleônica, os intelectuais alemães mantinham uma posição de maior independência frente aos poderes políticos instituídos.

Esse modelo alemão de ensino da medicina acabou indo ao encontro das necessidades de mudança no ensino que vinham sendo sentida pelos países que, a exemplo da França, adotavam a medicina clínica. Neles já havia começado a existir a preocupação com a reorganização da educação médica de forma que essa englobasse não só a clínica, mas também a pesquisa experimental, responsável pelo desenvolvimento da ciência médica. Talvez por isso, ainda na segunda metade do século XIX, a influência da medicina Alemã tenha começado a aumentar, apesar de todo o êxito e hegemonia da medicina clínica. (KEMP; EDLER, 2004).

3.1.2 O século XX e a transição paradigmática

Até o início do século XX, as nações européias mantinham sobre o restante do mundo grande influência econômica e cultural. Porém, com as grandes Guerras Mundiais (1914 à 1918, I Guerra Mundial e 1939 à 1945, II Guerra Mundial), nações como Espanha, Portugal, França, Alemanha e Reino Unido cederam essa posição hegemônica para os Estados Unidos da América (EUA). (ALMEIDA, 2001).

Os EUA, ex-colônia inglesa, teve sua independência oficialmente aceita em 1783, pelo Tratado de Paris. Durante todo o século XIX, essa nação se fortaleceu econômica e militarmente, passando por um intenso aumento populacional, uma grande expansão territorial e evoluindo política e socialmente. Além disso, em todo o país ocorreu um processo intenso de urbanização e industrialização, que avançou até o início do século seguinte, e uma extensa malha ferroviária foi construída,

principalmente, no norte. Tudo isso resultou em uma economia desenvolvida e estável com qualidade de vida urbana e em grande influência e prestígio internacional. (HISTÓRIA..., s/d).

Como já foi exposto, o século XIX foi um período marcado por grandes inovações tanto na prática quanto no ensino da medicina em países europeus, principalmente França e Alemanha, que chegavam aos demais países e, após uma interação com a estrutura institucional vigente, eram reinterpretadas alcançando novos significados. Num primeiro momento foram as inovações francesas que acabaram sendo importadas, ainda que de forma fraca e parcial, pelos EUA, e, já no fim desse mesmo século, as inovações alemãs começaram a chegar conquistando adeptos interessados na especialização e em ingressar na elite médica. (KEMP; EDLER, 2004).

No final desse século, XIX, as escolas médicas norte-americanas, organizadas na *Association of American Medical Colleges*, estavam muito preocupadas com os problemas percebidos nos cursos de formação que ministravam e, essa preocupação fez com que elas iniciassem um processo de revisão curricular. Ao todo, os EUA possuíam 155 escolas médicas em péssimas condições de funcionamento. Elas funcionavam sem currículo regulamentado, eram mal equipadas e careciam qualitativa e quantitativamente de corpo docente sendo que, para muitas, o ensino era uma atividade meramente lucrativa. O número de egressos era bem superior ao demandado pelo país e a assistência médica por eles prestada não tinha a qualidade esperada. (ROCHA, J. H., 1992; RODRIGUES, M. L. V., 2002).

A Fundação Carnegie para o avanço do ensino, preocupada com essa situação contratou um educador não-médico para fazer um estudo sobre essas escolas, Abraham Flexner, na expectativa de estudá-las sob o ponto de vista de um educador e não de um médico. Dessa forma, entre 1906 e 1910, Flexner visitou cada escola médica elaborando um extenso e minucioso relatório, posteriormente publicado como um Boletim da Fundação Carnegie ainda em 1910. Esse relatório, mola propulsora de um movimento de reforma do ensino médico norte-americano, continha severas críticas ao ensino e às práticas médicas alcançando grande repercussão e acabando por disciplinar o aparato formador desse país com influência sobre sua prática médica e, conseqüentemente, sobre a prática e o ensino

da medicina em muitos outros países. (ROCHA, J. H., 1992; SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999; RODRÍGUEZ; POLI NETO; BEHRENS, 2004).

Todas as proposições contidas no relatório foram integralmente seguidas e quase uma centena de escolas foi fechada entre 1910 e 1933, e as que permaneceram funcionando foram vinculadas a universidades ou a hospitais de ensino qualificados. Além disso, para que um egresso obtivesse licença para o exercício da prática médica tornou-se necessária aprovação num processo de aferição de capacidade, o “State Board”. Inaugurava-se nos EUA uma nova medicina, a medicina científica, com instituições formadoras confiáveis e produtoras de profissionais habilitados e em número suficiente para atender a demanda do país. (ROCHA, J. H., 1992).

O novo modelo de ensino médico adotado, Modelo Flexneriano, passou a ter como objetivo formar um médico com sólida base científica, treinado em hospitais para o ensino em tempo integral e com conhecimento especializado. Para tanto, as instituições formadoras passaram a adotar: a departamentalização, a divisão da formação em ciclos (básico e clínico) e a pesquisa para o desenvolvimento das ciências básicas. (COSTA NETO, 2000; ALMEIDA, 2001).

Apesar do grande benefício advindo dessas mudanças, ocorreu, em contrapartida, uma valorização excessiva da especialização do conhecimento médico e uma descontextualização da abordagem do paciente, que se tornou distante e pouca preocupada com a singularidade do indivíduo. A ação médica acabou dividida em uma série de procedimentos criando uma noção de mercadoria na área da saúde, ou seja, a cada procedimento correspondia uma determinada remuneração. Aos poucos, o compromisso com o restabelecimento do doente e com a proteção da saúde da comunidade foi deixando de existir ao mesmo tempo em que a medicina se tornava mais resolutiva, em decorrência dos avanços científico-tecnológicos, fortalecendo um mercado altamente especializado e caro. (SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999; RONZANI; RIBEIRO, M. S., 2003; AMORETTI, 2005).

Nessa mesma época, em 1917, a Inglaterra tomava conhecimento do Relatório Dawson que, apesar de reconhecer a importância do hospital, propunha organizar o sistema de saúde em níveis de complexidade crescente, prestando um atendimento baseado na localização geográfica das populações. Esses dois pontos foram as bases do novo Sistema de Saúde Inglês, estabelecido, efetivamente, somente no período pós guerra, em 1948. (CHAVES; KISIL, 1999).

Em todo o mundo, esse período foi marcado, pela grande preocupação com o tema saúde e por uma expectativa de mudança na postura do médico, mais responsável socialmente e mais humanizado. Surge nesse contexto, uma tentativa de organização em escala mundial para melhor atender os direitos básicos do cidadão: a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, como um desdobramento da Organização das Nações Unidas (ONU) na área da saúde, também. (CHAVES; KISIL, 1999; COSTA NETO, 2000).

Até mesmo nos EUA, surgem alguns pensamentos novos como o de Hugh Leavell & Gurney Clark, propondo que a medicina dedicasse atenção também à saúde daqueles que ainda não estivessem doentes, englobando assim o período pré-patogênico no âmbito da atuação médica. Para eles, isso resultaria numa medicina mais efetiva. Essa nova visão de atenção à saúde, a Medicina Preventiva, serviu de base doutrinária para o desenvolvimento de um movimento de reforma médica que requeria não apenas uma simples reorganização do sistema de prestação de cuidado, mas uma modificação da consciência e da abordagem dos profissionais de saúde. (SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999).

A partir da década de 50, uma entidade norte-americana fomentadora de mudanças no campo social, fundada em 1930, e atuante em áreas como saúde, educação e desenvolvimento rural, a Fundação Kellogg, passa a apoiar programas de saúde não apenas nos EUA, mas também em toda a América Latina, no intuito de fortalecer a tendência à saúde pública nas escolas já estabelecidas e criar novas escolas com essa tendência. Essa fundação foi muito importante para o desenvolvimento não só da Medicina Preventiva, como também da Medicina Comunitária e da Saúde Coletiva, promovendo, ainda, a formação de médicos sanitaristas ao financiar, por meio de bolsas, essa pós-graduação. (CHAVES; KISIL, 1999).

A Medicina Comunitária foi um movimento surgido nos EUA, pouco depois da Medicina Preventiva, cujo objetivo era a redução de tensões sociais em áreas habitadas por populações marginalizadas, empregando, para tanto, a sociologia, a antropologia e a psicologia como ferramentas para a integração das equipes de saúde com as comunidades. Além disso, ela se utilizava de agentes e forças locais para o desenvolvimento de programas de educação em saúde, propondo o regresso a um modelo de prática médica anterior à exploração tecnológica cuja simplicidade contribuiria para a inclusão dessas populações na atenção à saúde. Porém, esse

movimento não teve força suficiente para influenciar a assistência médica convencional. (SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999; ALMEIDA, 2001).

Já a Saúde Coletiva se constituiu num conjunto de propostas de ações baseadas no pressuposto de que saúde nada mais é do que um fenômeno social, coletivo e determinado pelas condições e modos de vida dos grupos e pelas relações individuais e/ou grupais. Assim sendo, ações direcionadas à melhoria das condições e modos de vida, bem como das relações individuais e/ou grupais, seriam capazes de acarretar melhoria também nas condições de saúde da população. (TEIXEIRA, 2003).

Ainda na década de 60, surge nos EUA outra tentativa de equilibrar a oferta entre medicina geral e medicina especializada, adequando os médicos às necessidades de saúde da população, o movimento de Medicina de Família, em resposta à crescente especialização, à tendência a hospitalização e à desumanização da prática médica. Seus adeptos acreditavam que a formação médica estava muito distante das necessidades de saúde da população e propunham uma formação terminal do médico ainda na graduação, seguida de educação continuada e tendo a pós-graduação como momento adequado para especializações. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001; LAMPERT, 2002).

Nenhum desses movimentos de oposição ao Modelo Flexneriano conseguiu, entretanto, substituir suas bases conceituais e operacionais nos processos de educação e de produção de serviços de saúde. O máximo resultado conseguido por eles foi tornar-se prática complementar ao modelo predominante, articulando saúde pública e medicina liberal, com evidente cisão entre o saber/fazer preventivo e o curativo. Todavia, o surgimento de novas idéias a respeito da prática e do ensino da medicina já evidenciava que o paradigma vigente, Flexneriano, não se constituía mais um conjunto de entendimentos capaz de trazer progresso a essa área. Um novo paradigma que equilibrasse desenvolvimento científico e atendimento às necessidades do indivíduo como um todo, valendo-se da contribuição de várias ciências num trabalho transdisciplinar e multiprofissional deveria ser buscado. (SANTANA; CHRISTÓFARO, [2001]; LAMPERT, 2002).

Em Paris, no ano de 1968, surge então um movimento que questiona a universidade tradicional, naquele momento, descompromissada com a sociedade. Sua repercussão e difusão mundial deram prova de que os antigos modelos já não respondiam aos anseios de seu tempo. Assim, a década de 70 foi decisiva para o

desencadeamento de reformas na prática médica e no setor saúde. Em 1974, o Informe Lalonde, divulgado no Canadá, listou como determinantes da saúde a biologia humana, o ambiente físico e social, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde, contribuindo com a idéia de que as condições de vida influenciariam na saúde dos indivíduos. (CHAVES; KISIL, 1999; LAMPERT, 2002).

E em 1978, a OMS organizou uma Conferência Internacional de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão durante a qual se estabeleceu o consenso de que só se alcançaria um quadro de saúde satisfatório mediante o desenvolvimento socioeconômico e a preocupação com a prevenção de doenças e a promoção de saúde. Daí surge a seguinte proposta: utilizar a Atenção Primária como estratégia para alcançar a meta de, até o ano 2000, toda a população mundial poder dispor de saúde para conduzir uma vida social e economicamente produtiva, ou seja, “saúde para todos no ano 2000”. Essa proposta foi vital para o fortalecimento dos movimentos para a Reforma Sanitária em vários países do mundo. (SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999; LAMPERT, 2002; RONZANI; RIBEIRO, M. S., 2004; AMORETTI, 2005).

A atenção Primária à Saúde tem como pressupostos principais: a promoção da saúde, a prevenção da doença e a intersectorialidade, permitindo que a atenção à saúde deixe de ser meramente curativa, individual e isolada, tornando-se investigativa, promotora de melhor qualidade de vida e articulada em níveis de atenção. Ela requer, para seu correto funcionamento, um corpo médico com ampla base em clínica geral, familiar e comunitária e a admissão de práticas multiprofissionais e interdisciplinares como o caminho para a assistência integral à saúde. (RONZANI; RIBEIRO, M. S., 2004; AMORETTI, 2005).

As duas últimas décadas do século XX são marcadas pela constatação de que a relação custo-benefício envolvendo prevenção de doenças e promoção da saúde é muito mais favorável que a envolvendo tratamento e/ou reabilitação. Em decorrência disso, políticas mundiais de promoção da saúde que tiveram como marco oficial a Carta de Ottawa, redigida em 1986, durante uma Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde na cidade de Ottawa, e subscrita por 38 países, passaram a ser adotadas. Esse documento admitiu: paz, educação, habitação, alimentação, renda, estabilidade do ecossistema, conservação de recursos, justiça social e equidade, como condições fundamentais à saúde. Posteriormente, ocorreram outras Conferências Internacionais sobre Promoção de

Saúde: em 1988, 1991 e 1997. (CHAVES; KISIL, 1999; LAMPERT, 2002; RONZANI; RIBEIRO, M. S., 2004).

Tornava-se cada vez mais evidente a articulação entre saúde e condições de vida, uma vez que, sabidamente, a promoção da saúde estava diretamente relacionada a boas condições de trabalho, educação, cultura, lazer e descanso. Assim, procedimentos para a promoção da saúde deveriam abranger: educação sanitária, boa nutrição, bom desenvolvimento da personalidade, educação sexual, moradia adequada, recreação e condições agradáveis de convivência familiar e de trabalho. O ponto mais interessante da promoção da saúde é que, apesar de ter sua atenção voltada para o indivíduo, ela também se estende à família e à comunidade. (LAMPERT, 2002).

Finalmente, pode-se considerar que tanto a prática quanto a educação médica no século XX foram influenciadas por três grandes marcos conceituais: (1) o Relatório Flexner, em 1910, que impulsionou o avanço científico-tecnológico, subdividiu o conhecimento e enfatizou a especialização; (2) a discussão do processo saúde-doença, que acabou por resultar na Declaração de Alma-Ata, em 1978 com a meta: saúde para todos no ano 2000, assumindo como estratégia para tal a implementação da atenção primária à saúde e (3) a adoção do conceito de promoção da saúde, enfatizado na Carta de Otawa, divulgada em 1986, e que se fortalece cada vez mais prometendo ser o foco central de ação do setor saúde no século XXI. (LAMPERT, 2002).

3.2 Medicina e ensino médico na América Latina

Até meados dos anos 50, os modelos de educação médica eram transmitidos ao Brasil por meio da ida de professores e dirigentes universitários a outros países. Porém, desde o final desta década, várias organizações, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg, passaram a ter papel ativo na formulação de políticas para a educação de profissionais de saúde, principalmente médicos. Dessa forma, seus representantes é que passaram a participar de reuniões nacionais e regionais realizadas em países latino-americanos. (FEUERWERKER, 1998; ALMEIDA, 2001).

Houve ainda a criação de associações nacionais e internacionais para a discussão da educação médica, e a ida de médicos aos EUA para a especialização estabeleceu ligações que propiciaram a “americanização do atendimento à saúde”, estendendo o modelo flexneriano à toda a América Latina. (FEUERWERKER, 1998).

No entanto, a situação enfrentada pelos EUA era muito diferente da enfrentada na América Latina. Nos EUA, como nos demais países desenvolvidos, a educação médica passava por uma revisão em função dos efeitos causados pela explosão tecnológica, conseqüência da adoção do Modelo Flexneriano de ensino. Já países em desenvolvimento, como os da América Latina, necessitavam promover mudanças no ensino visando à melhoria da saúde das populações para o alcance do desenvolvimento econômico. (FEUERWERKER, 1998).

Um estudo realizado entre 1967 e 1968 em 107 das 135 escolas latino-americanas existentes na época tratou a educação em sua totalidade e possibilitou estabelecer relações entre educação médica e estrutura social num contexto de transformação histórica do processo de produção econômica. Este estudo evidenciou a dissociação entre ensino e trabalho e a dualidade da escola médica, inovadora pela proximidade com o desenvolvimento social, político e cultural, mas conservadora frente aos interesses e exigências do mercado de trabalho médico. (ALMEIDA, 2001).

Por outro lado, o movimento de educação médica na América Latina era um movimento polêmico e conflituoso, marcado pela cisão em duas grandes correntes: uma influenciada pelos EUA e representada pela Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM), criada em 1962, e outra influenciada por Cuba, e representada pela Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (ALAFEM), criada em 1984. (ALMEIDA, 2001).

Sobre essa cisão e suas repercussões para o ensino médico e para a administração e organização das escolas médicas Almeida (2001, p. 45) declara que:

As mesmas posições políticas existentes nas esferas dirigentes da Fepafem e da Alafem também ocorriam no nível das escolas, evidentemente com variados graus de conflito. [...] As várias iniciativas tiveram, invariavelmente, conotações político-ideológicas, apesar de existirem também decisões decorrentes de divergências teórico-metodológicas e de desencontros pessoais entre líderes do movimento. [...] Todos esses cenários são arenas de lutas políticas decorrentes de contradições nas práticas médicas e na educação médica, baseadas em distintas concepções de sociedade, de políticas sociais, de políticas de saúde e de educação médica.

Movimentos reformadores originados nos EUA e em outros países estenderam-se também à América Latina. No entanto, em função da situação de pobreza existente e da necessidade de intervenção estatal na busca de uma articulação entre saúde pública e medicina liberal, eles acabaram ganhando nova conotação. Muito além de simples movimentos, eles acabaram por se traduzir em programas que, influenciados por várias correntes de pensamento, beneficiavam a saúde comunitária. E, ainda que houvesse o risco de acabarem por representar modelos assistenciais simplificados, baratos e de qualidade precária para segmentos marginalizados da população, optou-se por implantá-los. (SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999; ALMEIDA, 2001).

O movimento de Integração Docente-Assistencial (IDA) foi, talvez, o que mais afetou o desenvolvimento da prática e do ensino médicos na América Latina. Apoiado pela Fundação Kellogg, ele tinha o objetivo de responder às limitações de acesso da maioria da população aos serviços de saúde quebrando a resistência dos estudantes à abordagem epidemiológica e social, expondo-os precocemente à realidade sanitária e respondendo às necessidades advindas da acelerada expansão do ensino superior em saúde tornando-se uma alternativa para a realização de estágios, já que era impossível manter todos os estudantes nos hospitais de ensino. (SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999).

Suas principais vantagens eram: contribuir para a formação de massa crítica de líderes nos setores educação e saúde e desenvolver o trabalho em equipe, desmistificando a exclusividade da atenção hospitalar. No entanto, o elevado risco de rechaço pelas estruturas tradicionais com possibilidade de torná-la uma atividade marginal não envolvendo todos os setores da escola médica foi, desde o início, seu principal problema. (ALMEIDA, 2001).

3.3 Medicina e ensino médico no Brasil

Somente após a chegada da Coroa Portuguesa ao Brasil foi que duas escolas para a formação médica foram estabelecidas, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro, em 1808. Apesar de fortemente influenciadas pela medicina clínica francesa, em 1882, elas acabam incorporando, pela Reforma Sabóia, algumas

idéias germânicas ao ensino: implantação de laboratórios para o estudo da fisiologia, da patologia, da histologia e da parasitologia e inauguração de novas enfermarias de subespecialidades. Mas, apesar de muitos pesquisadores e médicos terem sido capazes de incorporar a idéia de uma medicina científica, era ainda muito difícil modificar as estruturas institucionais profundamente marcadas pela medicina clínica. (SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999; KEMP; EDLER, 2004).

Posteriormente, uma terceira escola foi fundada, em 1898, no Rio Grande do Sul. E, em 1930, quando já existiam 12 escolas médicas, o Ministério de Educação e Saúde Pública foi criado. No ano seguinte, 1931, uma nova reforma, “Reforma Francisco Campos”, promoveu mudanças na estrutura educacional médica, principalmente quanto ao controle e a normatização das instituições formadoras. (COSTA NETO, 2000).

A partir da década de 60, o país começa a sofrer um intenso processo de urbanização que, aliado à expansão da economia, resultou num aumento do mercado consumidor de produtos e serviços, entre eles, serviços de saúde. Uma enorme demanda não atendida se configurou forçando uma expansão acelerada do número de escolas médicas que passaram de 29, em 1960, para 71, em 1970. Porém, faltou associar a essa expansão: adoção de novas organizações curriculares, adoção de novas metodologias de ensino e planejamento, preparo do corpo docente e, acima de tudo, a distribuição das escolas segundo as necessidades regionais. (FEUERWERKER, 1998; COSTA NETO, 2000).

Em 1970, 75,8% das escolas médicas encontravam-se nas regiões sul e sudeste, além disso, o setor privado foi o grande responsável por essa expansão contribuindo com 75% das escolas implantadas e elevando sua participação no setor de 13,7%, no ano de 1960, para 50%, no ano de 1970. O principal problema de um processo de expansão com essas características era que o foco principal deixasse de ser a ampliação da oferta de assistência à saúde dando lugar ao favorecimento da capitalização do setor. As escolas implantadas nessa fase baseavam-se em modelos tradicionais de ensino, já defasados, e visavam a obtenção de lucros sem comprometimento com a garantia da qualidade da formação. (FEUERWERKER, 1998; COSTA NETO, 2000).

Lampert (2002, p. 59) descreve a situação da saúde do Brasil nessa época:

No Brasil, a década de 60 e início dos anos 70 foram momentos de intensificação da industrialização. Na área da saúde, esse período histórico foi marcado pelo crescimento da corporação médica, pela intensificação da medicina privada, da especialização, da incorporação de tecnologias aprimoradas de diagnóstico e tratamento, criando-se duas linhas de ação muito claras: a medicina liberal dos consultórios e o modelo hospitalocêntrico, tendo o Estado como organizador, contratante e financiador do setor.

Durante esse período, o Estado foi o grande responsável pelo fortalecimento e pela organização do setor saúde sob moldes empresariais e pelo estímulo à especialização, prática preferida pelos médicos por lhes conferir melhor remuneração e maiores privilégios. Sua contribuição ia desde a compra de serviços até o financiamento, a juros negativos, dos investimentos do setor privado na saúde, como a construção de estabelecimentos e a aquisição de equipamentos. Ocorria também, ainda que em menor proporção, uma expansão da rede própria estatal, aumentando a oferta de empregos públicos a médicos. Isso contribuiu para a introdução do assalariamento como modalidade de inserção desse profissional no mercado de trabalho. (LAMPERT, 2002).

Em 1971 o Ministério da Educação criou uma Comissão de Ensino Médico responsável por avaliar a situação do ensino médico no país. Essa comissão, apesar de não ser um órgão operativo, produziu pareceres subsidiando a elaboração de políticas para o ensino. Além disso, ela manifestou opiniões críticas com relação à educação médica e proporcionou eventos para o debate desse tema. (FEUERWERKER, 1998).

Em 1972 os recursos humanos em saúde foram reconhecidos como elemento fundamental à atenção médica integral. Chegou-se ao consenso que a prática e a educação médica deveriam tratar a saúde como função biológica e social, sob um enfoque multidisciplinar, e os serviços de saúde deveriam estabelecer com as universidades relações de integração permitindo um desenvolvimento da medicina de comunidade e a participação precoce do estudante nos serviços. (COSTA NETO, 2000; ALMEIDA, 2001).

Em 1973, a OMS, juntamente com a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), deu o primeiro passo rumo a introdução da Medicina de Família no Brasil, por meio da organização do seminário: "A formação do médico de família". A ABEM foi fundada em 1962 com o intuito de contribuir com a reformulação de conceitos e métodos relacionados à formação médica e, ao longo dos anos, se responsabilizou

pela organização de muitos seminários que discutiram nacionalmente a formação na graduação. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001; LAMPERT, 2002).

Nesse seminário foi estabelecido o perfil do médico de família, um médico capaz de: atender a toda a família, num primeiro contato, no nível de Atenção Primária e de forma integral, e de coordenar equipes multiprofissionais, trabalhando não só na recuperação, mas também na promoção da saúde e na prevenção da doença. (FEUERWERKER, 1998).

Em 1975, foi promulgada uma lei, 6229/75, que representou a primeira tentativa de organização do setor saúde no país. Ela responsabilizou o Ministério da Educação pela formação dos recursos humanos do setor saúde, direta ou indiretamente, preconizando a utilização das unidades de saúde do sistema para o ensino médico, contribuindo para o fortalecimento da IDA. (COSTA NETO, 2000).

Após a constatação de que os Hospitais Universitários (HU) eram insuficientes como cenário de treinamento e que eles deveriam integrar-se mais a rede de serviços para garantir a continuidade da atenção prestada aos pacientes aí atendidos, um convênio firmado entre o Ministério da Educação e o Ministério da Previdência Social permitiu que os hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sistema de saúde que atendia à 85% da população ativa do país, fossem utilizados como cenário de ensino e, em contrapartida, os HU passariam a atender usuários desse instituto. (FEUERWERKER, 1998).

Em 1978, outro seminário, intitulado “A formação do médico generalista”, torna-se marco desencadeador da introdução da Medicina de Família não apenas no Brasil, mas em toda a América Latina. Estabeleceu-se durante suas discussões qual denominação, dentre as várias existentes à época, seria adotada para o médico destinado a exercer a medicina de família: médico, médico geral ou clínico geral, e qual seria o grau de complexidade do processo de formação desse médico. A maioria dos presentes optou pela formação ainda na graduação. (FEUERWERKER, 1998; CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001).

No entanto, houveram fatores de resistência à sua implantação, devido a embates travados com outras correntes de pensamento (Medicina Preventiva, Medicina Social, Saúde Coletiva) e com as políticas de saúde vigentes, aliados à dificuldade, sentida pelas escolas médicas, em formar médicos aptos a atuarem na Medicina de Família e ao temor de que a população fosse segmentada em duas

partes: os ricos, assistidos pelos especialistas e os pobres, assistidos pelos médicos de família. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001).

Além disso, para que essa medicina funcionasse, o INAMPS deveria centrar seu atendimento em dois pontos: atendimento à família e organização em níveis de complexidade. Como isso acabou não ocorrendo, foi inviável, naquele momento, implementar a Medicina de Família no Brasil. (FEUERWERKER, 1998; CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001).

Entre o final da década de 70 e o início da década de 80, por iniciativa das autoridades educacionais, ocorreu um fortalecimento da IDA, conforme assinalado por Feuerwerker (1998, p 69):

A secretaria de Ensino Superior do [Ministério da Educação e Cultura] MEC (Sesu) apelou às universidades no sentido de estas situarem-se no momento histórico que a sociedade atravessava e aceitarem os desafios da proposta IDA, alertando que isto exigiria modificações conceituais, estruturais e estratégicas profundas, que contrariavam o clássico conceito de ensino/pesquisa/extensão da Universidade brasileira.

Mesmo assim, o crescimento da exclusão social e o aumento da pobreza, miséria e fome, desencadearam graves problemas na área da saúde, levando a uma reflexão crítica para a busca por soluções. Havia a necessidade de se criar políticas mais equitativas de acesso aos recursos dessa área, organizando-os de maneira mais racional. Dessa forma, ao contrário do que aconteceu nos demais países latino-americanos onde o processo de reforma da saúde visava, sobretudo, reduzir o papel do Estado à função reguladora, e separar o financiamento da provisão, no Brasil, instituiu-se um processo de reforma voltado à garantia de saúde a todos os cidadãos. (AMORETTI, 2005).

Esse movimento sanitário se opunha radicalmente à ditadura militar, instaurada no país desde 1964, e influenciou de tal forma o processo de redemocratização que conseguiu: incluir os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da assistência à saúde na Constituição Federal; garantir a participação do usuário dos serviços de saúde nos processos de mudança, por meio do controle social, e progredir na descentralização dos recursos e das ações de saúde. Tudo isso culminou ainda na criação e implementação, no início da década de 90, de um sistema de saúde nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS), garantido por lei. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001; AMORETTI, 2005).

O SUS tornou-se um dos maiores sistemas de saúde do mundo, organizando-se em uma rede de serviços e garantindo o acesso universal e gratuito de todo

cidadão, objetivando a distribuição eqüitativa de recursos de saúde entre toda a população. Ele representou a garantia dos direitos humanos, da cidadania e da justiça social, além de representar a expansão do setor público de assistência, decorrente, em grande parte, da municipalização dos serviços. A única pendência, a princípio, foi seu financiamento, porém, mais tarde, uma emenda constitucional conseguiu corrigir essa deficiência. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001; LAMPERT, 2002; AMORETTI, 2005).

Este sistema priorizou, desde o início, a Atenção Primária exigindo a implantação de um modelo de assistência integral e resolutivo. Os hospitais e centros especializados deveriam funcionar como instâncias complementares dos serviços básicos, ou seja, como níveis de referência ou de atenção especializada do sistema, promovendo uma inversão de valores. (SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999; CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001).

Porém, apesar de todas as mudanças promovidas na área da saúde e dos avanços que o SUS representou, faltou a proposição de um novo modelo assistencial menos centrado na assistência médica e hospitalar e mais voltado para a promoção da saúde. A lei promulgada para a regulamentação do novo sistema, Lei 8080/90, não acrescentou muito a essa discussão, trazendo apenas informações vagas e propondo uma regionalização e hierarquização da assistência que, inicialmente, haviam sido conceitos pouco trabalhados. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001; LAMPERT 2002).

Enquanto o movimento para a reforma sanitária adquiria força, a educação médica foi deixada, temporariamente, de lado. Até o movimento da Medicina Social/Saúde Coletiva que sempre pretendeu produzir mudanças na prática médica utilizando como ponto de partida as reformas educacionais, após certo momento, passou a ser regido pela crença de que, se fosse possível mudar a estrutura dos serviços, conseqüentemente, o ensino também seria transformado. O movimento para a reforma sanitária não foi capaz, ao contrário do que se pensou, contudo, de modificar a formação médica. Dessa forma, a educação voltada a essa área, sendo já alvo de muitas restrições no período da ditadura, sofreu poucos avanços durante esse importante momento de construção de um novo sistema assistencial. (LAMPERT, 2002).

Em 1983, a ABEM promoveu o seminário “Preparação do médico geral” e, em 1986, “Preparação do médico geral: reexame e perspectivas”. Este último,

organizado em parceria com a Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação, teve o propósito de reexaminar e definir de forma clara os objetivos do curso médico, a competência dos profissionais a serem formados e as estratégias educacionais a serem utilizadas. Ao final, não houve consenso quanto ao tipo de profissional a ser formado, entretanto, com relação às estratégias educacionais, concluiu-se não haver a necessidade de separar a formação em ciclos (básico, profissional e internato), uma vez que a aprendizagem deveria ser contínua e promotora da responsabilização e da independência dos estudantes. Outro ponto de concordância foi a respeito dos docentes: houve o reconhecimento de que se a maioria deles fosse especialista a identificação do estudante com a formação geral ficaria prejudicada. (LAMPERT, 2002).

Em 1988 a Federação Mundial de Educação Médica (WFME) promoveu em Edimburgo, Escócia, a 1ª Conferência Mundial sobre Educação Médica na qual estabeleceu-se o consenso de que, para se modificar os sistemas de saúde, incorporando a estratégia de Atenção Primária, seria necessário o apoio dos médicos. Concluiu-se também que o problema central das instituições formadoras era preparar esses médicos para desempenhar seu papel nos sistemas de saúde em transformação. O maior impedimento para se alcançar esse objetivo parecia estar relacionado aos docentes, uma vez que eles reproduziam os valores que conheciam amoldando os estudantes à ideologia e às práticas socialmente mais valorizadas, isto é, à prática médica liberal, mesmo quando as perspectivas de mercado de trabalho para os futuros profissionais já eram outras. (ALMEIDA, 2001).

No início da década de 90 observou-se um arrefecimento do processo de reforma diretamente relacionado às mudanças políticas derivadas do processo eleitoral. O modelo assistencial brasileiro continuava caracterizando-se por uma prática profissional de natureza biológica, individualista e hospitalocêntrica, com baixa cobertura, custo elevado e respostas pontuais de procedimentos curativos. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001; RONZANI; RIBEIRO, M. S., 2003).

Embora trilhando o caminho da construção democrática, incorporando conquistas políticas e sociais, nas décadas de 80 e 90 o Brasil passou a viver uma profunda crise econômica. Como quase todos os países da América Latina, acabou adotando o modelo de desenvolvimento neoliberal, numa reforma de Estado que privilegiou a estabilidade da moeda(...), privatizou a maioria das empresas estatais, criou empresas reguladoras, diminuiu o número de funcionários públicos, terceirizou serviços, congelou salários e, ao mesmo tempo, o Estado assumiu um novo papel no cenário das relações sociais e diminuiu seu papel nas atividades de bem-estar social. (LAMPERT, 2002, p. 107).

Porém, as precárias condições de vida da população do nordeste brasileiro levaram a implantação de um programa de assistência à saúde, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse programa, apesar de não representar uma grande novidade, acabou se destacando em função do apoio por ele recebido e da visibilidade adquirida por seus resultados. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001).

Algumas críticas foram feitas, pois se temia que esse programa fosse visto como alternativa ao SUS e/ou funcionasse como uma forma empobrecida de assistência à saúde de populações carentes. Todavia, ao mostrar-se efetivo, ele garantiu sua viabilidade, exigindo, em função da grande mobilização social que despertou, a busca por soluções para os problemas impossíveis de serem solucionados apenas pelos agentes comunitários de saúde. Surge assim o Saúde da Família, como um aperfeiçoamento do PACS. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001).

O Saúde da Família permitiu a ruptura com a lógica do pagamento por serviço prestado, algo que não havia ainda sido implantado, embora fosse almejado pelos idealizadores da reforma sanitária. Além disso, ele sinalizava a possibilidade de maior humanização e responsabilização fazendo com que todas as resistências à Medicina de Família ruíssem definitivamente. O único receio era de que os incentivos financeiros oferecidos pelo Estado para sua implantação representassem um risco de implantação pró-forma. Apesar disso, na medida em que se percebeu sua identificação com os próprios elementos da reforma sanitária brasileira, ele acabou sendo aceito. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001).

Contudo, apesar da potencialização da Atenção Básica e da consolidação e expansão do Saúde da Família e do PACS, a assistência médica, de um modo geral, ainda era tratada como mercadoria, ganhando um caráter cada vez mais comercial. Em meio a um complexo sistema, cujo objetivo era o lucro, capaz de seduzir o médico com promessas de retorno financeiro e *status*, o desafio passou a ser encontrar profissionais de saúde, principalmente médicos, com formação adequada para atuar em um novo modelo de atenção à saúde. (COSTA NETO, 2000; RONZANI; RIBEIRO, M. S., 2003).

A evidente distorção qualitativa e quantitativa na formação dos profissionais permitia que ingressasse no mercado, anualmente, um grande número de médicos especialistas. Estes não eram totalmente absorvidos em função do limitado número de vagas existentes para médicos com tal qualificação. Essa distorção gerou uma superpopulação desses profissionais em detrimento de outros de custo menor e, não

raramente, mais eficazes. A distribuição geográfica das vagas contribuiu para que esse quadro fosse agravado: faltavam médicos e outros profissionais nas cidades do interior do país e, nas grandes cidades, havia escassez de postos de trabalho para todos os que queriam ali residir. (LAMPERT, 2002; AMORETTI, 2005).

De acordo com Lampert (2002, p. 112), os efeitos dessa distorção na formação profissional poderiam, inclusive, comprometer todos os avanços implementados pelo SUS:

...desenvolve-se uma medicina socialmente segmentada, que não atende às necessidades de atenção básica. Pelo contrário, sua prática reproduz e alimenta a desigualdade e contribui para o retrocesso no conceito de saúde como direito social, conceito tão amplamente incorporado aos discursos políticos, sociais e educacionais e tão pouco real.

Outro ponto crítico era a escassez de escolas aptas a formar médicos de família, talvez devido a falta de compreensão, por parte das instituições de ensino e até do próprio poder público, sobre a importância desse tipo de profissional. A prática da Atenção Primária à saúde por profissionais não habilitados e capacitados estaria associada à redução da resolutividade em função da adoção de práticas ineficazes e do encaminhamento indiscriminado e desnecessário a especialistas. Essa situação acabava trazendo prejuízos aos usuários e conduzindo o SUS à ineficiência. (AMORETTI, 2005).

Por sorte, ocorreu nessa década de 90, uma retomada dos estudos e debates sobre a educação médica no Brasil e, em graus variados de intensidade e abrangência, também nos demais países latino-americanos, bem como em países de outros continentes.

Em 1991 a ALAFEM promoveu em Havana, Cuba, a etapa final de uma conferência latino-americana sobre saúde das populações. Ao final dessa conferência, concluiu-se que: as ações da universidade deveriam ser dirigidas à comunidade, abordando teoria e prática dos problemas de saúde e considerando aspectos sociais para a integralidade dos conhecimentos biológicos, e que a integração entre ensino, serviço e pesquisa, fundamentada no princípio do aprender fazendo e do aprender transformando a realidade dos serviços, deveria ser buscada. (ALMEIDA, 2001).

Parecia importante, nesse momento, que as instituições de ensino comesçassem a participar, de uma forma mais ativa, da reformulação do ensino médico. Por esse motivo, ainda em 1991, foi instituída, no Brasil, uma Comissão

Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) com o objetivo de promover um diagnóstico situacional das escolas médicas, dando-lhes subsídio para que, posteriormente, elas pudessem elaborar suas propostas de mudança. (FEUERWERKER, 1998).

Também em 1991, com o apoio da Fundação Kellogg, surgiu uma iniciativa de mudança, englobando tanto atenção à saúde quanto formação dos profissionais da área, com promoção da parceria entre universidade, serviço e comunidade: o Programa UNI. Em toda a América Latina, 150 projetos de ação foram submetidos à apreciação, 15 foram aprovados num primeiro estágio, e mais 08 num segundo. Dos 23 projetos aprovados, 06 eram brasileiros envolvendo as escolas médicas de: Londrina, Marília, Botucatu, Brasília, Salvador e Natal. As instituições de ensino participantes tiveram a oportunidade de avançar em temas como: educação multiprofissional, educação por problemas, avaliação educativa, sistemas locais de saúde e participação comunitária. (CHAVES; KISIL, 1999).

Em 1993, ocorreu a 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, em Edimburgo, Escócia, novamente promovida pela WFME cujo tema central foi: mudanças na profissão médica em função da crise econômica, do contínuo desenvolvimento tecnológico e da necessidade de equidade. Nesse momento, ALAFEM e FEPAFEM se aproximaram, reafirmaram-se os princípios defendidos na 1ª Conferência e várias recomendações no sentido de superar obstáculos advindos do conservadorismo tanto da profissão quanto da universidade e da complexidade das mudanças requeridas foram aprovadas. (ALMEIDA, 2001).

Em 1994, a OMS, juntamente com a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), promoveu em Ontário, Canadá, uma conferência para discutir o médico de família. Nessa conferência foi apontada a necessidade de mudança nos sistemas de saúde, na profissão e nas escolas médicas para o pleno atendimento das demandas da população. Nessa mesma época, a OMS também promoveu a 1ª Conferência Global sobre Colaboração Internacional na Educação e Práticas Médicas, em Rockford, EUA. Nela a importância de se adequar as práticas assistenciais e o ensino médico às necessidades de saúde de um país, enfatizando a prestação de cuidados de saúde primários extensiva a toda a população, foi admitida. (COSTA NETO, 2000; CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001).

Ainda em 1994, a OMS apontou o bom médico como aquele capaz de considerar o indivíduo em seu contexto, prestando assistência curativa de alto

padrão e preventiva pautada pela confiança adquirida em longo prazo; escolhendo eticamente as tecnologias a serem utilizadas, considerando, para tanto, a relação custo-benefício; promovendo estilos de vida saudáveis; estimulando e possibilitando a auto-proteção; harmonizando necessidades individuais e comunitárias de saúde e trabalhando a interdisciplinaridade e a multissetorialidade. (COSTA NETO, 2000).

Dessa forma, as escolas foram convocadas a assumir um novo contrato social que legitimasse sua razão de ser perante a sociedade, comprometendo-se a conduzir adiante um processo intenso de construção de novas relações entre serviços, saúde e sociedade. Para tanto seria necessário: gerar um novo modelo científico, biomédico e social com novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade; instituir um novo sistema de valores que reconstruísse a ética garantindo atendimento às necessidades de saúde da população; desenvolver um trabalho interdisciplinar com o emprego de novas metodologias de ensino-aprendizagem; desenvolver a IDA para a pesquisa e o aprendizado na Atenção Básica; e continuar com a formação de especialistas. Tudo isso sem perder de vista o resgate e o fortalecimento da formação geral na graduação, a inclusão do médico nas equipes de saúde e a promoção do reconhecimento social das novas funções desse médico. (ALMEIDA, 2001).

Em 1996, foi promulgada a Lei 9394/96, de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que estabelecia como parâmetro central o compromisso da educação ou, mais particularmente, das escolas com o mundo do trabalho. Ela garantia a autonomia universitária quanto a criação, expansão, modificação e extinção de cursos; fixação de currículos e programas e planejamento da pesquisa científica e das atividades de extensão. Além disso, estabelecia como papel do poder público: a normatização dos cursos de graduação e pós-graduação, autorização do funcionamento das instituições e a avaliação da sua qualidade. Com ela, o papel específico do sistema de ensino passou a ser: proporcionar aos indivíduos uma formação inicial suficiente para permitir sua pronta absorção pelo mercado de trabalho. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM 2005).

Em 1997, a primeira fase dos estudos da Cinaem, odiagnóstico situacional das escolas médicas brasileiras, foi concluída revelando três variáveis críticas com relação à educação médica: recursos humanos, modelo pedagógico e perfil dos egressos. Assim, foi iniciada uma segunda fase desses estudos: avaliação das

variáveis críticas para a melhoria da educação médica brasileira. (FEUERWERKER, 1998).

Entre 2001 e 2002, foram aprovadas novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em saúde apontando como adequada uma formação profissional que contemplasse o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Porém, em função da autonomia universitária garantida pela LDB, houve o temor de que essas novas diretrizes não passassem de uma recomendação apenas. Entretanto, a Constituição Nacional de 1988 havia definido saúde como tema de relevância pública e, por isso, a universidade, apesar de autônoma, não poderia ser soberana com relação à formação de profissionais dessa área. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM 2005).

Assim, coube ao Estado estabelecer uma cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação com o intuito de garantir uma articulação entre a educação superior em saúde e o sistema nacional de saúde vigente, SUS. Essa cooperação permitiu ao setor saúde intervir na formação profissional cumprindo, assim, a determinação, já presente na Lei 8080/90, de que caberia ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde de acordo com seus conceitos, diretrizes e objetivos. (CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, 2001; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM 2005).

Dessa forma, como assinalou Ceccim (2005, p 37):

...as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS devem constituir-se em referência para propor o perfil profissional a ser formado, as oportunidades e os fatores de exposição à aprendizagem, o projeto político-pedagógico, a organização e a orientação do currículo e das práticas de ensino, a produção de conhecimento e as relações estabelecidas pela escola com o sistema de saúde local.

Com relação à medicina, essas novas diretrizes curriculares enfatizaram a formação de um profissional competente em todos os níveis de atenção à saúde e capaz de atuar no SUS com qualidade e resolutividade. Além disso, permitiram a flexibilidade curricular respeitando a singularidade de cada escola, porém exigindo seu comprometimento social e político, bem como o atendimento às necessidades e demandas da sociedade. Tornou-se necessário, para isso, ultrapassar os muros dos hospitais ensino e vincular a formação à vivência da realidade para que fosse possível alcançar sua compreensão crítica. (COSTA NETO, 2000; LAMPERT, 2002; BLANK, 2006).

Passou a ser exigida uma formação médica geral, humanista, crítico-reflexiva e com atitudes voltadas à cidadania e à atuação em equipe que acabou aproximando o perfil do médico a ser formado daquele requerido para a atuação junto à comunidade sem, contudo, haver um abandono da qualidade técnica. O emprego de conhecimentos técnicos foi conciliado à consideração de fatores psicossociais para a prática em saúde. (LAMPERT, 2002; RONZANI; RIBEIRO, M. S., 2003).

Com as novas diretrizes, o projeto pedagógico passou a ser uma construção coletiva, centrada no aluno como sujeito do processo ensino-aprendizagem e adotando o professor como um facilitador desse processo. Logo, para a sua implementação, tornou-se importante adequar o corpo docente à sua nova função de facilitador do processo ensino-aprendizagem. (LAMPERT, 2002).

Além disso, a formação baseada em competências, ou seja, na capacidade para aplicar adequadamente conhecimentos e habilidades para alcançar um determinado resultado em um contexto complexo, acabou conquistando amplo espaço. Visto que ela exigia a vivência de interações num contexto real como forma de garantir a qualificação crescente do profissional em formação, uma efetiva integração entre processos de ensino-aprendizagem e de produção de serviços foi indispensável. Atrelado a isso estava também o desenvolvimento urgente de uma correta metodologia de avaliação da aquisição de competências. (SANTANA; CAMPOS, F. E.; SENA, 1999).

Em função da cooperação técnica estabelecida entre os Ministérios da Educação e da Saúde para que as mudanças na formação médica de fato ocorressem, em dezembro de 2001, foi lançado o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), uma política de Estado interministerial para a reafirmação das orientações contidas nas novas diretrizes curriculares. (LAMPERT, 2002; AMORETTI, 2005).

Esse programa contou com o apoio da OPAS e teve como objetivo principal incentivar a adequação dos currículos das escolas, a produção de conhecimento e a educação permanente à realidade social e de saúde da população brasileira contribuindo para a consolidação do SUS. Iniciado, efetivamente, em 2002, previa-se um auxílio financeiro, por um período de três anos, às escolas que apresentassem projetos de adequação às novas diretrizes curriculares. (UNIVERSIDADE..., s/d a; UNIVERSIDADE..., s/d b).

Em novembro de 2005, dando continuidade à parceria anteriormente estabelecida, os Ministérios da Saúde e da Educação, apoiada pela OPAS, instituíram um o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O objetivo do Pró-Saúde foi integrar ensino e serviços para a reorientação da formação profissional de modo a assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica e na transformação dos serviços prestados à população. (BRASIL, s/d).

Esse processo de reorientação da formação estruturou-se em três eixos de transformação: reorientação teórica, cenários de prática e reorientação pedagógica. Dessa forma, as prioridades foram: investir em pesquisa clínica-epidemiológica; enfatizar a educação permanente; instituir processos práticos de aprendizagem ativa e crítica, baseados na solução de problemas; priorizar a avaliação formativa e somativa; diversificar os cenários de aprendizagem abrangendo diferentes níveis de atenção, conciliar excelência técnica e relevância social e, finalmente, incentivar a interação precoce dos estudantes com a comunidade e o trabalho multiprofissional. (BRASIL, s/d).

Foram previstos três anos de apoio financeiro a projetos que apresentassem potencial de transformação do modelo de formação, inicialmente, dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, profissões integrantes da estratégia do Saúde da Família. Posteriormente, em novembro de 2007, o Pró-Saúde foi estendido, também, aos demais cursos de graduação da área da saúde. (BRASIL, s/d).

Ainda em 2007, uma terceira iniciativa interministerial foi aprovada, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), destinado ao fomento de grupos de aprendizagem tutorial nas práticas do SUS. Com o PET-Saúde os ministérios pretenderam destinar incentivos e bolsas a programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço e de iniciação ao trabalho e estágio dirigidos a profissionais ou estudantes da área da saúde sob a preceptoria ou tutoria acadêmica de um docente de acordo com as necessidades do SUS. Os incentivos e bolsas eram concedidos por um ano e novos projetos deveriam ser apresentados ao final deste período. (BRASIL, 2007).

De um modo geral, o processo de mudança, na maioria das escolas médicas brasileiras, nos últimos anos, tem se concentrado em torno da implantação das novas diretrizes curriculares. Nesse contexto, os maiores desafios enfrentados têm

sido: a formação e a educação continuada dos docentes, a introdução de inovações pedagógicas, a inserção de professores e estudantes nas práticas do sistema de saúde vigente e a formação de profissionais críticos e criativos, capazes de aprender a aprender e de reconstruir permanentemente sua identidade profissional. (TEIXEIRA, 2003).

3.4 Medicina e ensino médico na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Em 1934, foi fundada, em São Paulo, capital, a Universidade de São Paulo (USP), em resposta à necessidade de fomentar o progresso social e formar dirigentes nesse estado. Em 1948, em função do desejo de estender, ao interior do estado de São Paulo, a emergente modernidade vivenciada nas duas últimas décadas, 30 e 40, pela capital do estado, uma lei estadual contemplou várias cidades do interior com escolas para formação superior. Entre elas estava Ribeirão Preto, com uma Faculdade de Medicina. Porém, como a execução da lei estadual se mostrou inviável, a futura escola foi então subordinada à USP que, após receber ordens do Governo do Estado para a instalação imediata da nova escola, acabou por dispor de 138 livre-docentes interessados em integrar seu corpo acadêmico. (MORAES, s/d; PAULA, 2002; UNIVERSIDADE..., [2007]).

A estrutura didático-filosófica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) teve como base as proposições elaboradas ao final do Congresso Pan-Americano de Educação Médica, realizado em Lima, em 1951. Assim, optou-se por: sistematizar o curso em graduação e pós-graduação, adotar a Medicina Preventiva, ter na clínica médica o alicerce didático-filosófico, adotar o sistema departamental (Departamento de Clínica Médica e Departamento de Cirurgia), oferecer número de vagas restrito e proporcional à capacidade didática, tornar o internato obrigatório e adotar critérios científicos, morais e psicológicos para a seleção dos ingressantes. Além disso, o curso deveria ser ministrado em tempo integral e uma escola de enfermagem e um hospital escola deveriam ser construídos. (MORAES, s/d).

Houve, desde sempre, uma preocupação em fundar uma escola inovadora, focada no trinômio ensino-pesquisa-serviço, voltada ao atendimento das necessidades da indústria e capaz de realizar investigações científicas que em nada

perderiam quando comparadas às dos grandes institutos como: Manguinhos, Butantã e Biológico. O primeiro diretor da FMRP, Zeferino Vaz, adotou o tempo integral como regime de trabalho para professores tanto da área básica quanto da clínica desde a fundação da escola. Além disso, a estrutura didático-filosófica adotada satisfazia exigências da Fundação Rockefeller para a concessão de apoio financeiro à nova escola. (MORAES, s/d; MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

Apesar de ter sofrido forte influência do modelo de ensino norte-americano pós-Flexner, os modelos europeus de ensino médico também tiveram alguma influência sobre a FMRP uma vez que os primeiros docentes recrutados para atuar na nova escola, juntamente com os docentes cedidos pela USP, vieram, na quase totalidade, de centros de formação europeus. (RODRIGUES, M. L. V., 2002).

O primeiro processo seletivo para o curso de Medicina aconteceu em abril de 1952 e, em maio desse mesmo ano, as primeiras aulas foram ministradas. A estrutura curricular original previa 32 disciplinas obrigatórias e mais 05 em caráter facultativo e, desde a primeira turma, o internato foi tido como obrigatório, integrando o currículo do curso e permitindo ao estudante optar pela clínica ou pela cirurgia. Durante esse período de internato, o ensino era integrado e cientificamente embasado, mas considerava também os aspectos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença. (MORAES, s/d; MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

Em 1956, por meio de uma cessão de direito concedida pela Fundação Sinhá Junqueira, o hospital escola pode ser estruturado permitindo o início dos programas de Residência Médica. Em 1957 foi implantada uma nova seriação de disciplinas no intuito de tornar o ensino mais lógico e condizente com a formação do médico. E, entre 1959 e 1960, cinco comissões trabalharam de forma consecutiva no estudo do entrosamento das disciplinas analisando criticamente e propondo reformas no currículo. Esse estudo resultou, em 1960, no desaparecimento das modalidades clínica e cirúrgica para o internato e no surgimento do Internato Único composto por estágios rotativos, durante um período de 32 semanas, havendo ainda a possibilidade de realizar um estágio optativo, desenvolvido em mais 16 semanas. Após a efetivação dessas reformas, a carga horária total do curso era de aproximadamente 6500 horas, acrescidas de plantões noturnos no hospital escola e na Santa Casa de Ribeirão Preto. (MORAES, s/d; MAGRINI; MARTINEZ, 2002; MOREIRA, 2002).

Ao final dos dez primeiros anos de funcionamento, a FMRP já podia ser considerada uma instituição de ensino amadurecida e bem estruturada. Graças ao apoio financeiro de instituições nacionais e internacionais, principalmente, Fundação Rockefeller, ela conseguiu adquirir equipamentos para seus laboratórios, montar serviços e aperfeiçoar docentes no exterior podendo dessa forma produzir cientificamente, participar de eventos e publicar trabalhos em revistas nacionais e internacionais. (MORAES, s/d).

Em 1965, outra alteração curricular introduziu, no primeiro ano de curso, disciplinas não convencionais para a época: Genética, Matemática aplicada à Biologia e Estatística e, nesse mesmo ano, o curso de Ciências Biológicas foi iniciado. E, quando o Estado, na década seguinte, institucionalizou os cursos de pós-graduação *stricto sensu*, já havia registro de 149 doutores formados pela FMRP. (MORAES, s/d; MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

Em 1970, uma portaria da USP estabeleceu normas sobre atividades didáticas, incluindo, entre elas, diretrizes para coordenação dessas atividades e para a organização disciplinar, a hierarquização e a semestralidade. Como a FMRP já atendia às diretrizes estabelecidas para a organização disciplinar, hierarquização e semestralidade, faltava apenas tratar da coordenação das atividades didáticas. Para isso, em 1971, a Congregação da FMRP constituiu a Comissão Coordenadora de Ensino (CCE) composta por representantes docentes e discentes. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

A marcante dedicação da FMRP à pesquisa e à formação pós-graduada, percebida como motivadora de descaso para com o ensino médico de graduação e desencadeadora de uma formação exageradamente biológica e técnica, fez com que a CCE, durante seus primeiros 05 anos de trabalho, se preocupasse em tentar definir os objetivos e a estrutura do curso de Medicina bem como as formas de avaliação dos estudantes. Havia uma falta de definição do tipo de médico a ser formado e de integração entre as disciplinas em virtude da departamentalização e, por isso, ela propunha uma composição mais lógica do curso, dividido em: dois anos de ciclo básico, três de aplicação e um de internato. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002; UNIVERSIDADE..., [2007]).

Mesmo assim, a despeito do trabalho desenvolvido pela CCE, a década de 70 foi marcada pela introdução das especialidades na formação proporcionada pela FMRP propiciando a multiplicação das disciplinas no curso clínico, muitas como

desdobramento de outras. O total de disciplinas passou de 38, em 1962, para 42, em 1972 e 68, em 1982. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

Entre 1977 e 1978 um novo prédio para funcionamento do hospital escola, o Hospital das Clínicas (HCFMRP), localizado no *campus*, foi ativado. E, apesar de, nesta mesma época, a FMRP receber aval para a operacionalização de um Centro de Saúde Escola (CSE) destinado ao ensino da Medicina Comunitária, esse hospital, juntamente com a Unidade de Emergência instituída em seu antigo prédio, no centro da cidade, tornou-se o pilar de todo o ensino médico da FMRP durante as duas décadas seguintes. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

Em 1980, foi realizado um seminário sobre ensino médico na FMRP que concluiu serem vantagens do curso a adoção do regime de trabalho sob dedicação exclusiva, a ênfase nas ciências básicas e a adoção da psicologia e da Medicina Preventiva desde a fundação da escola. Em contrapartida, houve o reconhecimento da existência de pontos desfavoráveis: falta de integração horizontal e vertical, prática comunitária insuficiente e pequena motivação do estudante devido à falta de integração entre conhecimentos básicos e clínicos. Em função dessas constatações, a Congregação da FMRP criou uma Comissão de Planejamento de Ensino (CPE), que atuou até o ano de 1983, e cujos principais méritos foram: definir 08 objetivos terminais para o curso médico e sugerir uma nova estrutura curricular. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

Não houve muita integração entre a CCE e a CPE e enquanto esta última atuava no planejamento do ensino, a primeira se dedicou a capacitar didática e pedagogicamente os docentes da FMRP. Além disso, ela vetou a expansão das disciplinas do curso durante a década de 80, por entender que a carga horária se encontrava próxima da saturação e que já havia excessiva fragmentação do conhecimento, passando a defender uma revisão aprofundada da estrutura curricular do curso. Essa revisão, autorizada pela Congregação da FMRP em 1986, permitiu que a CCE analisasse e validasse os dados obtidos pela CPE, aprovando os objetivos terminais estabelecidos, que foram, em 1987, aprovados também pela Congregação da FMRP. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

Durante o período pós-redemocratização, a FMRP foi decisiva para consolidar Ribeirão Preto como um pólo em saúde. Ela adotou as modificações impostas ao ensino pelo SUS expandindo seu *campus* extra-muros e realizando ações de saúde, ensino e pesquisa em municípios da região, merecendo destaque ações realizadas

em Cássia dos Coqueiros. Nessa época ela já contava com um Centro de Processamento de Dados Hospitalares, vinculado ao Departamento de Medicina Social, que se dedicava à coleta e processamento de dados de vários hospitais da região. Contava, ainda, com uma rede própria de serviços que englobava: um hospital escola; uma unidade de emergência hospitalar; um hospital-dia psiquiátrico, com psicoterapia e psicologia médica e um Centro de Saúde Escola. (MOREIRA, 2002).

Em 1988, a CCE passou a ser denominada Comissão de Graduação (CG) sendo composta por sete docentes, indicados pela Congregação da FMRP, e por um representante discente. Nessa mesma época, um Centro de Apoio Educacional Pedagógico (CAEP) foi criado pela CG para prestar-lhe colaboração técnica e um processo de avaliação contínuo das disciplinas pelos alunos foi aperfeiçoado, tornando-se fonte permanente de dados para revisão curricular. Entre agosto de 1989 e novembro de 1990, a CG trabalhou junto a coordenadores de disciplinas e representantes discentes buscando estabelecer propostas concretas de reformulação da estrutura curricular do curso médico da FMRP. As conclusões desse trabalho foram o ponto de partida para que ela apresentasse à Congregação da FMRP, em 1991, um documento que embasou uma nova reforma curricular, aprovada em 1992. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

A organização política da FMRP em Departamentos autônomos era a maior dificuldade enfrentada para essa reforma curricular. Durante o período anterior à reforma, foram constatadas muitas distorções que resultavam em egressos com formação inadequada aos objetivos terminais da FMRP, fato só corrigido mediante ingresso num curso de Residência Médica. Muitos conteúdos eram desenvolvidos, de forma desvinculada desses objetivos, somente por existirem docentes especializados neles, enquanto outros eram retirados da grade curricular por faltar docentes para ministrá-los e de interesse departamental em contratá-los. Quanto maior o número de horas-aula sob responsabilidade de um departamento maior era a sua força para ampliar seu quadro docente e seu poder decisório dentro da instituição, independente dos interesses educacionais desta última. (PRADO, 1996; TRONCON, 1999).

Mesmo assim, a reforma foi implantada a partir de 1993, e completada em 1998, sendo a mais extensa reforma sofrida pela FMRP desde sua fundação. As 20 vagas destinadas ao curso de Ciências Biológicas foram incorporadas ao curso de

Medicina que passou a oferecer 100 vagas e ser denominado Ciências Médicas. Dessa forma, após os dois primeiros anos, o estudante teria a opção de cursar Medicina ou Ciências Biológicas – Modalidade Médica, sem prejuízo de uma posterior graduação em Medicina. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

Visando o aprendizado integrado e a otimização da carga horária do curso, várias disciplinas foram fundidas ou agrupadas e outras, obrigatórias e optativas, foram introduzidas. Exemplo disso foi a introdução, já no primeiro ano do curso, de uma disciplina, Iniciação à Saúde, que permitia aos estudantes ter contato com os ambulatórios da rede básica de serviços de saúde e com domicílios e equipamentos comunitários, como creches e asilos. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002; ROCHA, J. S. Y., 2002).

O internato foi duplicado, passando a ter duração de dois anos, e a prática em saúde na comunidade durante esse período foi intensificada. No decorrer do primeiro ano do internato, por um período de 08 semanas, as disciplinas: Estágio Integrado e Medicina Comunitária I permitiam aos estudantes a prática na rede básica de saúde, nas instituições comunitárias e na própria comunidade. E, no segundo ano, a Atenção Primária persistia como foco das disciplinas Estágio Integrado e Medicina Comunitária II, com duração de 04 semanas. Além disso, ainda havia espaço na grade curricular para o treinamento em práticas especializadas. (FORSTER; et al., 2001; ROCHA, J. S. Y., 2002).

Essas mudanças trouxeram a necessidade de se estabelecer uma estrutura multidisciplinar capaz de organizar e coordenar as relações interinstitucionais geradas a partir da prática em Atenção Primária e Medicina de Família. Por isso, em 1997, a FMRP criou o Centro de Atenção Primária e Saúde da Família (CAP), grupo multidisciplinar responsável pela promoção da integração institucional para o ensino de graduação e de pós-graduação e pelo desenvolvimento da pesquisa e extensão de serviços à comunidade. (FORSTER; et al., 2001).

Com relação aos recursos físicos, a FMRP investiu na otimização dos espaços destinados ao ensino, reformando e climatizando anfiteatros e dotando-os de recursos audiovisuais e de sonorização, modernos e eficientes. Outro ponto positivo foi a disponibilização de modernos recursos de informática e vídeo aos estudantes incentivando sua auto-aprendizagem. (PRADO, 1996).

Ao final da reforma, o número total de disciplinas manteve-se próximo a 70 e a carga horária, incluindo estágios e plantões, próxima a 11000 horas. Também

houve a redução da influência departamental sobre as disciplinas e o aumento do controle da CG sobre eles. (MAGRINI; MARTINEZ, 2002).

Entre 1993 e 2001, um programa de avaliação terminal de desempenho dos estudantes em provas de conhecimentos, habilidades e atitudes permitiu verificar os significativos avanços trazidos pelo novo currículo à formação dos egressos da FMRP. Porém persistiam dificuldades: aulas teóricas ainda eram ministradas, estendendo-se por até quatro horas, muito mais com o intuito de servir de roteiro de estudos para as avaliações do que esclarecer fenômenos; o conteúdo de diversas disciplinas ainda era organizado do mesmo modo permitindo que um grande volume de informações fosse transmitido em poucas horas-aula, gerando sobrecarga; e o tempo gasto com o ensino de graduação ainda não era valorizado, contando mais para o progresso na carreira docente e para a melhoria salarial a produção científica e o ensino de pós-graduação. (PRADO, 1996; UNIVERSIDADE..., [2007]).

Entre 2001 e 2002 houve um novo rearranjo de conteúdos e uma melhor definição dos módulos que compunham as grandes disciplinas do ciclo básico. No entanto, o projeto político-pedagógico em vigor na FMRP, nesta ocasião, não atendia plenamente as novas diretrizes curriculares nacionais para o ensino médico aprovadas em 2001. Assim, foi necessário que ele passasse por uma revisão, aprovada pela Congregação em 2007, que considerou a necessidade de: iniciar precocemente o estudante em problemas de saúde e em atividades de formação humanística, reservar-lhe algum tempo livre para estudo e engajamento em atividades extracurriculares e/ou culturais e equilibrar sua exposição aos serviços que compunham diferentes níveis de atenção à saúde reduzindo o evidente predomínio do nível terciário, HCFMRP, em relação aos demais. (UNIVERSIDADE..., [2007]).

Dessa forma, optou-se por manter a estruturação do curso em três etapas, similares aos antigos ciclos básico, clínico e internato, porém, permitindo uma maior flexibilidade para a mescla de conteúdos e o desenvolvimento de atividades de forma articulada ao longo dos anos por meio de eixos longitudinais de formação. Ao todo foram idealizados três eixos longitudinais de formação: (1) Atenção à Saúde da Família e da Comunidade, (2) Bioética e Formação Humanística e (3) Formação Complementar e Desenvolvimento Pessoal Integral. (UNIVERSIDADE..., [2007]).

O primeiro eixo deveria proporcionar contato precoce e permanente do estudante com a comunidade, permitindo-lhe conhecer seus equipamentos sociais e

de saúde abordando a saúde individual e coletiva como fenômeno bio-psico-social. Ele seria constituído por disciplinas seqüenciais articuladas a outras disciplinas e terminaria, na última etapa do curso, nos Estágios Integrados e de Medicina Comunitária. (UNIVERSIDADE..., [2007]).

Já o segundo, trataria o conteúdo de Bioética, Ética Médica e Filosofia articulado, em etapa intermediária, ao ensino da História da Medicina e, em etapa mais avançada, aos conteúdos e práticas das disciplinas aplicadas e às situações reais vivenciadas no cotidiano dos estágios. (UNIVERSIDADE..., [2007]).

Tanto o primeiro eixo quanto o segundo, permitiriam ao docente a oportunidade de desenvolver metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem, priorizando o protagonismo dos estudantes e a utilização da tutoria, bem como metodologias inovadoras de avaliação de aproveitamento. (UNIVERSIDADE..., [2007]).

Por fim, o terceiro eixo seria composto por períodos livres, de quatro horas semanais fixas, planejados juntamente com a grade curricular do 1º ao 8º semestre que permitiriam ao estudante se dedicar a atividades extracurriculares e/ou culturais. (UNIVERSIDADE..., [2007]).

Todas essas mudanças foram introduzidas na grade curricular do curso de ciências médicas da FMRP no 1º semestre do ano letivo de 2008.

4 *M*ETODOLOGIA

4.1 Objeto de estudo

O desenvolvimento do conhecimento envolve não só a capacidade para a observação prolongada e precisa dos eventos, mas principalmente a habilidade para distinguir neles padrões de comportamento reconhecíveis e mensuráveis. No entanto, alguns desses comportamentos são inerentemente difíceis de mensurar. (MINAYO; SANCHES, 1993).

Quanto mais variáveis e complexos são os eventos estudados, mais lento e incerto é o progresso do conhecimento sobre os mesmos. Mas, em contrapartida, a medida que a identificação e mensuração de seus padrões de comportamento vai se tornando mais acurada e extensiva, esse progresso passa a ser mais rápido e certo. (MINAYO; SANCHES, 1993).

Conhecer bem todos os aspectos relevantes relacionados a um dado evento é o primeiro passo para reconhecer seus padrões de comportamento e, conseqüentemente, de suma importância para a escolha do melhor método para mensurá-los quando se pretende estudá-los. (MINAYO; SANCHES, 1993).

Por esse motivo, para que se pudesse: determinar qual o método mais adequado para reconhecer e mensurar padrões de comportamento relativos ao evento objeto desse estudo, a disciplina ASCI, quais as limitações a que ele se sujeitaria e como proceder para aplicá-lo e analisá-lo, o primeiro passo foi conhecer todos os aspectos a ele relacionados.

4.1.1 Aspectos relevantes da disciplina

4.1.1.1 Objetivo

O objetivo da disciplina ASCI é propiciar ao estudante do curso de ciências médicas da FMRP contato precoce com a comunidade e com famílias, permitindo-lhe conhecer: uma comunidade, os diferentes equipamentos sociais e de saúde aí existentes e os problemas de saúde físicos, psicológicos, sociais e ambientais,

vivenciados pelos seus membros. Dessa forma, espera-se ampliar a concepção deste estudante sobre saúde tornando-o próximo de seu futuro objeto de trabalho. (UNIVERSIDADE..., s/d c).

Este objetivo foi construído obedecendo às novas diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em medicina, aprovadas em 2001, sobretudo, seu artigo 12º que estabelece que os cursos devem estruturar-se tendo como eixo as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, inserindo os estudantes em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional, desde o início de seu processo de formação, propiciando interação ativa deles com usuários e profissionais dos serviços, lida com problemas reais e responsabilização crescente como agentes prestadores de cuidados e atenção, obedecendo, sempre, ao grau de autonomia por eles já conquistado. (BRASIL, 2001).

4.1.1.2 Metodologia de ensino-aprendizagem

Como estava previsto desde a estruturação do eixo longitudinal de formação do qual faz parte a disciplina ASCI, os docentes teriam total liberdade para trabalhar os diversos conteúdos empregando tanto metodologias de ensino-aprendizagem tradicionais quanto as inovadoras. (UNIVERSIDADE..., [2007]).

Assim, a meta da coordenação da disciplina foi empregar ao máximo a problematização como metodologia de ensino-aprendizagem. Metodologia essa fortemente comprometida com uma visão crítica da relação educação-sociedade, geradora de uma educação libertadora, emancipatória e capaz de transformar, uma vez que leva à conscientização sobre direitos e deveres do cidadão, e pautada no princípio de que, ao conhecer problemas reais, o indivíduo se torna mais capaz de intervir na realidade. (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Como toda metodologia, a problematização tem uma orientação geral constituindo-se em “um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados”. Sua utilização é recomendada quando se estuda temas relacionados à vida em sociedade, o que a torna uma alternativa apropriada para o ensino superior, sempre que esses temas façam parte do programa de ensino proposto. (BERBEL, 1998, p 144).

Ela é desenvolvida em cinco etapas: (1) observação da realidade e/ou problema; (2) identificação de pontos chaves que, se modificados, poderiam resultar na solução do problema; (3) teorização, ou seja, período dedicado à pesquisas e à busca de esclarecimento sobre o problema e seus pontos chaves; (4) formulação de hipóteses de solução e (5) aplicação prática das mesmas. O Resultado disso é a interação entre estudante e objeto de estudo com perspectivas de que ambos acabem se transformando. (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Essa é uma metodologia capaz de preparar o estudante para uma atuação com intenção transformadora, permitindo que ele contribua para uma vida em sociedade mais digna ao mobilizar seus potenciais: social, político e ético. Dessa forma, ele passa a utilizar o estudo como base para agir de maneira participativa na construção da história do seu tempo. (BERBEL, 1998).

4.1.1.3 Conteúdos

Com a finalidade de cumprir o objetivo proposto para a disciplina ASCI conseguiu-se foram selecionados alguns conteúdos: comunicação e relacionamentos interpessoais; saúde e meio ambiente – fatores de risco e proteção; epidemiologia dos acidentes de trânsito; anticoncepção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS); cuidados e proteção do profissional da saúde; drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo; recursos e equipamentos sociais; recursos e equipamentos da saúde; serviço de resgate de emergências; espiritualidade e saúde; aspectos ansiogênicos do curso médico; SUS; antropometria e sinais vitais; doenças provenientes do lixo e da água contaminada; territorialização; visita domiciliar e avaliação das condições de moradia. (UNIVERSIDADE..., s/d c).

Alguns desses conteúdos foram trabalhados na forma de seminário por docentes especialmente convidados para isso: anticoncepção e prevenção das DST e da AIDS, epidemiologia dos acidentes de trânsito e drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo. Após uma exposição oral sobre o tema, foram fornecidos aos discentes, divididos em pequenos grupos, materiais para leitura. Ao final, cada grupo expôs oralmente, para toda a turma, suas percepções sobre o material lido.

O conteúdo comunicação e relacionamentos interpessoais foi introduzido em uma reunião logo no início do ano letivo. Posteriormente, ao longo do primeiro semestre, cada discente relatou, por escrito, momentos de interação interpessoal por ele vivenciados, observando aspectos da comunicação verbal e não-verbal empregados. Foram indicadas leituras e, ao final desse semestre, foi realizada uma apreciação crítica dos conhecimentos adquiridos sobre esse tema.

Alguns convidados apresentaram depoimentos sobre o tema espiritualidade e saúde, sob a coordenação de um docente. Ao final de cada depoimento, foi reservado um tempo para que os estudantes interagissem com os depoentes, refletindo sobre o que foi exposto.

Os conteúdos aspectos ansiogênicos do curso médico e auto-proteção do profissional de saúde foram trabalhados por docentes convidados, fora da sala de aula e com a turma dividida em grupos. Para o segundo conteúdo foi elaborado, pela coordenação da disciplina, um roteiro de observação dos aspectos relacionados à auto-proteção de profissionais em serviço e um material para leitura extra-classe foi disponibilizado.

O conteúdo serviço de resgate de emergências foi trabalhado na forma de seminário, ministrado por um bombeiro, cuja ênfase estava em distinguir os papéis de bombeiros e profissionais de saúde no resgate às vítimas em situação de emergência.

Finalmente, os demais conteúdos: meio ambiente, e saúde – fatores de risco e proteção; territorialização; recursos e equipamentos da saúde; recursos e equipamentos sociais; SUS; antropometria e sinais vitais; visita domiciliar e avaliação das condições de moradia, bem como, prevenção de doenças – teste de acuidade visual e promoção de saúde – atividades educativas com escolares sobre preservação do meio ambiente (doenças provenientes do lixo e da água contaminada) foram trabalhados junto à comunidade.

Foram organizados momentos de interação entre estudantes e comunidade e/ou serviços de saúde. Para cada tema foi desenvolvido um roteiro de ação com o intuito de nortear o aprendizado. Após a interação houveram momentos de discussão e reflexão, alguns deles subsidiados por textos de apoio previamente disponibilizados.

4.1.1.4 Diversificação de cenários, aprendizagem por meio de vivências e interação com a comunidade

Outra preocupação da disciplina ASCI foi atender às novas diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em medicina quando estas estabelecem, novamente em seu artigo 12º, que os cursos de graduação devem: privilegiar a participação ativa do estudante na construção de seu conhecimento, estimulado pelo trinômio ensino-pesquisa-assistência; promover a integração entre as dimensões biológica, psicológica, social e ambiental, envolvidas no processo saúde-doença; inserir esse estudante precocemente em atividades práticas relevantes para sua futura vida profissional, proporcionando-lhe interação ativa com usuários e profissionais de saúde e utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo-lhe conhecer e vivenciar situações variadas de vida, de organização da prática e de trabalho, em equipe multiprofissional. (BRASIL, 2001).

Essas diretrizes apóiam-se no fato de que, para se tornar um bom médico, além de acumular conhecimento, um estudante precisa se capacitar a captar inquietações do outro, considerando o contexto no qual ele se insere. Esse aprendizado só é possível mediante o desenvolvimento de um relacionamento intenso com a comunidade, pois é a partir da percepção da realidade (condições de vida, cultura e costumes de comunidades) que o estudante aprende a relacionar processo saúde-doença aos modos de vida e trabalho dos indivíduos. (BLANK, 2006; FERREIRA; SILVA, R. F.; AGUERA, 2007).

Essa relação entre a aprendizagem e locais onde ela ocorre sugere ser ideal que um processo de formação aconteça em múltiplos espaços, pois, inserido em cenários reais o estudante desenvolve capacidades para lidar com o outro, sedimenta competências e habilidades essenciais à atuação clínica, como: postura, comunicação, valorização do contexto, ética e trabalho em equipe, e aprende a atentar sempre para as necessidades de saúde da comunidade por ele atendida. (FAGUNDES; BURNHAM, 2004; BLANK, 2006).

O desenvolvimento de ações em saúde e o confronto com problemas reais podem, ainda, levar os estudantes a uma nova concepção de aprendizagem: aliar a utilização de capacidades prévias à busca de novos conhecimentos para o enfrentamento de situações que emergem do cotidiano. Essa aprendizagem, sendo

mais significativa, possibilita a construção de novos saberes e contrapõe-se a idéia de que a teoria deva anteceder a prática. (FERREIRA; SILVA, R. F.; AGUERA, 2007).

No entanto diversificar os cenários de ensino-aprendizagem representa um grande desafio, principalmente para os estudantes, que resistem à atuação em cenários que se distanciam dos ideais por eles cultivados: hospitais privados ou consultórios próprios. Muitas vezes, é difícil para eles visualizar os novos cenários como espaços eficazes tanto de relacionamento entre sujeitos quanto de aprendizagem. Em casos assim, sua incorporação ao processo de produção de serviços, gera mudanças no processo de formação, acabando por tornar essa visualização possível. (FERREIRA; SILVA, R. F.; AGUERA, 2007).

Por outro lado, as práticas na comunidade requerem da instituição um saber escutar antes de intervir, mudança radical no seu comportamento habitual de já chegar ensinando, ordenando, classificando e modificando. A elas cabe a tarefa de mudar a formação profissional sem que isso transforme os cenários reais em locais privilegiados de prática educacional, o que acabaria por descaracterizá-los. Tanto docentes quanto estudantes devem incorporar-se ao processo de produção de serviços, estabelecendo com profissionais e comunidade relações horizontais. (FEUERWERKER; COSTA, H.; RANGEL, M. L., 2000; FAGUNDES; BURNHAM, 2004).

Do confronto entre diferentes visões sobre um mesmo evento ou fenômeno derivam novos conhecimentos, saberes e idéias para a solução de problemas reais. Por isso mesmo, é importante não esquecer que o aprendizado não acontece somente na Atenção Básica e que outros conhecimentos também devem ser construídos pelo estudante ao longo do curso. Porém, o aprendizado precoce nesses cenários é capaz de estabelecer vínculos, promovendo uma formação crítico-reflexiva e desenvolvendo capacidades para o aprender a aprender a partir da realidade. (FAGUNDES; BURNHAM, 2004; FERREIRA; SILVA, R. F.; AGUERA, 2007).

Geralmente, os trabalhos desenvolvidos em cenários diversificados se pautam, durante o início do curso, em ações de saúde coletiva, preventivas e/ou promotoras de saúde. Já estudantes em etapas de formação mais avançadas podem participar de ações clínicas. Porém, em qualquer dos dois casos, a continuidade das ações deve ser uma preocupação constante podendo requerer,

inclusive, a busca por parcerias intersetor para sanar problemas identificados. (FEUERWERKER; COSTA, H.; RANGEL, M. L., 2000).

Outro benefício trazido pela atuação em serviços é permitir ao estudante perceber como se estabelecem e qual a dinâmica das relações de poder, desenvolvendo sua interpretação crítica sobre o sistema de saúde e levando-os a incluir na sua atuação a análise da realidade, o planejamento, o gerenciamento e a posterior avaliação das ações a serem executadas. (FEUERWERKER; COSTA, H.; RANGEL, M. L., 2000).

De acordo com Blank (2006, p 30):

...a vida é tão complexa e diversificada, que não há variações suficientes de cenários da prática educativa médica para fazer frente a todos os seus aspectos. Um médico cresce ao longo do desenvolvimento do seu trabalho. Se bem orientado no início da trajetória, depois de alguns anos de estudo, aprende a seguir por si mesmo o curso de ação ideal e, tendo aprendido a realizar adequadamente o seu trabalho, torna-se senhor das várias artes da clínica, bem como da arte de aprender continuamente.

4.1.1.5 Tutoria, divisão em pequenos grupos e discussões em grupo

De um modo geral, é comum que docentes, inclusive dos cursos de medicina, se mostrem resistente a modificações em sua prática, teimando em continuar ensinando de acordo com sua experiência prévia, sem aderir a novas metodologias de ensino-aprendizagem. Isso talvez ocorra porque mudanças ocasionam uma sensação de insegurança ao exigir o abandono de práticas arraigadas, como a prática da transmissão do conhecimento. No entanto, existe, atualmente, uma evidente necessidade de ressignificação do papel docente, de transmissor de conhecimentos para mediador e facilitador da aprendizagem do estudante, para que um ensino médico mais apto a atender às necessidades da sociedade possa ser construído. (COSTA, 2007).

O maior problema da adoção de metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras é, sem dúvida, o recrutamento e a capacitação de docentes para a tutoria, ou seja, para dar suporte ao estudante durante a construção do seu próprio conhecimento, um pré-requisito básico para que essas metodologias possam ser implementadas. Isto porque, ela requer uma aproximação docente-estudante não familiar, permeada por momentos em que eles discutirão informações coletadas pelo

próprio estudante e que podem divergir do que o docente considera um conhecimento relevante. Nesses momentos o docente terá que assumir seu novo papel de orientador do estudante ajudando-o a separar informações relevantes das irrelevantes para a construção de novos conhecimentos. (WIERZCHON, 2002).

Orientar essa separação de informações requer do docente um grande conhecimento sobre o assunto a ser estudado, base de uma boa capacidade de discernimento. Para tanto, é importante que os objetivos educacionais da disciplina estejam bem claros para ele, que todos os recursos de aprendizagem utilizados pelo aluno estejam a sua disposição e que ele seja bem orientado pelo coordenador da disciplina tendo especialistas de diversas áreas a sua disposição para sanar dúvidas e trocar idéias. (WIERZCHON, 2002).

Para operacionalizar a tutoria, os estudantes devem ser divididos em pequenos grupos, sob a supervisão constante de um único tutor que deve acompanhar a construção do conhecimento colaborando para um aprendizado crítico. Isso, muitas vezes, o colocará diante de situações imprevistas, novas e desconhecidas. Ele deve ainda estar ciente do conhecimento prévio do estudante, ajudando-o a criar relações entre novas experiências e as anteriores, promovendo, assim, uma continuidade do conhecimento. Caberá a ele também provocar novas necessidades e desafios que levarão à busca por novos conhecimentos. (BERBEL, 1998; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Para que a tutoria fosse instituída na disciplina ASCI, os estudantes foram divididos em 10 grupos, cada um com 10 estudantes que trabalharam sempre juntos sob a supervisão de um tutor, médico ou não. Ao final do estudo de cada conteúdo sempre ocorria um momento de socialização dos conhecimentos construídos pelos grupos por meio de discussões em grupos maiores que reuniam até 50 estudantes. Isso acabava incitando ainda mais a reflexão uma vez que novos olhares sobre um mesmo tema passavam a ser considerados.

4.1.1.6 Comunicação mediada por computador como ferramenta de suporte ao processo ensino-aprendizagem

Quando os primeiros computadores digitais surgiram, por serem rápidos e precisos, foram vistos, basicamente, como uma máquina para cálculo. No entanto, experiências com troca de arquivos e de dados de usuários começaram a demonstrar que eles possuíam potencial para servir como meio de armazenamento e troca de mensagens. (OEIRAS; ROCHA, H. V., 2000).

O desejo de se comunicar faz parte da natureza humana e motiva os indivíduos a interagir, utilizando para tanto os mais variados meios. Com o surgimento das redes, os computadores puderam ser utilizados para compor e trocar mensagens entre usuários, motivo pelo qual eles foram rapidamente aceitos como meio de interação, permitindo a troca de informações em vários tipos de mídia: texto, áudio, vídeo, entre outras. Posteriormente, com a popularização da internet, milhares de pessoas se habituaram à comunicação mediada por computador. (OEIRAS; ROCHA, H. V., 2000).

Com o passar do tempo, esse tipo de comunicação se tornou uma oportunidade ímpar de suporte ao processo educacional facilitando o acesso dos estudantes a salas de aula virtuais, grupos de trabalho na rede, *campus* eletrônicos e/ou bibliotecas *online*. Conseqüentemente, inúmeras ferramentas computacionais dirigidas à educação, principalmente, ao ensino à distância, foram desenvolvidas em todo o mundo com o objetivo de facilitar a elaboração e disponibilização de material didático e o acompanhamento do desenvolvimento dos estudantes. (ROCHA, H. V., 2002).

Essas ferramentas uniram várias tecnologias de comunicação mediadas por computador aos recursos disponíveis na internet e se apoiaram em diversos tipos de metodologias de ensino-aprendizagem, das tradicionais às inovadoras, oferecendo a docentes e discentes ambientes que variavam desde os mais abertos e flexíveis aos mais restritivos e com poucas possibilidades de iniciativa. (ROCHA, H. V., 2002).

A disciplina ASCI adotou o TelEduc como ferramenta de suporte ao processo ensino-aprendizagem. Ele foi desenvolvido pelo Núcleo de Informática Aplicada à Educação (NIED) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e tem como elemento central, desde a sua concepção, disponibilizar atividades, permitindo um

aprendizado por resolução de problemas, subsidiado por diferentes materiais que podem ser colocados à disposição do estudante em seções como: material de apoio, leituras, perguntas freqüentes, etc. Essa ferramenta permite ainda uma intensa comunicação entre os estudantes e entre eles e o docente, além de possibilitar ampla visibilidade aos trabalhos desenvolvidos, por meio de: correio eletrônico, grupos de discussão, mural, portfólio, diário de bordo, e salas de bate papo virtual. (ROCHA, H. V., 2002).

Ela permite ao docente responsável pela disciplina autonomia para decidir quais seções estarão disponíveis aos estudantes, de acordo com os objetivos a serem atingidos ao utilizá-la. Além disso, tudo o que acontece nesse ambiente fica registrado podendo ser consultado a qualquer momento com a finalidade de atender à grande necessidade de reflexão que as metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras exigem de estudantes e docentes ao longo de todo o processo de construção do conhecimento. (ROCHA, H. V., 2002).

4.1.1.7 Metodologias de avaliação

Os novos paradigmas educacionais apontam a necessidade de preparar o estudante para lidar com uma sociedade em constante mudança requerendo, para tanto, uma reconstrução contínua do conhecimento. Dessa forma, o aprender a aprender prevalece sobre a memorização dos fatos tornando mais importante avaliar, ao fim do processo de aprendizagem, se o estudante se tornou mais competente ao invés de simplesmente identificar “o que” e “quanto” ele aprendeu. (BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S., 1998).

As metodologias de ensino-aprendizagem baseadas na resolução de problemas prevêm que a avaliação do conhecimento se dê por meio da avaliação do estudante pelo tutor e de avaliações cognitivas que simulem problemas a serem por eles analisados e resolvidos. (WIERZCHON, 2002).

Na disciplina ASCI, ao longo de todo o ano letivo, os estudantes foram avaliados por meio de, basicamente, quatro metodologias de avaliação diferentes, algumas mais tradicionais, outras mais influenciadas pelas inovações adotadas. A mais inovadora foi a avaliação diária realizada pelo tutor que, por estar próximo dos

estudantes, estaria apto à analisar a atuação de cada um identificando seus progressos com relação ao desenvolvimento de habilidades e atitudes necessárias para o exercício de sua futura profissão.

A ela se somaram os relatos individuais elaborados de forma a sintetizar conhecimentos adquiridos na execução de atividades (leitura, práticas, reflexões, etc.); os fóruns de discussão no TelEduc, introduzidos durante o segundo semestre letivo e que serviram para discutir aspectos relacionados às interações com a comunidade; e, finalmente, provas semestrais que permitiram ao estudante empregar os conhecimentos construídos na resolução de problemas simulados.

4.1.1.8 Carga horária

A disciplina ASCI é uma disciplina anual com uma carga horária total de 120 horas, distribuídas em blocos de quatro horas, com periodicidade semanal. Ao todo, foram 30 encontros que variaram entre seminários, preparação e realização de atividades junto à comunidade, momentos de socialização dos conhecimentos adquiridos e avaliação.

4.2 Abordagem metodológica adotada

A escolha da abordagem metodológica mais adequada ao cumprimento do objetivo desse estudo foi influenciada pela afirmação de Joseph Lowman de que uma avaliação discente mais comum costuma empregar uma abordagem quantitativa como, por exemplo, um questionário de avaliação por escala. Ao que ele complementa: havendo tempo para se dedicar à coleta de dados, esta abordagem não precisa ser a única e outros dados poderão ser acrescentados à avaliação quantitativa com o intuito de revelar percepções e/ou colher sugestões para o aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem. (LOWMAN, 2004).

Minayo e Sanches (1993, p 247) apesar de não tratarem especificamente da avaliação do processo ensino-aprendizagem, também contribuem com elementos

importantes para a escolha da metodologia a ser adotada neste estudo quando afirmam que:

[A investigação quantitativa] tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. [A investigação qualitativa] adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

Sendo assim, considerando a complexidade do objeto de estudo, descrito no item 4.1, e as afirmações de Lowman e de Minayo e Sanches, optou-se por adotar uma abordagem metodológica quantitativa-qualitativa, considerada adequada ao estudo de fenômenos como este, entendendo-se que, dessa forma, seria possível, num primeiro momento, identificar indicadores e tendências quantificáveis que tornariam a avaliação discente da disciplina inteligível por meio de variáveis e, num segundo momento, aprofundar esse entendimento analisando percepções e sugestões.

4.3 Variáveis de estudo

Para a parte quantitativa do estudo foram escolhidas como variáveis as características da disciplina, descritas em detalhe no item 4.1. Assim, as variáveis analisadas foram:

- 1) Objetivo;
- 2) Metodologia de ensino-aprendizagem;
- 3) Conteúdos;
- 4) Diversificação de cenários;
- 5) Aprendizagem por meio de vivências;
- 6) Interação com a comunidade;
- 7) Tutoria;
- 8) Divisão em pequenos grupos;
- 9) Discussões em grupo;
- 10) Comunicação mediada por computador;

- 11) Metodologias de avaliação;
- 12) Carga horária.

4.4 População de estudo

A população de estudo escolhida foi: estudantes do curso de ciências médicas da FMRP matriculados na disciplina ASCI, no ano de 2008, composta por 103 estudantes, 100 deles ingressantes. E, por se tratar de uma população pequena e acessível, ela foi totalmente incluída no estudo não sendo realizado nenhum processo de amostragem.

Essa população foi convidada a participar da pesquisa pela pesquisadora que, após esclarecer o objetivo da realização de uma avaliação discente da disciplina ASCI, garantiu que a participação de cada estudante seria anônima e solicitou que cada um assinasse um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) autorizando a utilização e divulgação dos resultados obtidos em publicações, encontros, reuniões, etc.

Somente seis estudantes não participaram do estudo: três se recusaram, dois não se encontravam na FMRP no período de coleta de dados e um havia trancado sua matrícula no fim do primeiro semestre letivo.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Considerando que é mais comum encontrar na literatura pesquisas sobre avaliação dos discentes e não sobre avaliações discentes de um fenômeno ou evento, houve dificuldade para obtenção de um instrumento de coleta de dados padronizado. Como as variáveis de estudo eram muito específicas, optou-se por construir um instrumento de coleta de dados adequado aos interesses dessa pesquisa.

Para tanto, foi construído um questionário estruturado auto-aplicável composto por dois blocos de questões responsáveis, respectivamente, por:

caracterizar a população estudada e quantificar as percepções discentes sobre cada variável. A esse questionário foi acrescida uma questão não estruturada, destinada a captar, pelo discurso, evidências da construção de um novo conhecimento a respeito da promoção da saúde e prevenção de doenças em uma comunidade, e um espaço para comentários e sugestões sobre a disciplina (Anexo B).

A maioria das questões estruturadas contou com alternativas de resposta construídas com base na Escala Likert, assim chamada em homenagem a seu idealizador: Rensis Likert. Essa escala é a mais usada em pesquisas quando o objetivo é coletar percepções e exige dos respondentes a especificação de seu nível de concordância ou discordância com relação a uma afirmação, obedecendo a critérios que podem ser objetivos ou subjetivos. (ESCALA..., s/d).

Normalmente são adotados cinco níveis de respostas: não concordo veementemente, não concordo, indiferente, concordo e concordo totalmente, que, na verdade, medem uma resposta positiva ou negativa a uma afirmação, escala bipolar, passando pela neutralidade. Algumas vezes, o pesquisador pode optar, no intuito de forçar o indivíduo a uma escolha positiva ou negativa, pela inexistência da alternativa central, "indiferente". (ESCALA..., s/d).

A grande limitação do uso dessa escala seria o fato de ela estar sujeita a distorções, uma vez que o respondente pode: evitar o uso de respostas extremas, concordar sempre com as afirmações apresentadas ou, ainda, tentar se mostrar de um modo mais favorável ao pesquisador. No entanto, a garantia de anonimato pode amenizar esse problema, dando ao respondente a segurança de que nenhuma resposta, positiva ou negativa, será diretamente associada a ele. (ESCALA..., s/d).

As demais questões estruturadas se dividiram em três grupos: questões que solicitavam o ordenamento de alternativas de acordo com uma percepção discente de efetividade, questões que permitiam escolher alternativas dentro de um grupo de possibilidades apresentadas e questões de avaliação direta cujas alternativas eram: muito bom, bom, regular ou ruim.

4.5.1 Pré-teste do instrumento de coleta de dados

Considerando que o instrumento de coleta de dados utilizado não era padronizado, mas especialmente construído para ser utilizado nessa pesquisa, tornou-se necessário verificar quão claro e capaz de cumprir seu objetivo ele era. Por isso, optou-se pela realização de um pré-teste com 5% da população de estudo que ocorreu no dia 07 de novembro de 2008. Por estar essa população dividida em duas turmas, apesar de 5% corresponder a 05 estudantes, para que cada uma delas contribuísse com igual número de participantes, foram incluídos no pré-teste 06 estudantes, escolhidos por sorteio.

Foram sorteados 03 números aleatórios entre 01 e 53, e mais 03 números entre 54 e 103 que, posteriormente, identificaram, na lista dos estudantes matriculados na disciplina, em ordem alfabética, os participantes escolhidos. A distribuição dos estudantes nas turmas também seguia essa mesma lista, ou seja, os primeiros 53 compunham a primeira turma e os 50 restantes, a segunda.

Cada estudante foi abordado individualmente e convidado a participar do pré-teste. Nesse momento, eles receberam esclarecimentos sobre: o objetivo, tanto da pesquisa quanto da realização do pré-teste; o motivo de eles terem sido escolhidos, por sorteio, e a possibilidade de se recusarem a participar. Todos os estudantes abordados concordaram em participar da pesquisa e, antes de responder às questões propostas, assinaram o TCLE.

Além de resultar em um registro das percepções dos participantes sobre quão claro e cumpridor do objetivo foi o instrumento de coleta de dados, o pré-teste ainda possibilitou estabelecer o tempo médio gasto pelos estudantes para responder ao conjunto de questões propostas. Gastou-se, em média, de 15 a 20 minutos para o fornecimento dos dados e 04 entre 06 participantes registraram observações sobre o instrumento. Essas observações, juntamente com a análise preliminar das respostas obtidas, serviram como base para a realização de algumas adequações, conforme será visto a seguir.

A questão “O que motivou sua busca pelo curso de Ciências Médicas?”, se mostrou irrelevante à proposta de avaliação por não estar relacionada, nem direta nem indiretamente, ao objeto de estudo, a disciplina ASCI. Assim, optou-se por excluí-la do instrumento de coleta de dados.

A questão “O que você entende por Atenção à Saúde da Comunidade?”, foi incluída no instrumento de coleta de dados no intuito de abrir um espaço para a discussão sobre o ato de dedicar atenção à saúde de uma comunidade e permitiria verificar, qualitativamente, como a disciplina contribuiu para a formação de conhecimentos sobre promoção da saúde e prevenção de doenças. Porém, ela foi interpretada pelos participantes como um espaço para manifestar percepções sobre como deveria ser uma disciplina que trata da atenção à saúde da comunidade, levando-os a discursar sobre conteúdos a serem trabalhados. Para sanar esse problema a questão foi reelaborada: “De que modo um médico pode contribuir para a promoção da saúde de uma comunidade?”.

Um dos participantes pensou ser importante haver, para as questões cujas alternativas de resposta foram construídas segundo a Escala Likert, a possibilidade de não resposta, uma vez que, na construção do instrumento, optou-se por omitir, entre as alternativas possíveis, a alternativa “indiferente”. Para evitar a ocorrência de não resposta, acatou-se a sugestão, incluindo a alternativa “prefiro não opinar” em todas as questões que utilizaram Escala Likert.

Ainda com relação às alternativas de resposta, apesar de a Escala Likert permitir como opções: concordo (aprovo) totalmente, concordo (aprovo), discordo (desaprovo) e discordo (desaprovo) totalmente um dos participantes sentiu falta de uma opção intermediária que expressasse concordância ou discordância parcial. Esse problema foi sanado dando-se nova redação às alternativas: concordo (aprovo), concordo (aprovo) parcialmente, discordo (desaprovo) parcialmente e discordo (desaprovo).

Outro problema evidenciado por um dos participantes com relação às alternativas de resposta segundo a Escala Likert foi que elas, em alguns casos, pareciam tornar mais difícil a tarefa de responder às questões. No entanto ele não identificou quais questões apresentaram esse problema, por isso, todo o instrumento de coleta de dados foi revisado na tentativa de identificar questões cuja resposta pudesse ter sido dificultada em função da escala de resposta adotada melhorando seu enunciado.

Faltou, de acordo com a percepção dos participantes, uma questão que abordasse o preparo de cada tutor para conduzir as diversas atividades propostas. Dessa forma, optou-se por incluir no instrumento de coleta de dados duas novas questões sobre os tutores: “Seu tutor demonstrou interesse em participar do seu

processo de aprendizagem?” e “Ele lhe pareceu preparado para auxiliá-lo nesse processo?”. Alterou-se também a redação da questão já existente sobre esse tema para: “Ter um tutor facilitou a realização e discussão das atividades?”. Todas as três questões sobre tutor admitiam como alternativas de resposta as mesmas já mencionadas com base na Escala Likert.

Um dos participantes considerou o espaço reservado para expressar percepções um “extra”, como se elas não fossem tão importantes para o estudo, solicitando, por isso, que esse espaço fosse melhor trabalhado. Assim, o enunciado desse espaço foi modificado para: “Alguns temas que você julga importantes para a avaliação da disciplina ASC I podem não ter sido abordados neste questionário ou podem necessitar de maiores esclarecimentos. Por favor, utilize este espaço para acrescentar seus comentários sobre esses temas.”.

Foi sugerido pelos participantes que houvesse, ao final de cada questão estruturada, um espaço para comentários. No entanto, como já havia um espaço reservado, ao final do instrumento, para o livre registro de quaisquer percepções discentes relacionadas à disciplina, optou-se por mantê-lo como único espaço destinado ao registro de comentários.

No intuito de controlar o volume do material gerado nos dois momentos em que foi permitida a expressão livre de percepções pelos participantes, levando-os a escrever de forma clara e sucinta, os espaços destinados a cada questão não estruturada foram controlados. Porém, quem julgou esses espaços muito restritos acabou dispondo de outros para complementá-los, além de deixar registrado que tão pouco espaço demonstrava falta de incentivo à livre manifestação de suas percepções. Para que os participantes não se sentissem desestimulados a registrar suas percepções, optou-se por ampliar esses espaços.

Após todas essas modificações, o instrumento de coleta de dados foi consolidado, sendo composto, em sua versão final, por 03 questões referentes à caracterização de população de estudo e 20 questões estruturadas responsáveis por quantificar as percepções discentes sobre cada variável estudada. Além disso, foram mantidos os espaços finais destinados: ao livre registro das percepções sobre construção de novos conhecimentos a respeito da promoção da saúde e da prevenção de doenças em uma comunidade e aos comentários e sugestões sobre a disciplina (Anexo C).

4.6 Coleta dos dados

Os estudantes que participaram do pré-teste não precisaram participar novamente da coleta de dados que ocorreu, em sua maior parte, na primeira meia hora de duas aulas de Bioestatística ministradas ao grupo de estudantes ingressantes no curso de ciências médicas da FMRP em 2008, nos dias 24 e 26 de novembro desse mesmo ano. Essa disciplina, como a ASCI, dividia os estudantes em duas turmas.

Em seguida, os estudantes ausentes nessas aulas, ou porque faltaram nesses dois dias ou porque não estavam matriculados na disciplina, foram abordados, individualmente, no dia 28 de novembro de 2008 em momentos extra-classe dentro dos prédios da FMRP. Finalmente, um último estudante foi abordado antes da avaliação final da disciplina ASCI, no dia 02 de dezembro de 2008.

Cada estudante, abordado individualmente ou em grupo, foi convidado a participar do estudo. Nesse momento, eles foram esclarecidos sobre: o objetivo da coleta de dados, a garantia do anonimato do participante e a possibilidade de recusa em participar. Após isso, todos que concordaram em participar, assinaram o TCLE e começaram a responder ao instrumento de coleta de dados.

4.7 Análise dos dados coletados

Os dados quantificáveis obtidos foram lançados em um banco de dados construído com o auxílio do *software* livre EpiData versão 3.1, idealizado pelos pesquisadores dinamarqueses Jens M. Lauritsen e Michael Bruus entre 2003 e 2004 e compatível com o Microsoft® Office Excel 2003, *software* onde a estatística descritiva dos dados foi realizada.

No Excel foram calculadas as freqüências absolutas e relativas de opção por cada alternativa de resposta proposta para as questões que utilizaram Escala Likert, para questões de avaliação direta e para aquelas que permitiam escolher alternativas dentro de um grupo de possibilidades apresentadas. Posteriormente,

foram construídos tabelas e gráficos ilustrativos dessas freqüências de resposta, um para cada uma das questões analisadas.

Nas questões que solicitavam o ordenamento de alternativas de acordo com a percepção discente de efetividade a análise requereu o cumprimento de algumas etapas. Primeiro foi verificada qual a freqüência absoluta de indicação de cada alternativa em cada uma das posições possíveis. Em seguida, para cada alternativa, multiplicou-se a freqüência absoluta pela posição indicada, ou seja, se a freqüência absoluta de indicação de uma alternativa na primeira ordem foi 34, multiplicou-se 34 por 1, se a freqüência absoluta de indicação de uma alternativa na segunda ordem foi 56, multiplicou-se 56 por 2, e assim sucessivamente. A última etapa foi realizar o somatório desses resultados para cada alternativa, ordenando os resultados de modo que quanto maior fosse o somatório, pior seria a efetividade da alternativa em questão. Ao final desse processo, foram construídas as tabelas e os gráficos ilustrativos dessas classificações de efetividade para cada uma das questões.

Finalmente, foi realizada a análise do conteúdo dos discursos dos estudantes com relação ao livre registro das percepções sobre construção de novos conhecimentos a respeito da promoção da saúde e da prevenção de doenças em uma comunidade e aos comentários e sugestões sobre a disciplina.

4.8 Aspectos éticos envolvidos no estudo

Previamente à realização desse estudo foi elaborado um projeto de pesquisa incluindo o instrumento a ser utilizado para a coleta de dados e o TCLE a ser assinado pelos participantes.

Como a população de estudo seria composta por estudantes de graduação da FMRP, foi preciso obter aprovação dessa instituição de ensino para conduzir a pesquisa. Essa aprovação ficou a cargo da CG da FMRP que, após analisar o projeto de pesquisa a ela apresentado, aprovou a condução do presente estudo (Anexo A).

Em seguida, foi necessário submeter esse mesmo projeto à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, em atendimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que

estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos. Mais uma vez o projeto de pesquisa apresentado foi suficiente para obter a aprovação para condução deste estudo (Anexo B).

4.9 Limitações do estudo

A própria Escala Likert, utilizada para compor as alternativas de resposta da maior parte das questões estruturadas, acabou sendo uma limitação enfrentada neste estudo. Contudo, no item 4.5, foram discutidas alternativas para minimizá-la. Apesar disso, ela não era a única, existindo outras limitações: o recorte populacional adotado para a realização da pesquisa; a realização de uma avaliação baseada em percepções discentes sobre uma disciplina sem que houvesse tempo hábil para que eles percebessem as contribuições da mesma para sua formação profissional e a realização de avaliação de um processo de mudança ainda em andamento.

Como o processo de ensino-aprendizagem envolve tanto os discentes quanto os docentes, seria ideal realizar uma avaliação discente-docente da disciplina. Mas, infelizmente, isso se mostrou inviável, pois uma avaliação de disciplina desse porte requereria um tempo superior ao prazo estipulado para a conclusão dessa pesquisa. Assim, ficou decidido que a avaliação seria dividida em duas partes: discente e docente, e que somente a primeira seria realizada nesse momento permitindo o cumprimento do prazo para realização da pesquisa. Posteriormente, a avaliação docente, cujos dados já foram coletados, deverá ser realizada.

Geralmente, percepções discentes sobre uma disciplina só se consolidam após o estudante ter tido tempo para refletir sobre quais contribuições ela trouxe à sua formação. Esse tempo pode ser muito variável e, em alguns casos, esta reflexão só acontece após o estudante se formar e iniciar sua prática profissional. Como a necessidade de aprimorar a disciplina era urgente, pareceu mais adequado optar por correr o risco de ter que lidar com essa limitação do que adiar a realização da avaliação e acabar perdendo uma importante oportunidade de oferecer, o quanto antes, uma disciplina melhor às próximas turmas.

O mesmo ocorreu quando se ponderou benefícios e limitações decorrentes da avaliação de um processo de mudança não concluído. O fato de a disciplina ASCI

fazer parte de um eixo longitudinal ainda em construção poderia dificultar a identificação da consecução, ou não, dos resultados educacionais almejados com a inclusão dessa disciplina na grade curricular. No entanto, mais uma vez, a decisão por correr o risco de ter que lidar com essa limitação pareceu mais acertada do que lidar com as conseqüências negativas de se adiar um aprimoramento necessário.

A importância de reconhecer que um estudo como esse possui limitações está em planejar, antecipadamente, quais cuidados deverão ser tomados para que seus efeitos possam ser minimizados ou anulados.

4.10 Benefícios do estudo

Este estudo traz como benefícios resultados extremamente importantes para a compreensão dos pontos fracos e fortes da disciplina ASCI, que indicarão: o que deve permanecer, o que requer aperfeiçoamento e o que deve ser abandonado. Além disso, um importante conjunto de sugestões discentes poderá surgir permitindo a introdução, nos próximos anos, de modificações que aumentarão ainda mais a efetividade do processo ensino-aprendizagem.

5ª PRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Caracterização discente

5.1.1 Distribuição segundo sexo

A Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra em meados do século XVIII e difundida para outros países a partir do século XIX, foi responsável pela entrada das mulheres no mercado de trabalho. Outros fatores, como: a urbanização, o desenvolvimento dos meios de comunicação, o acesso ao ensino, e, principalmente, a escassez de mão-de-obra, enfrentada por diversos países após as duas Guerras Mundiais (século XX), acabaram fortalecendo essa tendência. (MACHADO, 1997).

Ainda é freqüente que as mulheres ingressem no mercado de trabalho desenvolvendo atividades de mais baixo prestígio ou que reproduzam funções exercidas no âmbito da vida privada (costurar, cozinhar, limpar, etc.). No entanto, muitas delas desempenham funções de reconhecido prestígio social à medida que se ampliam as possibilidades de acesso ao ensino universitário. (MACHADO, 1997).

Um fator determinante para a feminilização do trabalho é o grande dinamismo econômico, presente em vários países, inclusive Brasil, que acaba gerando demandas produtivas impossíveis de serem supridas apenas pelo emprego de mão-de-obra masculina. Nesses países, constantes mudanças sociais e culturais permitem e impulsionam a absorção da mão-de-obra feminina pelo mercado de trabalho. (MACHADO, 1997).

A feminilização da medicina, no Brasil, teve início na década de 30 e se consolidou a partir da década de 70 (Tabela 1). Além da expansão do acesso ao ensino universitário, ocorrido nessa época, contribuiu para o fortalecimento desse processo a possibilidade de estabelecimento de vínculo formal com a iniciativa pública, o que permitiu à mulher conciliar trabalho e cumprimento de suas funções sociais ao garantir-lhe direitos, como: licença maternidade e férias, e ao racionalizar o horário de trabalho. (MACHADO, 1997).

Essa mesma tendência à feminilização da medicina, observada por Machado, esteve presente nos dados obtidos durante a realização desse estudo. Há quase um equilíbrio entre os sexos: 41,2% dos discentes participantes são do sexo feminino, e 58,8%, do sexo masculino (Gráfico 1).

Tabela 1 – Participação feminina na medicina, no Brasil, por década

Década	Freqüência relativa de participação feminina
40	1,0%
50	12,3%
60	15,4%
70	28,6%
80	42,9%
90	48,8%

Fonte dos dados: MACHADO, 1997

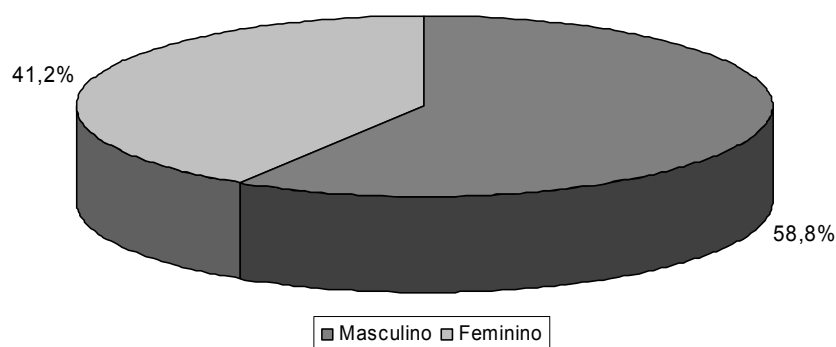


Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos da população segundo sexo

5.1.2 Distribuição segundo idade

O *site* da Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST), instituição autônoma responsável pela realização do processo seletivo para ingresso nos cursos da Universidade de São Paulo (USP), da Academia de Polícia Militar de Barro Branco e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC-SP), disponibiliza estatísticas a respeito dos processos seletivos realizados desde 1980. Elas dizem respeito tanto ao processo seletivo em si quanto ao perfil dos candidatos que a eles se submetem e podem ser analisadas de várias formas, sendo uma delas a análise por carreira. (FUNDAÇÃO..., s/d).

O curso de ciências médicas da FMRP compõe, juntamente com mais dois cursos de medicina, o da Faculdade de Medicina da USP e o da FCMSC-SP, a carreira medicina e ciências médicas e um dos dados estatísticos disponíveis para essa carreira é a idade, em anos completos, do candidato convocado para matrícula, em primeira chamada, no último dia do mês de dezembro do ano que antecedeu sua

convocação. Esse dado foi analisado, retrospectivamente, ao longo de um período de 10 anos, partindo do Vestibular 2008, demonstrando que o percentual de candidatos convocados para matrícula, em primeira chamada, com idade igual ou inferior a 20 anos completos, no último dia do mês de dezembro do ano que antecedeu sua convocação, foi sempre maior que 75% (Tabela 2). (FUNDAÇÃO..., s/d).

Tabela 2 - Frequência relativa dos candidatos convocados para matrícula, em primeira chamada, com idade igual ou inferior a 20 anos completos, no último dia do mês de dezembro do ano que antecedeu sua convocação – 1999/2008

Ano de ingresso no curso	Frequência relativa de idade \leq aos 20 anos
2008	77,9%
2007	78,3%
2006	84,4%
2005	88,6%
2004	83,8%
2003	Sem dados
2002	Sem dados
2001	85,8%
2000	86,8%
1999	89,9%

Fonte dos dados: FUVEST

Mesmo que as frequências apresentadas acima incluam, além do curso estudado, dois outros cursos e que possam se modificar em função das sucessivas convocações para matrícula, caso o número de alunos matriculados não alcance o número de vagas oferecidas, é possível observar que a tendência é de que o número de ingressantes nos cursos com até 20 anos completos supere 70% do total.

Quase três quartos da população estudada, 73,2% dela, possuía, ao ingressar no curso, idade igual ou inferior a 20 anos completos, os indivíduos mais jovens tinham 17 anos, e o mais velho 29 anos (Gráfico 2).

Pode-se, portanto, inferir que a tendência observada nesse estudo foi muito semelhante à encontrada em populações de candidatos convocados para matrícula em cursos da carreira medicina e ciências médicas, em primeira chamada, entre 1999 e 2008, indicando ser esta uma população típica com relação à idade dos indivíduos.

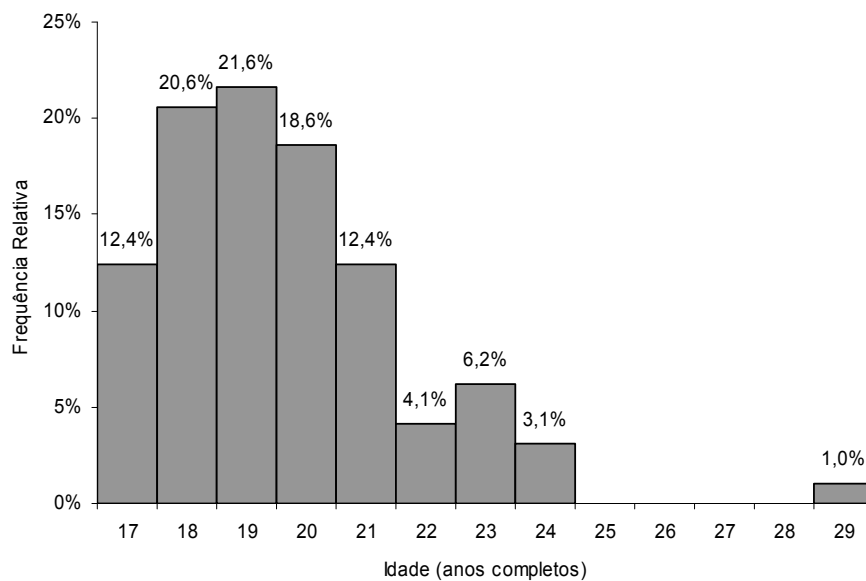


Gráfico 2 – Distribuição dos indivíduos da população segundo a idade

5.1.3 Distribuição segundo opção precoce por especialidade

Outra característica discente abordada pelo instrumento de coleta de dados foi: escolha precoce da especialidade médica, entendida como aquela que ocorre antes do término do curso de graduação. Ela é apontada como prejudicial para o profissional em formação uma vez que pode levá-lo a priorizar o estudo da área de conhecimento escolhida acabando por comprometer sua formação global em função do desinteresse pelo restante das disciplinas, principalmente as básicas. Essa é uma ocorrência muito comum nesses casos e, na grande maioria das vezes, gera uma visão reduzida e/ou distorcida do processo saúde-doença. (CABRAL FILHO; RIBEIRO, V. M. B., 2004).

A especialização é vista, equivocadamente, como sinônimo de maior eficácia e maior qualidade na prestação de serviços. Além disso, durante o exercício profissional, acaba por conferir ao médico mais prestígio e reconhecimento perante seus pares. É ela quem garante a hegemonia da classe médica sobre a execução das funções por ela desempenhadas ao longo dos tempos, independentemente, do aumento da gama de conhecimentos que isso envolva. (CABRAL FILHO; RIBEIRO, V. M. B., 2004).

Verificou-se que mais de metade da população estudada declarou não se identificar, ainda, com nenhuma especialidade (51,5%). Enquanto isso, outros 15,5%, apesar se identificarem com a especialização, ainda têm dúvida com relação a qual área seguir optando por mais de uma, muitas vezes, bem distintas uma da outra. Apenas 33,0% da população estudada demonstra uma preferência pela especialização apontando uma área de conhecimento específica (Gráfico 3).

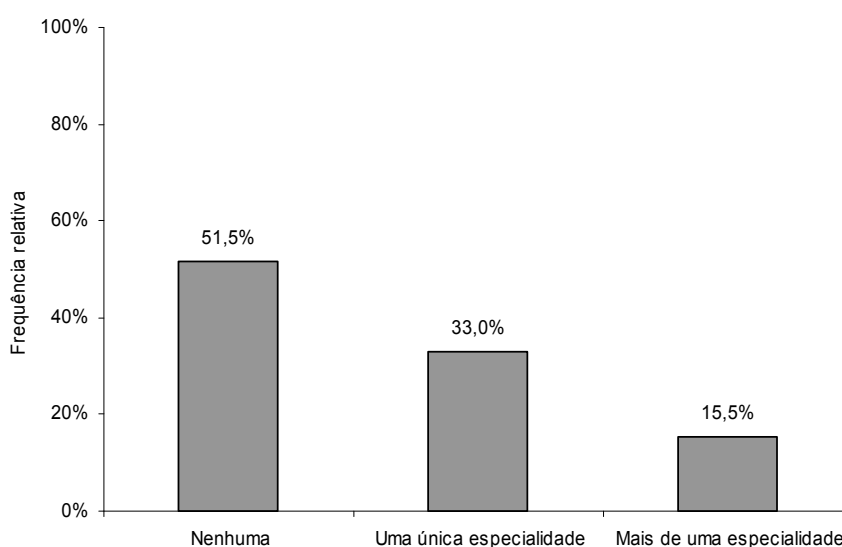


Gráfico 3 – Distribuição dos indivíduos da população segundo sua preferência precoce pela especialização

Os resultados de um estudo do qual participaram discentes e egressos de um curso de graduação em medicina, de uma instituição de ensino privada do Rio de Janeiro, publicado em 2004, demonstraram que 24,2% dos estudantes do primeiro ano já haviam optado, precocemente, por uma especialidade. Nossa população de estudo apresentou um número um pouco diferente, mas não totalmente discrepante: 33,0%. (CABRAL FILHO; RIBEIRO, V. M. B., 2004).

Além disso, outro dado interessante, levantado também nesse estudo, demonstrou haver pouco interesse, entre os discentes dessa instituição, por especialidades como: pediatria, ginecologia e obstetrícia (GO), saúde mental e medicina preventiva, e grande interesse por especialidades que trazem consigo maior prestígio como: dermatologia, oftalmologia, oncologia, cardiologia e cirurgia. (CABRAL FILHO; RIBEIRO, V. M. B., 2004).

Resultado muito semelhante foi encontrado entre os discentes que participaram da presente pesquisa: cirurgia geral, sozinha, foi indicada por 15,6% (05) dos indivíduos que já optaram por uma especialização. Esse percentual quando somado ao dos que pretendem se especializar em cirurgia plástica, neurocirurgia e cirurgia vascular chega aos 31,3%. Enquanto isso, pediatria e GO, juntas, foram apontadas por apenas 12,6% desses indivíduos (Gráfico 4).

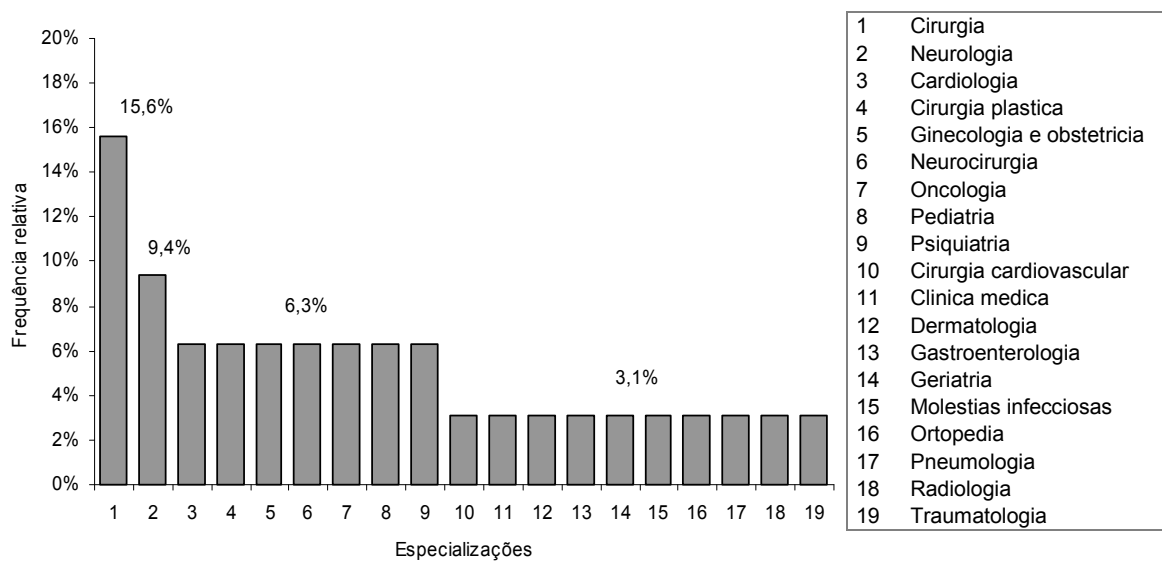


Gráfico 4 – Distribuição das especialidades apontadas pelos indivíduos que manifestaram preferência precoce por uma especialização

Uma pesquisa, realizada em 1995, demonstrou que apenas três entre as 64 especialidades reconhecidas na época, eram exercidas por 33,3% dos médicos: pediatria (13,5%), GO (11,8%) e clínica geral (8,0%). Além disso, E que elas pertenciam a um grupo distribuído homogeneamente em todas as regiões do país, ou seja, existia uma mesma proporção entre o número de médicos em atuação e o número de especialistas em todas essas regiões. Essa mesma pesquisa, contudo, também demonstrou haver um grupo de especialidades, algumas derivadas da cirurgia e outras ainda pouco difundidas, que requerem alto domínio técnico-científico, tendendo a se concentrar nas regiões sul-sudeste, formando nichos de mercado que conferem maior *status* e melhor ganho financeiro aos médicos que dele fazem parte. (MACHADO, 1997).

A maior proporção de discentes escolhendo precocemente especialidades ligadas à cirurgia, por exemplo, em detrimento das que integram o grupo dominante

no mercado de trabalho, pediatria, GO e clínica geral, pode, portanto, ser consequência da influência desse nicho de mercado uma vez que tanto Ribeirão Preto, local de realização do presente estudo, quanto Rio de Janeiro, local onde Cabral Filho e Ribeiro realizaram sua pesquisa, são cidades localizadas na região sudeste.

5.2 Percepções discentes sobre a disciplina ASCI

5.2.1 Objetivo

As percepções dos estudantes a respeito do cumprimento do objetivo educacional proposto para a disciplina ASCI foram coletadas por um grupo de cinco questões fechadas, cada uma abordando um aspecto desse objetivo educacional. A cada questão, o discente poderia concordar (Concordo ou Concordo parcialmente), discordar (Discordo ou Discordo parcialmente), ou não opinar (Prefiro não opinar). Apenas uma pequena porcentagem dos respondentes preferiu não opinar sobre os aspectos do objetivo educacional, inferior a 2,1% para as questões desse grupo. É possível visualizar quais foram os aspectos abordados e sua respectiva frequência relativa de concordância discente por meio da tabela 3.

Tabela 3 - Frequência relativa de concordância discente com diferentes aspectos do objetivo educacional proposto para a disciplina ASCI

Aspectos abordados	Frequência relativa de concordância
Proporcionou oportunidades de conhecer uma comunidade e seus problemas de saúde	88,6%
Permitiu compreender o papel dos equipamentos sociais para comunidade e para a saúde	80,4%
Permitiu conhecer o SUS e seus diferentes equipamentos de atenção à saúde	75,2%
Contribuiu para o aprimoramento do seu conceito sobre saúde	80,5%
Permitiu que você compreendesse e se percebesse mais próximo do seu futuro objeto de trabalho	57,7%

Como se pode verificar, a percepção de mais da metade da população estudada é de que o objetivo educacional proposto para a disciplina foi cumprido em todos os seus aspectos. O único aspecto dissonante dos demais, todos com mais de 75% de concordância, é o último: “a disciplina permitiu que você compreendesse e se percebesse mais próximo do seu futuro objeto de trabalho”. Uma hipótese formulada na tentativa de explicar esse resultado envolve a percepção discente sobre o que, exatamente, seria seu futuro objeto de trabalho.

Retomando o que já foi discutido no item 3, Referencial Teórico, é considerado consenso a visão de que ser médico vai muito além do atendimento individual. Antes de tudo, o médico é o profissional responsável pela atenção à saúde das comunidades devendo, para tanto, zelar pela saúde de cada indivíduo inserido em uma dada comunidade. Assim, não basta que ele tenha desenvolvido capacidades para o diagnóstico e tratamento individual, é necessário que ele possa entender saúde no âmbito comunitário, atuando também na elucidação das relações entre o processo saúde-doença e: educação, higiene, saneamento, trabalho, meio ambiente, economia, política, entre outros.

Seguindo esse consenso, fazia parte do objetivo da disciplina ASCI aproximar discentes e comunidade contribuindo para que eles a aceitassem como seu futuro objeto de trabalho. No entanto, ainda podem existir discentes que percebam o indivíduo e sua doença como objeto merecedor de sua atenção futura, passando a considerar, portanto, a necessidade de um enfoque maior no atendimento individual para diagnóstico. Sob essa perspectiva, torna-se difícil para eles entender como uma disciplina focada na comunidade e não no atendimento individual poderia se revelar útil no futuro, explicação para o fato de apenas 57,7% dos respondentes concordarem que a disciplina facilitou a compreensão sobre seu futuro objeto de trabalho, tornando-o mais próximo.

5.2.2 Metodologia de ensino-aprendizagem

Foram empregadas cinco metodologias de ensino-aprendizagem durante o ano letivo na tentativa de melhor trabalhar cada conteúdo de acordo com suas particularidades, algumas delas mais inovadoras, outras mais próximas das

metodologias tradicionais. Sendo assim, foi pedido aos discentes que classificassem as metodologias empregadas, da mais efetiva para a menos efetiva, respectivamente, do 01 ao 05, segundo sua percepção (Tabela 4).

Tabela 4 – Classificação das metodologias de ensino-aprendizagem empregadas pela disciplina ASCI, segundo sua efetividade

Ordem	Metodologias de ensino
1 ^o	Atividades na comunidade
2 ^o	Discussões em grupo
3 ^o	Oficinas
4 ^o	Leitura e/ou reflexão individual
5 ^o	Apresentação oral e/ou escrita

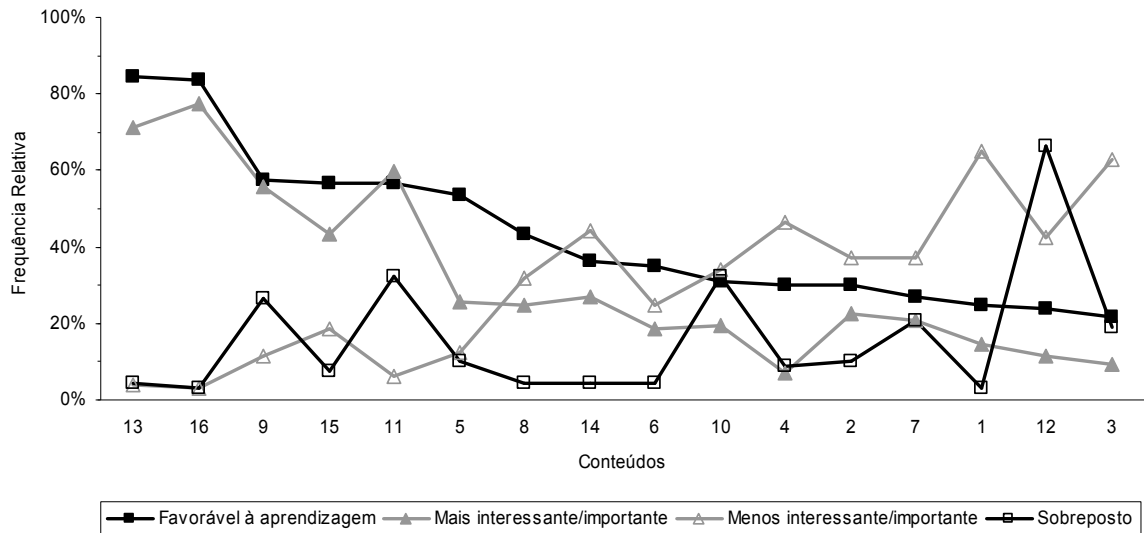
Os resultados apontam que os discentes percebem como mais importante para a efetividade de uma metodologia de ensino-aprendizagem aliar protagonismo e possibilidade de interação grupal (atividades na comunidade e discussão em grupo). No entanto, se tiverem que escolher entre ambas as características, eles percebem como mais efetivas metodologias que proporcionem interação grupal (oficinas) ficando em último lugar as metodologias que envolvem o estudo individual (leituras e apresentações orais ou escritas).

No entanto, não se deve descartar a hipótese de colaborar para a percepção de que a apresentação oral e/ou escrita é a metodologia menos efetiva uma dificuldade enfrentada pelo discente em reconhecer, organizar e, posteriormente, sintetizar tudo o que aprendeu durante a realização de uma atividade (prática, leitura, observação, etc.) e um sentimento de insegurança gerado pelo compromisso de transmitir esse novo conhecimento, com clareza e correção, em linguagem oral ou escrita.

5.2.3 Conteúdos

A percepção discente sobre os conteúdos trabalhados durante a disciplina foi obtida por meio de quatro questões focando: conteúdos trabalhados de maneira favorável à aprendizagem, conteúdos mais interessantes e/ou importantes,

conteúdos menos interessantes e/ou importantes e conteúdos sobrepostos ao de outras disciplinas (Gráfico 5).



1	Comunicação e relacionamentos interpessoais
2	Anticoncepção e prevenção das DST e AIDS
3	Epidemiologia dos acidentes de trânsito
4	Meio ambiente, e saúde – Fatores de risco e proteção
5	Recursos e equipamentos da saúde
6	Recursos e equipamentos sociais
7	Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo
8	Aspectos ansiogênicos do curso de Ciências Médicas
9	Auto-proteção do profissional da saúde
10	Espiritualidade e saúde
11	Sistema Único de Saúde – Acesso, Assistência integral e Sistema de referência
12	Serviço de resgate de emergência – Bombeiros
13	Prevenção de doenças – Teste de Acuidade Visual
14	Promoção de saúde – Atividades educativas com escolares: preservação do meio ambiente
15	Antropometria e desenvolvimento infantil saudável – Oficinas com escolares
16	Visita domiciliar a famílias e avaliação da salubridade das moradias

Gráfico 5 – Percepção discente sobre os conteúdos trabalhados pela disciplina ASCI

Com relação aos conteúdos trabalhados de maneira favorável ao aprendizado e aos conteúdos que sofreram sobreposição, não havia limite de quantidade a ser apontada, ou seja, cada discente tanto poderia apontar todos os dezesseis conteúdos quanto nenhum deles. Já para conteúdos mais interessantes e/ou

importantes e menos interessantes e/ou importantes, somente cinco poderiam ser apontados em cada caso.

É possível perceber, pela análise do gráfico 5, algumas tendências: (1) apenas seis dos dezesseis conteúdos foram apontados por mais da metade dos estudantes como trabalhados de maneira favorável ao aprendizado; (2) de maneira geral, os conteúdos mais apontados como trabalhados de maneira favorável ao aprendizado também foram apontados como mais interessantes e/ou importantes e os conteúdos menos apontados como trabalhados de maneira favorável ao aprendizado foram mais apontados como menos interessantes e/ou importantes; (3) a admissão de sobreposição do conteúdo trabalhado ao conteúdo de outras disciplinas não interferiu na percepção sobre aprendizado ou sobre interesse e/ou importância dos mesmos.

Os seis conteúdos apontados por mais da metade dos discentes como trabalhados de maneira favorável ao aprendizado (84,6%, 83,6%, 57,7%, 56,7%, 56,7% e 53,6%) utilizaram uma metodologia de ensino-aprendizagem centrada no trabalho em cenários reais, na interação com a comunidade e/ou indivíduos, simulando suas interações reais com os profissionais de saúde, e na observação dos serviços de saúde em funcionamento e/ou de profissionais em ação. Foram também organizados de forma a permitir a existência de momentos distintos destinados à preparação, prática e discussão/reflexão, para síntese do que foi vivenciado. Acredita-se que a união de todos esses fatores tenha sido responsável pelo favorecimento da aprendizagem.

Em contrapartida, três conteúdos foram apontados, nessa mesma questão, por menos de um quarto dos discentes: comunicação e relacionamentos interpessoais (24,7%), serviço de resgate de emergência – Bombeiros (23,7%) e epidemiologia dos acidentes de trânsito (21,6%). Também nesse caso, acredita-se que a metodologia de ensino-aprendizagem adotada tenha sido o fator determinante do resultado alcançado.

O primeiro conteúdo foi trabalhado de forma a estimular a auto-observação e a reflexão sobre as próprias atitudes e comportamentos. Essa não é uma metodologia comumente adotada em cursos cujo enfoque técnico-científico é predominante, como o de ciências médicas, sendo mais comum em cursos ligados às ciências humanas. Talvez, por esse motivo, essa metodologia tenha sido alvo de

grande resistência por parte dos discentes. Já o segundo e o terceiro conteúdos são, normalmente, trabalhados exaustivamente, seja em outras disciplinas do primeiro ano do curso de ciências médicas ou em outras etapas da vida desses discentes, inclusive durante o ensino fundamental, médio ou pré-vestibular.

Durante a construção do instrumento de coleta de dados, uma hipótese era que um conteúdo considerado pelo discente como trabalhado de forma favorável à aprendizagem pudesse não ser, ao mesmo tempo, considerado como interessante e/ou importante, ou o contrário. Por esse motivo, esses dois parâmetros, favorecer a aprendizagem e ser interessante e/ou importante, foram abordados em questões distintas. No entanto, esta hipótese não se confirmou, pois se observou a seguinte tendência: os mesmos conteúdos apontados como mais interessantes e/ou importantes foram apontados também como trabalhados de modo favorável à aprendizagem e os conteúdos menos interessantes e/ou importantes coincidiram com aqueles menos apontados como trabalhados de modo favorável à aprendizagem. Esses resultados estão expressos no gráfico 5.

Quanto à sobreposição dos conteúdos da disciplina com o de outras disciplinas do primeiro ano do curso de ciências médicas, é possível observar que apenas 29,9% dos respondentes julgaram não haver nenhum tipo de sobreposição. Para 37,1% houve sobreposição parcial, 16,5% apontam sobreposição total, 13,4% complementaridade e 3,1% consideraram que a sobreposição, apesar de existente, envolveu abordagens bem distintas, totalizando 70,1% dos respondentes (Tabela 5).

Tabela 5 – Sobreposição dos conteúdos trabalhados pela disciplina ASCI aos conteúdos trabalhados em outras disciplinas do primeiro ano de curso

Sobreposição de conteúdo	Frequência relativa
Nenhuma	29,9%
Repetição parcial	37,1%
Repetição total	16,5%
Complementaridade	13,4%
Abordagens distintas	3,1%

Entretanto, a sobreposição parece não ter influenciado a percepção discente quanto ao favorecimento da aprendizagem e ao interesse e/ou importância. Dois conteúdos apontados por maior número de respondentes como alvo de sobreposição pelos discentes, um por 32,4% deles e outro por 26,5%,

respectivamente, segunda e terceira posição, estão entre os cinco conteúdos apontados com maior frequência como trabalhados de maneira favorável ao aprendizado e entre os quatro apontados com maior frequência como mais interessantes e/ou importantes (Gráfico 5). A explicação para essa tendência pode estar na maneira como a sobreposição foi percebida pelos discentes: apesar da maioria deles admitir sua existência, ela foi percebida com maior frequência como parcial ou complementar e não como total.

5.2.4 Diversificação de cenários, aprendizagem por meio de vivências e interação com a comunidade

O discente nada mais é do que um profissional em treinamento que deve realizar seu processo de formação em um cenário real, que lhe proporcione conhecer a política de saúde nacional, com seus desdobramentos regionais, estaduais e municipais, preparando-o para atuar em seu futuro mercado de trabalho. Ele deve, portanto, desde o início do curso, ser inserido no ambiente profissional que será por ele enfrentado no futuro, único modo de proporcionar um aprendizado em níveis de complexidade crescentes e em contato constante com as necessidades de saúde da população. (BLANK, 2006).

Com o intuito de verificar se os discentes perceberam como positiva essa nova maneira de encarar o período dedicado à sua formação foi solicitado que eles manifestassem concordância (Concordo ou Concordo parcialmente) ou discordância (Discordo ou Discordo parcialmente) com duas afirmações: “a aprendizagem em diversos cenários é mais efetiva que a exclusivamente em sala de aula” e “a aprendizagem desencadeada por vivências práticas é mais efetiva do que a proporcionada por aulas teóricas”. Apesar de eles também poderem não opinar (Prefiro não opinar), nenhum respondente escolheu essa alternativa. O resultado pode ser visto na tabela 6.

Tabela 6 - Frequência relativa de concordância discente com a aprendizagem em diversos cenários e com a aprendizagem por vivências práticas

Aspectos abordados	Frequência relativa de concordância
Aprendizagem em diversos cenários	97,9%
Aprendizagem por vivências práticas	99,0%

Em 2004, Fagundes e Burnham realizaram um estudo com o objetivo de discutir relações entre cenários e processo de ensino-aprendizagem na tentativa de compreender como as atividades junto à comunidade poderiam contribuir para esse processo. Esse estudo demonstrou que, de acordo com a percepção discente, atividades em cenários diversos que proporcionam vivências práticas permitem: adquirir capacidades para falar, escutar e driblar diferenças entre linguagem técnica e popular; aprender a se relacionar e acolher o outro; aprender a respeitar os saberes próprios da população sem presumir sempre sua ignorância quanto às questões de saúde; gerir situações do cotidiano do trabalho; resolver problemas de forma criativa; atentar para a humanização das práticas de saúde e compreender de forma ampla os limites e possibilidades da atuação profissional. (FAGUNDES; BURNHAM, 2004).

Assim, uma possível explicação para a alta frequência de concordância com a afirmação de que: tanto a diversificação de cenários quanto a aprendizagem proporcionada por vivências são mais efetivas quando comparadas à aprendizagem, respectivamente, em sala de aula e por meio de aulas expositivas, encontrada nesse estudo, poderia ser a ocorrência de percepções entre os discentes participantes semelhantes às presentes no estudo citado.

Além disso, a comunidade funciona como um espaço privilegiado para a aprendizagem não só por representar a realidade sanitária do país, mas também por permitir o contato com saberes distintos daqueles presentes no interior das instituições de ensino. Esses espaços ativam o potencial transformador dos sujeitos fazendo-os entender o conhecimento como agente de mudanças e não, simplesmente, um meio para se conhecer as coisas. (FAGUNDES; BURNHAM, 2004).

É sabido que o trabalho com a comunidade favorece: o desenvolvimento das relações interpessoais, essenciais para a formação em saúde; a humanização da atenção e o desenvolvimento da habilidade de comunicação. Quando se estabelecem vínculos entre comunidade, estudantes e profissionais são

estabelecidas também relações mais horizontais e menos autoritárias, permeadas pelo respeito às características sociais e culturais da comunidade e pela valorização do outro. Dessa forma, o próprio estudante passa a considerar importante interagir com as diferentes realidades como um meio para aperfeiçoar habilidades e atitudes e para aprender a enfrentar o desconhecido no processo de atenção à saúde. (FERREIRA; SILVA, R. F.; AGUERA, 2007).

Por isso os discentes foram também questionados sobre sua aprovação (Aprovo ou Aprovo parcialmente) ou reprovação (Reprovo ou Reprovo parcialmente) quanto à realização de atividades junto à comunidade, podendo optar por não opinar sobre esse assunto (Prefiro não opinar), sendo que nenhum deles fez esta opção (Gráfico 6). E convidados a avaliar essas atividades tendo como opções: Muito boa, Boa, Regular e Ruim, ficando “muito boa” (15,5%) e “boa” (52,6%), juntas, com 68,1% da frequência relativa, “ruim” com 3,1% e “regular” com 28,9%. (Tabela 7).

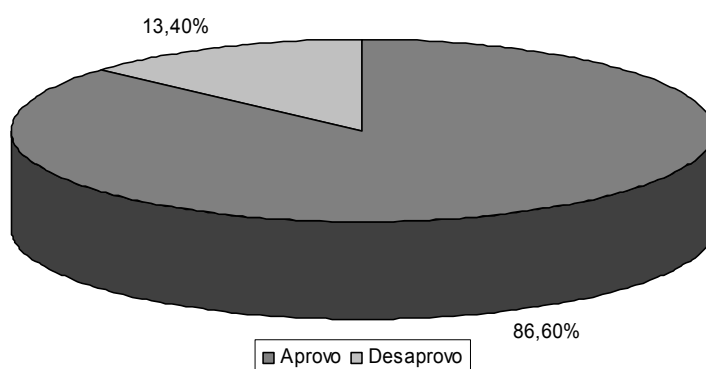


Gráfico 6 – Percepção discente sobre a realização de atividades junto à comunidade

Tabela 7 – Avaliação discente sobre as atividades realizadas junto à comunidade

Avaliação das atividades junto à comunidade	Frequência relativa
Muito boa	15,5%
Boa	52,6%
Regular	28,9%
Ruim	3,1%

Ao analisar conjuntamente os dados, vê-se que tanto a aprovação (86,6%) quanto a boa avaliação (68,1%) sobre as atividades junto à comunidade foi a tendência entre os respondentes. Esse resultado reforça os dados encontrados na literatura de que a interação com a comunidade traz benefícios para a formação do

médico, pois se os discentes não percebessem esses benefícios, provavelmente manifestariam essa percepção em suas respostas.

Outro ponto importante quando essas atividades junto à comunidade são avaliadas como “muito boa” ou “boa” por quase 70% dos discentes é o de que, provavelmente, a organização destas atividades foi igualmente boa. É claro que sempre se pode aperfeiçoá-las, porém, considerando que essas atividades foram oferecidas pela primeira vez, esse é um dado positivo e motivador.

5.2.5 Tutoria, divisão em pequenos grupos e discussões em grupo

Com a adoção de metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem, tornou-se necessário adotar a tutoria. Por ser uma inovação, principalmente em disciplinas para estudantes do primeiro ano do curso, pareceu importante conhecer a percepção discente sobre a adoção dessa estratégia. Para isso, foram inseridas três questões no instrumento de coleta de dados destinadas a colher informações sobre este aspecto.

Os discentes foram solicitados a responder se concordavam (Concordo ou Concordo parcialmente) ou discordavam (Discordo ou Discordo parcialmente) sobre a existência do tutor facilitar a realização e discussão das atividades. Foram questionados também sobre a percepção que tiveram com relação: ao interesse que ele demonstrou para com o processo de ensino-aprendizagem discente e ao seu preparo para auxiliá-los durante esse processo. Em ambos os casos a resposta era, também, a concordância (Concordo ou Concordo parcialmente) ou a discordância (Discordo ou Discordo parcialmente). Como aconteceu em várias outras questões havia a possibilidade de não opinar (Prefiro não opinar), opção escolhida por 3,1% dos respondentes para a primeira questão e por 7,2% dos respondentes para a segunda e a terceira questões.

Tabela 8 – Percepções discentes sobre os tutores (Frequência de concordância)

Sobre o tutor	Frequência relativa
Facilitou a realização e discussão das atividades	83,5%
Demonstrou interesse pelo processo de aprendizagem	73,2%
Pareceu preparado para auxiliar nesse processo	73,2%

É importante ressaltar que haviam dez tutores, responsáveis, cada um deles, por um grupo de dez discentes. Uma vez que os questionários foram respondidos sem a necessidade de o respondente se identificar, não é possível saber a que tutor ele se referiu, portanto, não se pode ter certeza se todos os tutores constituíam um grupo homogêneo ou se alguns despertaram nos discentes percepções destoantes, diluídas no momento da análise conjunta, fazendo com que a percepção discente se consolidasse no patamar apresentado. Sendo assim, os resultados obtidos podem refletir tanto uma percepção geral, quanto uma percepção particular sobre um ou mais tutores que acabou se generalizando ao analisarem-se as respostas em conjunto.

De qualquer forma, considerando o fato de a tutoria ser uma inovação tanto para discentes quanto para docentes, o resultado obtido demonstra que os discentes perceberam uma boa adaptação docente a esse novo papel. Até mesmo com relação ao interesse e ao preparo, pode-se notar um alto índice de concordância discente, 73,2%.

Como já foi mencionado em outros momentos, para que se pudesse trabalhar com metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem e facilitar o desenvolvimento de atividades nos serviços e na comunidade, os discentes foram divididos em pequenos grupos. Como essa divisão é também algo ainda incomum em disciplinas do primeiro ano do curso de ciências médicas da FMRP, ocorrendo com mais frequência em aulas práticas em laboratório e em estágios no final do curso, julgou-se adequado saber como os discentes perceberam esse novo modo de interação discente-discente e discente-docente.

Duas questões trataram desse aspecto inovador. A primeira solicitava que os discentes manifestassem sua aprovação (Aprovo ou Aprovo parcialmente) ou reprovação (Reprovo ou Reprovo parcialmente) quanto à divisão da turma em pequenos grupos. A segunda solicitava que eles dissessem se concordavam (Concordo ou Concordo parcialmente) ou discordavam (Discordo ou Discordo parcialmente) sobre a divisão em pequenos grupos facilitar a aprendizagem. A cada

questão o discente poderia optar por não emitir opinião (Prefiro não opinar), opção escolhida por 1,0% dos respondentes. (Tabela 9).

Tabela 9 – Percepção discente sobre a divisão da turma em pequenos grupos (Frequência de Aprovação/Concordância)

Divisão em pequenos grupos	Frequência relativa
Obteve aprovação dos discentes	91,8%
Pequenos grupos facilitam a aprendizagem	95,9%

Como se pode observar, a divisão em pequenos grupos não apenas foi aprovada pelos discentes, como também, foi percebida como facilitadora da aprendizagem. Uma vez que o número total de discentes cursando as disciplinas do primeiro ano do curso de ciências médicas varia em torno de cem, dividi-los em pequenos grupos pode ter facilitado a discussões e a fixação dos conteúdos trabalhados.

A disciplina ASCI priorizou, em todos os momentos, a discussão em grupo como forma de promover aprendizagem, não só entre os discentes que compunham os pequenos grupos, mas também reunindo esses pequenos grupos em grupos maiores para uma nova discussão, com maior número de participantes, permitindo confrontar posicionamentos distintos frente um mesmo conteúdo. Isso acabou proporcionando momentos de grande reflexão, demonstrando aos discentes a existência de várias formas de perceber o mesmo fato.

Assim sendo, pareceu importante conhecer a percepção discente sobre a importância da discussão em grupo, após a realização de atividades, para o processo de ensino-aprendizagem. Eles poderiam concordar com sua importância (Concordo ou Concordo parcialmente), discordar (Discordo ou Discordo parcialmente) ou, ainda, não emitir opinião (Prefiro não opinar). Essa última opção foi escolhida por 2,1% dos respondentes e, de acordo com os resultados obtidos, a discussão em grupo foi considerada importante para a aprendizagem por quase 80% deles (Gráfico 7).

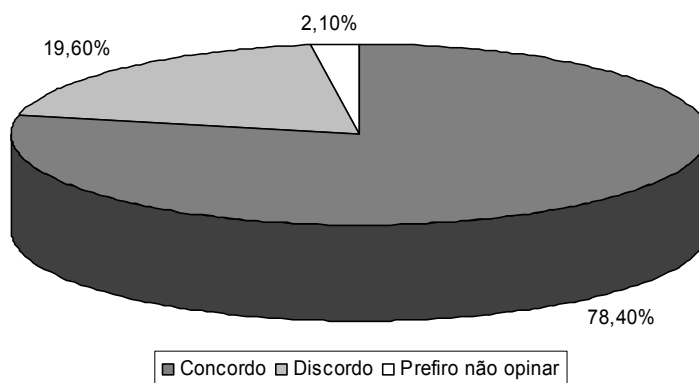


Gráfico 7 – Percepção discente sobre a discussão em grupo

5.2.6 Comunicação mediada por computador como ferramenta de suporte ao processo ensino-aprendizagem

A disciplina adotou a comunicação mediada por computador como ferramenta de suporte ao processo ensino-aprendizagem, por meio de uma ferramenta chamada TelEduc, uma inovação tanto para discentes quanto para docentes. A percepção discente sobre os resultados dessa adoção foi coletada por meio de aprovação (Aprovo ou Aprovo parcialmente) ou desaprovação (Desaprovo ou Desaprovo parcialmente) do seu uso. A opção por não manifestar opinião (Prefiro não opinar) foi escolhida por apenas 1,0% dos respondentes. (Gráfico 8).

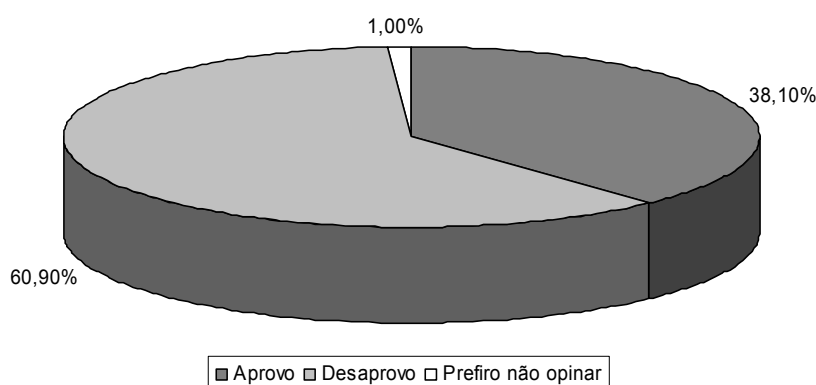


Gráfico 8 – Percepção discente sobre a utilização do TelEduc

O resultado obtido, 60,9% de reprovação, não foi surpresa uma vez que, ao longo do ano letivo, os discentes manifestaram em vários momentos sua

desaprovação em relação ao uso do TelEduc, porém, isso não torna mais fácil entender o motivo dessa desaprovação pois, sempre que utilizado da maneira adequada, esta ferramenta de comunicação cumpre de modo satisfatório seus objetivos.

Uma hipótese que justificaria esse resultado seria a não familiaridade com o uso da internet, mas a análise das estatísticas fornecidas pela FUVEST, obtidas conforme já demonstrado no item 5.1, revela que 72,3% dos candidatos convocados para matrícula, em primeira chamada, declararam acessar a internet “frequentemente” e 26,8%, “de vez em quando”. Assim, de uma maneira geral, os candidatos convocados para matrícula apresentam familiaridade com a internet, e provavelmente sabem como utilizá-la. (FUNDAÇÃO..., s/d).

Outra hipótese seria não ter acesso ao computador e à internet. No entanto, estas mesmas estatísticas demonstram que 50,2% dos candidatos convocados para matrícula, em primeira chamada, possuíam um computador em casa e 45%, mais de um computador. Para os discentes possuidores de um computador *laptop*, a USP disponibiliza conexão gratuita à internet sem fio mediante solicitação de uma senha de acesso. Além disso, a FMRP disponibiliza a todos seus discentes uma sala com cinquenta computadores conectados à internet e a Biblioteca Central da USP, *campus* de Ribeirão Preto, possibilita acesso à internet inclusive à noite e aos sábados. Em ambos os casos o acesso é gratuito. (FUNDAÇÃO..., s/d).

Excluídas as hipóteses anteriores, resta a resistência à mudança. Ao iniciar um curso de graduação, o discente já frequentou escolas por, pelo menos, doze anos e pode estar acostumado a: receber materiais impressos, se comunicar pessoalmente com docentes e outros discentes e entregar seus trabalhos escritos, e, muitas vezes, manuscritos. Dessa forma, o discente pode acabar percebendo o TelEduc como desencadeador de uma relação indireta discente-docente, distante, formal e privada de atenção. Isso acabaria por gerar certa frustração que se manifestaria na forma de repúdio ao responsável por esta nova situação, independentemente dos benefícios que seu uso possa trazer.

5.2.7 Metodologias de avaliação

Os discentes foram frequentemente avaliados ao longo do ano letivo pelo emprego de seis metodologias de avaliação diferentes, de acordo com o tipo de habilidade ou atitude objeto de avaliação. Algumas metodologias empregadas apresentaram um formato mais próximo do tradicional, outras sofreram influência direta das inovações adotadas, como, por exemplo, a avaliação diária individual realizada pelo tutor e os fóruns de discussão virtuais. Julgou-se, portanto, importante conhecer a percepção discente sobre quão efetivos foram esses métodos de avaliação solicitando, para tanto que eles classificassem essas metodologias da mais efetiva para a menos efetiva, respectivamente, do um ao seis (Tabela 10).

Tabela 10 – Classificação das metodologias de avaliação empregadas pela disciplina ASCI, segundo sua efetividade

Ordem	Metodologia de avaliação
1 ^o	Avaliação diária individual pelo tutor
2 ^o	Relatos sobre atividades práticas/comunidade
3 ^o	Relatos escritos a partir de reflexões individuais
4 ^o	Relatos escritos a partir de leituras
5 ^o	Prova
6 ^o	Fóruns de discussão no TelEduc

O resultado obtido demonstra mais, uma vez, que os discentes se adaptaram bem à tutoria, tanto que elegeram como metodologia de avaliação mais efetiva a avaliação diária individual realizada pelo tutor. Realmente, estando um tutor muito próximo de um pequeno grupo de discentes, espera-se que ele consiga realizar uma ampla análise da atuação de cada, avaliando melhor seus progressos com relação ao desenvolvimento de habilidades e atitudes necessárias para o exercício de sua futura profissão.

Entre os relatos, que representam a síntese individual do conhecimento adquirido na execução de atividades (leitura, práticas, reflexões, etc.), e a prova, elaborada de forma a permitir a aplicação de conhecimentos adquiridos na solução de problemas hipotéticos apresentados, eles consideraram os relatos como mais efetivos. Ficando em última posição, os fóruns de discussão no TelEduc.

É importante ressaltar que esses fóruns só foram introduzidos durante o segundo semestre letivo, fato que pode ter influenciado a avaliação da sua eficiência. Os discentes, não acostumados a participar de fóruns virtuais, podem ter sentido dificuldade de se familiarizar, em um espaço curto de tempo, com essa nova metodologia de avaliação. Talvez, se essa metodologia tivesse sido introduzida logo no início da disciplina, sua avaliação pudesse ter sido diferente.

5.2.8 Carga horária

Os discentes puderam se manifestar a respeito da adequação da carga horária dedicada à disciplina por meio das seguintes opções: adequada, inadequada, devendo ser maior, e inadequada, devendo ser menor. Os resultados encontram-se ilustrados no gráfico 9.

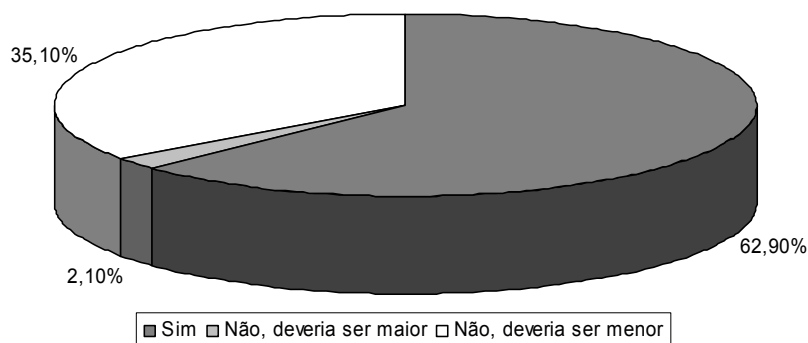


Gráfico 9 – Percepção discente sobre a adequação da carga horária dedicada à disciplina ASCI

Para mais da metade dos discentes (62,9%) a carga horária dedicada à disciplina foi adequada e, entre os 37,1% que manifestaram a percepção de inadequação, a grande maioria, 35,1% *versus* 2%, sugeriu a diminuição da mesma. A análise combinada desses dois dados é muito importante por demonstrar que, apesar da maioria dos discentes ter percebido como adequada a carga horária destinada à disciplina, mais de um quarto deles, julgou que ela deveria ser menor e, só se opta por diminuir o tempo dedicado a algo quando se julga possível obter os

mesmos resultados finais em um tempo menor. Isso sugere a necessidade de se aproveitar melhor o tempo dedicado ao desenvolvimento da disciplina.

5.3 Avaliação discente da disciplina ASCI

A última questão estruturada do instrumento de coleta de dados era a avaliação final da disciplina ASCI. Após responder sobre vários aspectos da disciplina, o discente deveria também avaliá-la de forma global utilizando as alternativas: “muito boa”, “boa”, “regular” ou “ruim”. Pode-se perceber, pela análise do gráfico 10, que nenhum discente avaliou a disciplina como “muito boa” (0,0%) e que mais da metade deles a avaliou como “regular” (56,7%).

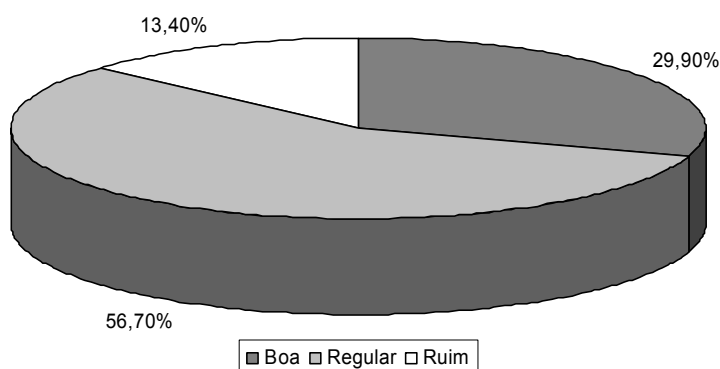


Gráfico 10 – Avaliação discente sobre a disciplina ASCI

Esse é um dado que surpreende quando comparado ao conjunto das percepções discentes coletadas anteriormente, pois cada aspecto, ao ser abordado individualmente, obteve alta frequência de aprovação/concordância, com exceção do uso do TelEduc. Sendo assim, a expectativa era de que, globalmente, a avaliação da disciplina fosse pelo menos “boa”, senão, “muito boa”, o que acabou não ocorrendo.

Uma hipótese que tenta explicar esse resultado seria a simplicidade da escala de resposta. Apesar de comumente utilizada para fins de avaliação, essa escala, com apenas quatro graus de variação, pode não ter sido adequada para traduzir, com veracidade, a percepção discente sobre a disciplina. Assim, uma mesma

alternativa pode ter captado, equivocadamente, uma ampla gama de percepções. Talvez, a adoção de uma escala com mais graus de variação pudesse ter permitido ao discente situar melhor sua percepção.

Outra hipótese diz respeito à subjetividade do significado atribuído pelo discente a cada uma das alternativas possíveis. Ele pode perceber como regular algo que não chega a ser ruim, mas que também não consegue atender totalmente às suas expectativas, ou pode, por outro lado, perceber regular como algo que somente atenda às suas expectativas sem oferecer nada além do que ele já esperava. Como nenhum parâmetro foi atribuído à escala, como, por exemplo: a correspondência com uma escala numérica variando entre 0 e 10, não é possível saber qual peso foi atribuído pelo discente a um “muito bom”, “bom”, “regular” ou “ruim”.

Essa escala utilizada se adapta melhor à avaliação de objetos menos complexos como, por exemplo, as atividades realizadas junto à comunidade. Objetos complexos, como uma disciplina inteira, englobam uma série de aspectos que não poderiam ser avaliados globalmente de forma simples e sem que a subjetividade fosse amplamente controlada. A utilização dessa escala para a avaliação da disciplina tornou-se, sem dúvidas, uma grande limitação apresentada pelo instrumento de coleta de dados.

Uma terceira hipótese diz respeito à capacidade apresentada pelo discente de avaliar uma disciplina ao ingressar num curso de graduação,. É sabido que muitos conhecimentos adquiridos durante a graduação só farão sentido para o discente após a conclusão do curso, quando uma visão global sobre tudo o que foi aprendido já pode ser construída, ou, até mesmo, após iniciar o exercício da profissão, com a vivência cotidiana. Por esse motivo, solicitar a ela que avalie uma disciplina, e, conseqüentemente, o conhecimento que ela lhe agregou, logo no início do curso pode não resultar numa avaliação amadurecida e coerente.

Uma última hipótese seria a de que, em meio às inúmeras mudanças, tanto na vida pessoal quanto educacional, o discente possa se encontrar um pouco confuso sentindo dificuldades para se adaptar à nova realidade. Ele pode estar direcionando sua frustração por não se adaptar para algo que julgue menos interessante ou importante e/ou difícil de entender ou aprender; para algum docente ou, ainda, para fatos da sua própria vida que ocorrerem nesse momento. Dessa

forma, se ele, por exemplo, for encarregado de avaliar uma disciplina alvo da sua frustração, existem grandes chances dessa avaliação ser negativa e/ou irracional, uma vez que ele pode não dominar totalmente esse papel de avaliador.

Tudo o que foi discutido só reforça a grande dificuldade encontrada em entender porque a disciplina foi avaliada pela maioria dos discentes como regular, uma vez que, de acordo com os próprios discentes, ela cumpriu seus objetivos educacionais.

5.4 Promoção da saúde de uma comunidade

Como já foi discutido no item 5.2.1, o objetivo educacional da disciplina ASCI era permitir que o discente conhecesse uma comunidade e seus equipamentos sociais, o SUS e seus equipamentos de atenção, aprimorando seu conceito sobre saúde e, ao mesmo tempo, compreendendo e se tornando mais próximo de seu futuro objeto de trabalho. No intuito de verificar, agora de uma forma mais livre, se a disciplina conseguiu atingir esse objetivo foi introduzida no instrumento de coleta de dados uma questão não estruturada conforme segue: “De que modo um médico pode contribuir para a promoção da saúde de uma comunidade?”, sendo reservado um espaço para que o discente dissertasse, de forma sucinta, sobre esse conteúdo. Posteriormente, as percepções expressas foram categorizadas e organizadas em uma tabela (Tabela 11).

Dos 97 discentes que participaram desse estudo, 78 responderam a essa questão, 80,4% deles. Entre as categorias de resposta identificadas a que mais se repetiu foi: conhecendo a comunidade, categoria que apareceu na fala de 43,6% dos respondentes. Esse dado é, sem dúvidas, muito positivo, principalmente quando se retoma toda a discussão já realizada sobre a avaliação discente da disciplina. Atingir a percepção de que, para contribuir para a promoção da saúde de uma comunidade, um médico deve conhecer esta comunidade equivale a atingir o objetivo educacional da disciplina modificando o conceito sobre saúde e se tornando mais próximo do futuro objeto de trabalho. Outro ponto positivo foi a percepção de que implementar ações preventivas, 26,9%, e promover educação e conscientização em saúde,

20,5%, são formas importantes de contribuir para a promoção da saúde de uma comunidade.

Tabela 11 – Percepções discentes: como promover a saúde de uma comunidade

Percepções	Freqüência absoluta
Conhecendo a comunidade	43,6%
Implementando ações de prevenção de doenças	26,9%
Diagnosticando e tratando doenças	23,1%
Promovendo ações educativas e de conscientização sobre saúde	20,5%
Aproximando-se da comunidade, conquistando respeito e confiança	10,3%
Humanizando a relação profissional-paciente	9,0%
Realizando diagnóstico precoce por meio de triagens	7,7%
Promovendo saúde	6,4%
Reproduzindo a medicina tradicional	5,1%
Educando durante as consultas	5,1%
Olhando para o indivíduo inserido em seu contexto	5,1%
Promovendo qualidade de vida	3,8%
Atuando de forma intersetorial	3,8%
Minimizando riscos	3,8%
Prestando atenção integral	3,8%
Promovendo ações intersetor para educação em saúde	3,8%
Conhecendo o SUS	3,8%
Sendo ético	2,6%
Atuando na atenção primária/Saúde da Família	2,6%
Atuando de forma multiprofissional na promoção de saúde e na prevenção	2,6%
Utilizando conhecimentos de saúde pública no exercício da medicina	2,6%
Acumulando conhecimento técnico	2,6%
Promovendo a comunicação	1,3%
Atuando no SUS	1,3%
Intervindo na sociedade	1,3%
Atendendo as demandas sociais	1,3%
Apontando riscos	1,3%
Utilizando dados epidemiológicos	1,3%
Oferecendo atenção psico-social	1,3%
Tornando a comunidade co-responsável pela sua saúde	1,3%
Atuando politicamente para a promoção e a prevenção	1,3%
Estabelecendo vínculos	1,3%
Desenvolvendo sua formação geral	1,3%

De uma maneira geral, as percepções foram muito positivas demonstrando que conceitos como: promoção de saúde, prevenção de doenças, atenção primária/saúde da família, vínculo e humanização tornaram-se presentes na fala dos

discentes já no primeiro ano do curso de ciências médicas. E isso vai ao encontro das novas demandas para a formação médica expressas, de maneira clara e objetiva por Campos, G. W. S. (2005, p 06-07):

...se na rede básica se espera sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, se aceitamos que as intervenções no território são de grande complexidade, e se ainda acrescentamos a isso que grande parte da população brasileira vive na pobreza, teremos claras evidências técnicas e éticas de que nossas escolas médicas devem formar um profissional competente para intervir nessa realidade [...] na ABS [Atenção Básica à Saúde] o aluno seria ensinado a fazer uma abordagem ampliada e singular de cada caso [...] Valorizar o ensino na rede básica visa atender uma demanda social inelutável de nosso país, [...] pressupõe aceitar que a prática é fundante da formação e que há experiências que nenhum livro pode fornecer.

Alguns discentes ainda insistem em manifestar opiniões contrárias à atenção à saúde da comunidade, porém compõem um grupo minoritário. Percepções como: reproduzindo a medicina tradicional, educando durante as consultas, acumulando conhecimento teórico ou apontando riscos, demonstram uma tentativa discente de manter-se distante da comunidade, focando seu trabalho no diagnóstico e tratamento individual em consulta. No entanto, essas percepções não foram muito freqüentes demonstrando que a maior parte dos discentes conseguiu mudar ou, pelo menos, iniciar um processo de mudança do paradigma de saúde.

5.5 Comentários e sugestões dos discentes sobre a disciplina ASCI

Após responder a todas as questões, o discente pôde acrescentar, caso julgasse necessário, quaisquer comentários que, na sua percepção, contribuíssem para uma avaliação completa e efetiva da disciplina ASCI. Para tanto, foi reservado um espaço, ao final do instrumento de coleta de dados, utilizado por 60 dos 97 discentes que participaram do estudo, 61,9% deles.

Todo o conteúdo desses comentários foi categorizado, organizado e analisado, permitindo complementar as percepções discentes colhidas anteriormente. Optou-se por uma análise qualitativa e abrangente desses conteúdos, uma vez que: quantificá-los não se mostrou relevante pois somente uma análise do conjunto permitiria perceber seu exato significado.

De uma maneira geral, os discentes valeram-se desse espaço para manifestarem críticas à disciplina, sendo que a mais freqüente foi relacionada à organização e ao planejamento da mesma. Atrelado a isso, eles criticaram os conteúdos escolhidos, a falta de continuidade entre eles e sua repetitividade. Para eles, um mesmo conteúdo, algumas vezes, acabava se estendendo por mais horas-aula do que parecia ser necessário. Além disso, criticaram a falta de participação discente no planejamento e na organização das atividades, algo que julgavam importante acontecer.

Eles gostariam que conteúdos como a utilização de álcool e drogas ilícitas, por exemplo, fossem trabalhados de maneira prática, por meio do acompanhamento de usuários em atendimento nos serviços de saúde e não como seminários teóricos. Outro ponto levantado foi que os conteúdos deveriam ter sido trabalhados sob uma abordagem mais aprofundada e focada, sempre, no preparo dos discentes para intervenções junto à comunidade.

Ainda com relação aos conteúdos, eles perceberam que alguns pareciam ser tratados como se fossem mais importantes, fato gerador de desaprovação. Outro ponto controverso foi a abordagem multiprofissional dos temas: os discentes preferiam que fosse mantido sempre o foco na atuação médica sem considerar a atuação de outros profissionais de saúde. Finalmente, eles esperavam que: houvesse um momento, no início da disciplina, para uma abordagem teórica sobre o SUS e os sistemas privados de saúde; que fossem introduzidas discussões a respeito de temas sociais e filosóficos e que houvesse maior espaço para a discussão dos aspectos ansiogênicos do curso médico.

Eles sugeriram o início precoce das atividades junto à comunidade, porém mediante uma aproximação prévia com os Agentes Comunitários de Saúde e o estabelecimento de vínculo com a comunidade. Além disso, essas atividades deveriam, na percepção deles, existir em maior quantidade proporcionando, sempre, vivências que desenvolvessem, de alguma forma, habilidades clínicas. Esse último ponto, em especial, deixa transparecer uma dificuldade em aceitar que o indivíduo deva ser entendido inserido em um contexto familiar e comunitário, sugerindo haver, por parte deles, uma expectativa de que a disciplina se restringisse a atividades clínicas para a promoção da saúde da comunidade. Isso, porém, não seria condizente com os objetivos educacionais da mesma.

Antes de iniciar a abordagem de um novo conteúdo, os discentes apontaram ser importante motivar o grupo discutindo os objetivos educacionais a serem alcançados ao fim da mesma. Muitos afirmaram tomar conhecimento desses objetivos educacionais apenas com, e/ou após, a realização da atividade, o que, na percepção deles, acabou desmotivando-os e prejudicando seu processo de aprendizagem.

De acordo com os discentes, as discussões promovidas ao final de cada atividade não deveriam ser realizadas logo após o término da mesma sendo ideal a existência de um período de tempo, entre atividade e discussão, destinado à reflexão individual. Além disso, eles julgaram os fóruns de discussão presenciais mais produtivos que os virtuais alegando, por isso, que a disciplina deveria ter utilizado sempre a forma presencial.

A inexistência de tutores não médicos foi apontada como ideal uma vez que os discentes percebem esses tutores como incapazes de manter o foco nos aspectos clínicos ao trabalhar os conteúdos. Muitos discentes, mesmo após cursar a disciplina, ainda não despertaram para a possibilidade real, e para a importância, da atuação multiprofissional na promoção da saúde da comunidade.

Ainda sobre os tutores, os discentes perceberam a necessidade de melhorar o treinamento e a capacitação dos mesmos de forma a garantir a homogeneidade do grupo. Na percepção deles, os tutores apresentavam diferenças com relação ao preparo para atuar na disciplina e isso pode ter prejudicado o processo ensino-aprendizagem de alguns grupos.

É percepção deles a necessidade de se revisar os critérios de avaliação utilizados pelos tutores. Eles julgam que as diferenças existentes entre estes acabam influenciando os critérios de avaliação adotados por cada um, levando a níveis de exigência destoantes de um grupo para outro. Assim, seria possível que um discente recebesse uma nota ruim tendo alcançado resultados semelhantes, em termos de aprendizagem, ao de outro avaliado por um tutor diferente do seu.

Por outro lado, eles julgam importante que a avaliação contemple aspectos subjetivos, frutos do contato tutor-discente, tanto que indicaram a avaliação realizada pelo tutor como a mais eficaz metodologia de avaliação adotada pela disciplina. Talvez por isso, eles tenham alegado que o TelEduc não deveria ser utilizado como ferramenta de auxílio à avaliação devido a sua falta de sensibilidade

em captar aspectos subjetivos relacionados a um processo de avaliação. Eles preferem utilizá-lo apenas como ferramenta de comunicação.

O relacionamento interpessoal tutor-discente foi outro aspecto da disciplina alvo de comentários: os discentes queriam que tivesse sido privilegiado o contato real em detrimento das comunicações virtuais que, na percepção deles, são incapazes de promover um efetivo relacionamento interpessoal.

Eles alegaram ter sentido falta do coordenador da disciplina, dizendo não terem percebido seu envolvimento cotidiano com a turma. Eles não se adaptaram à relação discente-coordenação mediada pelo tutor mesmo tendo sido ela responsável por garantir melhoria constante da disciplina, e em tempo real, por meio do aprimoramento das abordagens didáticas e da adoção de critérios de avaliação mais justos, entre outros avanços.

Por fim, houveram algumas críticas ao fato de a disciplina realizar práticas fora do *campus* da USP não disponibilizando, para tanto, meios de transporte aos discentes. Porém, essas críticas não se fundamentam uma vez que é de domínio público o fato de o curso de ciências médicas da FMRP realizar atividades extra-muros para desenvolver habilidades inerentes à formação de seus discentes nos serviços de saúde. Ao ingressar nesse curso, o candidato já deveria saber que nem todas as atividades didáticas seriam realizadas no *campus* e que seria sua responsabilidade comparecer a todas elas.

6 *D*ISSCUSSÃO

Não seria correto dizer que o processo de adequação do ensino médico da FMRP teve início após o período de redemocratização política do Brasil ou após a aprovação das novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina. Muito menos que ele teve início com as mudanças curriculares implementadas em 1993. Isso porque, na verdade, essa instituição tem procurado adequar a formação oferecida aos seus estudantes a conceitos tidos hoje como modernos desde sua fundação.

É importante lembrar que, naquela época, as idéias sobre ensino médico eram diferentes. Porém, a FMRP sempre adotou o que havia de mais moderno em termos de tendências para o ensino médico. Em plena década de 50, fundou um departamento de Medicina Social e enfatizou o trinômio ensino-pesquisa-serviço. Além disso, antes mesmo de a Reforma Sanitária se instituir e culminar na adoção da atenção primária como ponto de partida para o planejamento e funcionamento de um novo sistema de prestação de serviços, ela já enfatizava a importância da atenção à saúde da população nesse nível de assistência. Para tanto, ela oferecia aos seus estudantes internatos rurais e os levava para treinamento fora do hospital escola, na rede de atenção à saúde.

Além disso, ela não esperou que, nacionalmente, surgissem movimentos encarregados de repensar o ensino médico para reavaliar o tipo de ensino por ela prestado. Pode-se dizer que, desde a sua fundação, essa atitude foi prática comum, bem como a preocupação em acompanhar as tendências de mercado e em atender as necessidades de saúde da população.

Na FMRP, a crença na necessidade de se incluir na formação aprendizagens sobre atenção à saúde da comunidade não foi imposta de fora para dentro, em cumprimento às recomendações externas. Ao contrário disso, foi algo que nasceu com a instituição. Muitos de seus docentes tiveram participação ativa no movimento de Reforma Sanitária, agindo não como importadores de idéia desse movimento para a FMRP, mas sim como exportadores dessas idéias para o movimento.

No entanto, vale ressaltar que, nem todo o corpo docente compartilhava dos mesmos ideais e pensamentos, fato que se torna evidente sempre que se retoma o conceito norteador da FMRP desde sua fundação, a ênfase em um trinômio: ensino-pesquisa-assistência. Se o ensino foi, desde sempre, influenciado pela assistência, ele o foi, também, pela pesquisa, outro pilar desta instituição.

Da mesma forma que o Departamento de Medicina Social sempre foi forte, influenciando a condução de um ensino voltado para a atenção à saúde da comunidade, a pesquisa sempre teve lugar na FMRP, tornando a instituição uma referência nessa área e formando especialistas de altíssima competência. Isso permite imaginar quão difícil foi, sempre, administrar duas potencialidades tão ideologicamente distintas: assistência à saúde das populações e desenvolvimento da pesquisa especializada. Desse confronto velado, deriva uma competição por poder cuja vantagem acabou sendo da pesquisa, mais compatível com as tendências quase unânimes em ensino médico reinantes durante, praticamente, todo o século XX.

Assim, se por um lado a FMRP sempre foi inovadora ao adotar a assistência como parceira do ensino, por outro a pesquisa sempre foi a parte mais forte desse trinômio. Por isso, a tarefa de se reforçar a influência da assistência sobre o ensino, nessa instituição, teve uma conotação muito distinta da apresentada na maioria das escolas médicas: ao invés de se caracterizar como importação de uma tendência inovadora, ela se manifestou como uma nova tentativa de equilibrar forças, desde sempre, em constante competição.

A reforma curricular instituída em 1993 havia sofrido as conseqüências dessa disputa por poder. Remodelar o currículo promovendo a integração de conteúdos com diminuição de carga horária de disciplinas e reclassificação de algumas como eletivas, bem como a abrir espaços na grade para o ensino da assistência à saúde da comunidade, resultou no desvelar do embate entre assistência e pesquisa. E, infelizmente, nesse momento, a assistência ainda não estava preparada, como a pesquisa estava, para influenciar, verdadeiramente, o ensino, tornando-se parte dele. Houve, assim, muita resistência, principalmente, por parte do corpo docente, às mudanças propostas, fazendo com que elas acabassem se enfraquecendo e se desfigurando.

O fortalecimento nacional da idéia de se nortear o ensino pela assistência tornou premente a necessidade de se efetuar as mudanças já propostas em 1993, e de uma forma ainda mais intensa. Assim, as mudanças curriculares que culminaram com a introdução da disciplina ASCI na grade curricular, a partir de 2008, já surgiram muito mais propensas ao sucesso. E é por isso que, avaliar esta disciplina teve uma dupla importância: permitir avaliar seus acertos e erros e permitir,

indiretamente, avaliar qual o grau de sucesso alcançado pelo processo de mudança curricular como um todo na FMRP.

Constatar que, de maneira geral, a disciplina obteve altos índices de aprovação discente representou um ganho incalculável para o ensino médico ministrado por esta instituição, equivalendo a dizer que os estudantes admitiram a importância da assistência para sua formação, reconhecendo que ela faz parte do ser médico tanto quanto a especialização do conhecimento. Além disso, esse resultado também demonstra que o caminho traçado para o processo ensino-aprendizagem da assistência, o eixo atenção à saúde de famílias e comunidade, está tomando o rumo correto.

A grande parte das críticas, para não dizer todas, que os discentes fizeram à disciplina não demonstra repúdio ou descrença na sua importância, ao contrário, demonstra o quanto eles querem que ela se torne ainda mais eficiente no cumprimento de seu objetivo. Elas versam sobre aspectos inerentes a qualquer processo de implantação de inovação, perfeitamente normais e totalmente passíveis de aperfeiçoamento.

Certamente, esta avaliação acabou demonstrando quão acertada foi a implantação da disciplina, e do eixo, quão promissora sua permanência na grade curricular acabou se tornando, e, acima de tudo, quão simples será adequá-la, tornando-a ainda mais efetiva do que foi nesse primeiro ano de existência.

7 **C**ONCLUSÕES

Após a realização da avaliação discente da disciplina ASCI, em seu primeiro ano de inclusão na grade curricular do curso de ciências médicas da FMRP, foi possível identificar alguns aspectos relacionados à disciplina que devem ser aperfeiçoados, conforme segue:

- ✓ estimular a percepção discente sobre a comunidade ser seu futuro objeto de trabalho;
- ✓ priorizar atividades didáticas que propiciem a interação grupal realizando atividades na comunidade e discussões em grupo;
- ✓ melhorar a qualidade das atividades realizadas junto à comunidade;
- ✓ auxiliar os discentes no desenvolvimento da capacidade de transmitir, tanto pela linguagem oral quanto pela escrita, conhecimentos adquiridos;
- ✓ buscar formas de desenvolver conteúdos, sempre em cenários reais, pela interação com a comunidade, observação de serviços em funcionamento e/ou observação de profissionais em atuação;
- ✓ estimular a reflexão e a discussão sobre as atividades realizadas;
- ✓ modificar a metodologia de ensino-aprendizagem utilizada para abordar a comunicação e os relacionamentos interpessoais;
- ✓ modificar o foco de abordagem adotado para os conteúdos: resgate de emergência – Bombeiros e acidentes de trânsito;
- ✓ promover a interdisciplinaridade para o desenvolvimento de conteúdos que se sobrepõem ao de outras disciplinas;
- ✓ investir na capacitação e no treinamento dos tutores;
- ✓ priorizar a avaliação individual realizada pelo tutor como metodologia de avaliação discente utilizada pela disciplina;
- ✓ refletir se a comunicação mediada por computador é, realmente, uma ferramenta de suporte ao processo de ensino-aprendizagem adequada para esta disciplina;
- ✓ otimizar o uso da carga horária reservada à disciplina.

Foram identificados também aspectos relacionados à disciplina que alcançaram grande aprovação discente, devendo permanecer nos próximos anos:

- ✓ diversificação de cenários de ensino-aprendizagem;
- ✓ promoção da aprendizagem por meio de vivências;
- ✓ promoção da interação precoce com a comunidade;

- ✓ divisão da turma em pequenos grupos e adoção da tutoria;
- ✓ promoção de discussões em grupo.

O uso da comunicação mediada por computador como ferramenta de suporte ao processo de ensino-aprendizagem foi o único aspecto da disciplina que alcançou altos índices de reprovação tornando-se, por isso, o único cujo abandono, nos próximos anos, deve ser cogitado.

Outro objetivo da pesquisa foi colher sugestões discentes que permitissem introduzir, nos próximos anos, mudanças que aumentassem a efetividade do processo ensino-aprendizagem. Conforme esperado, foi obtida ampla gama de sugestões, conforme segue:

- ✓ promover a continuidade entre os conteúdos cuidando para não haver repetitividade entre os mesmos;
- ✓ permitir a participação dos estudantes nas etapas de planejamento e organização das atividades desenvolvidas durante a disciplina;
- ✓ buscar, constantemente, formas de trabalhar todos os conteúdos por meio de vivências práticas;
- ✓ abordar os conteúdos de maneira que os discentes adquiram cada vez mais capacidade de intervir como médicos junto à comunidade;
- ✓ dedicar a todos os conteúdos igual importância;
- ✓ iniciar o curso abordando aspectos sobre o SUS e sistemas privados de saúde e sobre temas como educação, pobreza, etc.;
- ✓ aumentar o espaço dedicado às discussões sobre aspectos ansiogênicos do curso médico;
- ✓ iniciar precocemente as atividades na comunidade, porém, mediante o estabelecimento de vínculo entre discentes e seus membros e entre discentes e os Agentes Comunitários de Saúde que nela atuam;
- ✓ motivar os discentes para a realização de atividades discutindo com eles os objetivos educacionais a serem alcançados com cada uma delas;
- ✓ permitir que decorra, sempre, um período de tempo entre a realização de uma atividade e sua discussão para o desenvolvimento de um efetivo processo de reflexão;
- ✓ preferir a realização de fóruns de discussão presenciais em detrimento dos

virtuais;

- ✓ melhorar o treinamento e a capacitação dos tutores garantindo que esse grupo seja homogêneo;

- ✓ revisar os critérios de avaliação dos discentes utilizados pelo grupo de tutores garantindo homogeneidade no processo avaliativo;

- ✓ incentivar a consideração de aspectos subjetivos, frutos do contato tutor-discente, na avaliação deste último pelo primeiro;

- ✓ restringir o uso do TelEduc, empregando essa ferramenta apenas para auxiliar a comunicação entre docentes e discentes;

- ✓ estimular o desenvolvimento da comunicação e dos relacionamentos interpessoais ao promovê-los entre tutores e discentes;

- ✓ aproximar coordenadores da disciplina e discentes.

*R*EFERÊNCIAS

ALMEIDA, Márcio José de. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.25, n.2, p 42-52, maio/ago. 2001.

AMORETTI, Rogério. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.29, n.2, p 136-146, maio/ago. 2005. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2005/volume29_2/educacao_medica_necessidades.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2008.

BATISTA, Nildo Alves; SILVA, Sylvia Helena Souza da. A função docente em medicina e a formação/educação permanente do professor. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.22, n.2/3, p 31-36, set./dez. 1998.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.2, n.2, p 139-154, fev. 1998. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/ingles/revista2/artigo3.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2008.

BLANK, Danilo. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.30, n.1, p 27-31, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a05.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** (Pró – Saúde). Brasília, DF, s/d. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2009.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 04**, de 07 de novembro de 2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial nº 1507**, de 22 de junho de 2007. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_1507_pet.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2009.

CABRAL FILHO, Wilson Rodrigues; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina: um desafio para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.28, n.2, p 133-144, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2004/volume28_2/escolha_precoce.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.5, n.9, p 133-142, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista9/debates1.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica** – Diretrizes. Documento preliminar. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. 2005. 12p. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. Porque uma Lei Orgânica da Educação Superior precisa contemplar de maneira especial e dedicada a articulação com o setor da saúde. **Revista Olho Mágico**. Londrina, v.12, n.1, p 35-45, jan./mar. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p 1400-1410, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2008.

CHAVES, Mário; KISIL, Marcos. Origens, concepções e desenvolvimento. p 01-16. In: ALMEIDA, Márcio José de; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; LLANOS C., Manuel (Org.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1: Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Editora UEL, 1999. 183p.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.31, n.1, p 21-30, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n1/04.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2008.

COSTA NETO, Milton Menezes da. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, v.1, n.2, p 46-51, jun./jul. 2000.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, p 780-788, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n3/15.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2008.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976. 124p.

ESCALA Likert. **Wikipédia**, a enciclopédia livre. Wikipédia Foundation Inc. s/d. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_Likert>. Acesso em: 08 jul 2009.

FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Teresinha Fróes. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.16, p 105-114, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a09.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2008.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; SILVA, Roseli Ferreira da; AGUERA, Cristiane Biscaino. Formação do profissional médico: a aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.31, n.1, p 52-59, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n1/08.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2008.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998. 190p.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, digital não paginado, 2000. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/div_diversif.asp>. Acesso em: 17 set. 2008.

FORSTER, Aldaísa Cassanho; PASSOS, Afonso Dinis Costa; DAL-FABBRO, Amaury Lelis; LAPREGA, Milton Roberto. Transformation and trends in preventive and social medicine education at the undergraduate level in a Brazilian medical school. **Gaceta Sanitaria**. Barcelona, v.15, n.6, p 519-522, dez. 2001. Disponível em: <http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13024694&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&fichero=138v15n06a13024694pdf001.pdf&ty=137&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es>. Acesso em: 30 jun. 2009.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. 241p.

FUNDAÇÃO Universitária para o Vestibular. **Estatísticas**. s/d. Disponível em: <<http://www.fuvest.br/vest2008/estat/estat.stm>>. Acesso em: 08 abr 2009.

HISTÓRIA dos Estados Unidos da América. **Wikipédia**, a enciclopédia livre. Wikipédia Foundation Inc. s/d. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hist%C3%B3ria_dos_Estados_Unidos_da_Am%C3%A9rica>. Acesso em: 30 jun 2009.

ILUMINISMO. **Wikipédia**, a enciclopédia livre. Wikipédia Foundation Inc. s/d. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Iluminismo>>. Acesso em: 30 jun 2009.

KEMP, Amy; EDLER, Flavio Coelho. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p 569-585, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n3/02.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2009.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 283p.

LOWMAN, Joseph. **Dominando as técnicas de ensino**. São Paulo: Atlas, p 275-282, 2004. 312p.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244p.

MAGRINI, Elisabeth Dovichi; MARTINEZ, Roberto. O curso de medicina e as Comissões Coordenadoras da Graduação na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: uma retrospectiva. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v.35, n.3, p 385-388, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n3/comis_coord_graduacao_fmrp_pg_385.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p 239-262, jul./set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2008.

MORAES, Maria Augusta de Sant'Ana. **A história da Faculdade**. s/d. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/novo_portal/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=123>. Acesso em: 20 maio 2009.

MOREIRA, Ayrton Custódio. O jubileu da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e a Universidade de São Paulo. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v.35, n.3, p 237-240, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n3/discorso_direto_fmrp.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2009.

OEIRAS, Janne Yukiko Yoshikawa; ROCHA, Heloísa Vieira da. Uma modalidade de comunicação mediada por computador e suas várias interfaces. In: WORKSHOP SOBRE FATORES HUMANOS EM SISTEMAS COMPUTACIONAIS, 3., 2000, Gramado. **Anais eletrônicos...** 10p. Disponível em: <http://www.teleduc.org.br/artigos/joeiras_ihc2000.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2009.

OLIVEIRA, Antônio Bernardes de. **A evolução da medicina**: até o início do século XX. São Paulo: Pioneira: Secretaria de Estado da Cultura, 1981. 434p.

PAULA, Maria de Fátima Costa de. USP e UFRJ a influência das concepções alemã e francesa em suas fundações. **Tempo Social** Revista de Sociologia da USP. São Paulo, v.14, n.2, p 147-161, out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v14n2/v14n2a08.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2009.

PRADO, William Alves do. Desenvolvimento e implantação da nova estrutura curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: dificuldades e avanços. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v.29, n.4, p 373-382, out./dez. 1996. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n4/1_ensino_medico_graduacao.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2009.

RENASCIMENTO. **Wikipédia**, a enciclopédia livre. Wikipédia Foundation Inc. s/d. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Renascimento>>. Acesso em: 30 jun 2009.

REVOLUÇÃO científica. **Wikipédia**, a enciclopédia livre. Wikipédia Foundation Inc. s/d. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Revolu%C3%A7%C3%A3o_cient%C3%ADfica>. Acesso em: 30 jun 2009.

ROCHA, Heloísa Vieira da. O ambiente TelEduc para educação a distância baseada na Web: princípios, funcionalidades e perspectivas de desenvolvimento. p. 197-204. In: MORAES, Maria Cândida (Org.) **Educação a distância**: Fundamentos e práticas. Campinas: UNICAMP/NIED, 2002. Disponível em: <http://www.teleduc.org.br/artigos/8_Cap11_heloisa.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2009.

ROCHA, João Hélio. **A saúde e você** (Proposta de transformação do setor saúde no Brasil). Nova Friburgo: Imagem Virtual, p 27-50, 1992. 206p.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Departamento de Medicina Social a reestruturação e os novos tempos. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v.35, n.3, p 306-312, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n3/depto_medicina_social.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2009.

RODRIGUES, Maria de Lourdes Veronese. Inovações no ensino médico e outras mudanças: aspectos históricos e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Editorial 2. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v.35, n.3, p 231-235, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n3/editorial2_dra_maria_lourdes.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2009.

RODRÍGUEZ, Carlos Arteaga; POLI NETO, Paulo; BEHRENS, Marilda Aparecida. Paradigmas educacionais e a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.28, n.3, p 234-241, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2004/volume28_3/ensaio_paradigmas.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2008.

RONZANI, Telmo Mota; RIBEIRO, Mário Sérgio. Identidade e formação profissional dos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.27, n.3, p 229-236, set./dez. 2003. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2003/volume27%203/ensaio_identidade.pdf>. Acesso em: 17 set. 2008.

RONZANI, Telmo Mota; RIBEIRO, Mário Sérgio. Práticas e crenças do médico de família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.28, n.3, p 190-197, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2004/volume28_3/pesquisa_praticas_e_crenças.pdf>. Acesso em: 17 set. 2008.

SANTANA, José Paranaguá de; CAMPOS, Francisco Eduardo de; SENA, Roseni Rosângela de. **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade**. In: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU. Natal: EDUFRN, p 233-244, 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf>. Acesso em: 10 set. 2008.

SANTANA, José Paranaguá de; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **Articulação ensino-serviço na área de saúde**. Texto de orientação do curso de especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS. [2001]. Não paginado. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF31.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2008.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Ensino da saúde coletiva na graduação**. Não paginado, maio/jun. 2003. In: Cadernos da ABEM - Coletânea de artigos e entrevistas publicados nos boletins informativos da ABEM 2002/2004. Rio de Janeiro, v.1, maio 2004. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/carmem_final.pdf>. Acesso em: 25 set. 2008.

TRONCON, Luiz Ernesto de Almeida. A reestruturação departamental e o ensino de graduação na FMRP-USP. Editoriais. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v.32, n.1, p 07-09, jan./mar. 1999. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n1/editorial32n1.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2009.

UNIVERSIDADE de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico do curso de graduação em medicina**. Ribeirão Preto, [2007].

UNIVERSIDADE Federal de São Paulo. **PROMED – Unifesp**. s/d a. Disponível em: <<http://www.promed.unifesp.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2009.

UNIVERSIDADE Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **PROMED**. s/d b. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/promed/>>. Acesso em: 30 jun. 2009.

UNIVERSIDADE de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Disciplinas Interdepartamentais da FMRP. **Disciplina RCG0122: Atenção à Saúde da Comunidade I**. Ribeirão Preto, s/d c. Disponível em: <<https://sistemas2.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=rcg0122&nomdis=>>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

WIERZCHON, Patrícia Maria. O ensino médico no Brasil está mudando? Transpondo desafios para concretizar mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.26, n.1, p 62-66, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2002/volume26%201/ensino_medico.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2008.

a PÊNDICES

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado aluno:

Sou aluna de Mestrado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e, juntamente com minha orientadora, Professora Dr^a Aldáisa Cassanho Forster, do Departamento de Medicina Social, estou convidando você a participar de uma pesquisa entre professores e alunos da disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I (ASCI), do curso de Ciências Médicas desta mesma faculdade. Esta pesquisa tem como objetivo realizar uma avaliação discente e docente da disciplina ASCI em seu primeiro ano de inclusão na grade curricular do curso.

Ao longo dos últimos anos, a adoção de um novo projeto pedagógico pela FMRP-USP resultou em alterações graduais na estrutura curricular do curso de Ciências Médicas. Houve redistribuição e ampliação da carga horária semestral e anual do curso, extinção de algumas disciplinas e inserção de outras. A ASCI é uma dessas novas disciplinas, criada na expectativa de compor, em conjunto com a ASCII, a ASCIII e a ASCIV, um eixo de ensino ao longo dos quatro primeiros anos da formação médica (ciclo pré-clínico e clínico), capaz de preparar o aluno para o último ciclo, o internato. Esse eixo entrou em vigor no primeiro semestre de 2008, na turma de alunos ingressantes. Ele tem como objetivos educacionais propiciar ao aluno contato precoce com a comunidade e com famílias, permitindo-lhe conhecer a população, os diferentes equipamentos sociais e de saúde existentes e os problemas de saúde físicos, psicológicos, sociais e ambientais vivenciados pelos membros da comunidade, ampliando, assim, sua concepção de saúde e aproximando-o de seu objeto de trabalho. Para alcançar esses objetivos, adotou-se como metodologia de ensino a problematização e optou-se pela diversificação dos cenários de ensino. Tudo isso tem como expectativa adequar a formação do aluno do curso de Ciências Médicas às novas Diretrizes Curriculares Nacionais inserindo-o na comunidade e no Sistema Único de Saúde desde seu ingresso.

Em decorrência de seus diferenciais e de sua implantação recente, torna-se necessário avaliar quais mudanças introduzidas com a disciplina devem permanecer, quais requerem aperfeiçoamento e quais devem ser abolidas. Além disso, é importante colher sugestões que permitam introduzir, nos próximos anos, outras modificações que aumentem a efetividade do processo ensino-aprendizagem. Tudo isso torna sua colaboração muito importante para nós.

Se você quiser participar desta pesquisa terá que expressar sua opinião sobre a disciplina respondendo a um questionário estruturado auto-aplicável. Em nenhum momento você terá que se identificar e seu nome ou iniciais nunca aparecerão em nenhum relatório ou trabalho resultantes dessa pesquisa. As informações fornecidas por você serão mantidas em segredo e nunca serão

fornecidas a ninguém. Elas não serão tratadas individualmente, mas em conjunto com as respostas de todo o corpo discente da disciplina. Se você não quiser participar da pesquisa, tem toda liberdade de recusar e isso não lhe causará nenhum problema. Se concordar em participar, por favor, assine o termo de consentimento localizado abaixo.

_____ (nome), após receber informações sobre a pesquisa intitulada “Avaliação docente e discente da disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I” concorda em participar da mesma e autoriza a utilização e divulgação dos resultados obtidos por essa pesquisa em aulas, jornais e outros veículos de comunicação pertinentes, desde que seu nome ou iniciais não sejam revelados a ninguém.

____/____/____

Data

Assinatura

Responsável: Tatiana Jisselle Jango Ribeiro da Silva

Contato: (16) 9153 2186

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados (Pré-teste)

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA AVALIAÇÃO DISCENTE

01- Sexo:

 Masculino Feminino

02- Idade ao ingressar no curso de Ciências Médicas da FMRP/USP:

_____ anos

03- O que motivou sua busca pelo curso de Ciências Médicas? [Utilize no máximo 03 (três) linhas]

04- Você já se identifica com alguma especialidade médica?

 Sim NãoSe sim, Qual?

05- Ao ser inserida na grade curricular do curso de Ciências Médicas da FMRP/USP, essa disciplina traçou alguns objetivos educacionais. Com relação a cada um desses objetivos, por favor, manifeste sua opinião.

05- a) Ela proporcionou oportunidade de conhecer uma comunidade e seus problemas de saúde.

- Concordo totalmente
 Concordo
 Discordo
 Discordo totalmente

05- b) Ela permitiu compreender o papel dos equipamentos sociais para comunidade e para a saúde.

- Concordo totalmente
 Concordo
 Discordo
 Discordo totalmente

05- c) Ela permitiu conhecer o SUS e seus diferentes equipamentos de atenção à saúde.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

05- d) Ela contribuiu para o aprimoramento do seu conceito sobre saúde.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

05- e) Ela permitiu que você compreendesse e se percebesse mais próximo do seu futuro objeto de trabalho.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

06- Assinale abaixo os conteúdos que você considera trabalhados de maneira favorável à aprendizagem durante a disciplina:

- Comunicação e relacionamentos interpessoais
- Fatores de risco e proteção decorrentes do meio ambiente
- Epidemiologia dos acidentes de trânsito
- Anticoncepção e prevenção das DST e AIDS
- Cuidados e proteção do profissional da saúde
- Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo
- Recursos e equipamentos sociais
- Recursos e equipamentos da saúde
- Serviço de resgate de emergências
- Espiritualidade e saúde
- Aspectos ansiogênicos do curso de Medicina
- Sistema Único de Saúde
- Antropometria e sinais vitais
- Doenças provenientes do lixo e da água contaminada
- Visita domiciliar
- Avaliação das condições de moradia
- Promoção de saúde e prevenção de doenças

07- Assinale abaixo os 05 (cinco) conteúdos que você considera mais interessantes e/ou importantes da disciplina:

- Comunicação e relacionamentos interpessoais
- Fatores de risco e proteção decorrentes do meio ambiente
- Epidemiologia dos acidentes de trânsito
- Anticoncepção e prevenção das DST e AIDS
- Cuidados e proteção do profissional da saúde
- Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo
- Recursos e equipamentos sociais
- Recursos e equipamentos da saúde
- Serviço de resgate de emergências
- Espiritualidade e saúde
- Aspectos ansiogênicos do curso de Medicina
- Sistema Único de Saúde
- Antropometria e sinais vitais
- Doenças provenientes do lixo e da água contaminada
- Visita domiciliar
- Avaliação das condições de moradia
- Promoção de saúde e prevenção de doenças

08- Assinale abaixo os 05 (cinco) conteúdos menos interessantes e/ou importantes da disciplina:

- Comunicação e relacionamentos interpessoais
- Fatores de risco e proteção decorrentes do meio ambiente
- Epidemiologia dos acidentes de trânsito
- Anticoncepção e prevenção das DST e AIDS
- Cuidados e proteção do profissional da saúde
- Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo
- Recursos e equipamentos sociais
- Recursos e equipamentos da saúde
- Serviço de resgate de emergências
- Espiritualidade e saúde
- Aspectos ansiogênicos do curso de Medicina
- Sistema Único de Saúde
- Antropometria e sinais vitais
- Doenças provenientes do lixo e da água contaminada
- Visita domiciliar
- Avaliação das condições de moradia
- Promoção de saúde e prevenção de doenças

09- Com relação aos itens abaixo, manifeste sua opinião:

09- a) Atividades práticas e/ou junto à comunidade.

- Aprovo totalmente
- Aprovo
- Desaprovo
- Desaprovo totalmente

09- b) Divisão em pequenos grupos.

- Aprovo totalmente
- Aprovo
- Desaprovo
- Desaprovo totalmente

09- c) Discussão em grupo sobre as atividades realizadas.

- Aprovo totalmente
- Aprovo
- Desaprovo
- Desaprovo totalmente

10- Numere de 01 (um) a 05 (cinco) as metodologias de ensino adotadas nesta disciplina, sendo 01 (um) a metodologia que você julga mais efetiva e 05 (cinco), menos efetiva.

- Oficinas
- Atividades na comunidade
- Discussões em grupo
- Exercícios individuais de leitura e/ou reflexão
- Apresentação oral e/ou escrita sobre atividades realizadas na comunidade

11- A aprendizagem em diversos cenários é mais efetiva que a aprendizagem exclusivamente em sala de aula.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

12- A aprendizagem desencadeada por vivências práticas é mais efetiva do que a aprendizagem proporcionada por aulas teóricas e expositivas.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

13- Ter um tutor foi favorável à realização e discussão das atividades e à aprendizagem.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

14- Trabalhar em pequenos grupos facilitou a aprendizagem.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

15- Considerando que o objetivo da adoção do Teleduc foi: facilitar a realização das atividades escritas, a divulgação de informações e materiais para as aulas e a comunicação aluno-aluno e aluno-Tutor/Coordenador, qual é a sua opinião sobre seu uso?

- Aprovo totalmente
- Aprovo
- Desaprovo
- Desaprovo totalmente

16- Em sua opinião, as intervenções/interações com a comunidade e/ou serviços de saúde foram:

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim

17- Numere de 01 (um) a 05 (cinco) as metodologias de avaliação adotadas nesta disciplina, sendo 01 (um) a metodologia que você julga mais efetiva e 05 (cinco), menos efetiva.

- Reflexões
- Relatos escritos sobre leituras
- Relatórios sobre as atividades práticas e/ou realizadas na comunidade
- Avaliação diária individual realizada pelo Tutor
- Prova

18- A carga horária reservada à disciplina foi adequada?

- Sim Não
- Se não, deveria ser:
 - Maior Menor

19- Algum conteúdo trabalhado nesta disciplina se sobrepôs a conteúdo trabalhado em outra disciplina?

Sim Não

Se sim, qual?

- Comunicação e relacionamentos interpessoais
- Fatores de risco e proteção decorrentes do meio ambiente
- Epidemiologia dos acidentes de trânsito
- Anticoncepção e prevenção das DST e AIDS
- Cuidados e proteção do profissional da saúde
- Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo
- Recursos e equipamentos sociais
- Recursos e equipamentos da saúde
- Serviço de resgate de emergências
- Espiritualidade e saúde
- Aspectos ansiogênicos do curso de Medicina
- Sistema Único de Saúde
- Antropometria e sinais vitais
- Doenças provenientes do lixo e da água contaminada
- Visita domiciliar
- Avaliação das condições de moradia
- Promoção de saúde e prevenção de doenças

De maneira geral, essa sobreposição de conteúdo foi:

- Repetição parcial
- Repetição total
- Complementar
- Sob abordagens muito distintas

20- O que você entende por Atenção à Saúde da Comunidade? [Utilize no máximo 06 (seis) linhas]

21- Qual a sua avaliação final sobre a disciplina de ASC I?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim

22- Este espaço está disponível para que você manifeste sua opinião sobre algum aspecto considerado relevante, mas que não tenha sido abordado no questionário. [Utilize no máximo 06 (seis) linhas]

MUITO OBRIGADA POR SUA VALIOSA CONTRIBUIÇÃO!

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados (Consolidado)

01- Sexo:

() Masculino () Feminino

02- Idade ao ingressar no curso de Ciências Médicas da FMRP/USP:

_____ anos

03- Você já se identifica com alguma especialidade médica?

() Sim () Não

Se sim, Qual? _____

04- Assinale abaixo os conteúdos que você considera trabalhados de maneira favorável à aprendizagem durante a disciplina:

- () Comunicação e relacionamentos interpessoais
- () Anticoncepção e prevenção das DST e AIDS
- () Epidemiologia dos acidentes de trânsito
- () Meio ambiente, e saúde – Fatores de risco e proteção
- () Recursos e equipamentos da saúde
- () Recursos e equipamentos sociais
- () Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo
- () Aspectos ansiogênicos do curso de Ciências Médicas
- () Auto-proteção do profissional da saúde
- () Espiritualidade e saúde
- () Sistema Único de Saúde – Acesso, Assistência integral e Sistema de referência
- () Serviço de resgate de emergência – Bombeiros
- () Prevenção de doenças – Teste de Acuidade Visual
- () Promoção de saúde – Atividades educativas com escolares: preservação do meio ambiente
- () Antropometria e desenvolvimento infantil saudável – Oficinas com escolares
- () Visita domiciliar a famílias e avaliação da salubridade das moradias

05- Assinale abaixo os 05 (cinco) conteúdos mais interessantes e/ou importantes da disciplina:

- Comunicação e relacionamentos interpessoais
- Anticoncepção e prevenção das DST e AIDS
- Epidemiologia dos acidentes de trânsito
- Meio ambiente, e saúde – Fatores de risco e proteção
- Recursos e equipamentos da saúde
- Recursos e equipamentos sociais
- Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo
- Aspectos ansiogênicos do curso de Ciências Médicas
- Auto-proteção do profissional da saúde
- Espiritualidade e saúde
- Sistema Único de Saúde – Acesso, Assistência integral e Sistema de referência
- Serviço de resgate de emergência – Bombeiros
- Prevenção de doenças – Teste de Acuidade Visual
- Promoção de saúde – Atividades educativas com escolares: preservação do meio ambiente
- Antropometria e desenvolvimento infantil saudável – Oficinas com escolares
- Visita domiciliar a famílias e avaliação da salubridade das moradias

06- Assinale abaixo os 05 (cinco) conteúdos menos interessantes e/ou importantes da disciplina:

- Comunicação e relacionamentos interpessoais
- Anticoncepção e prevenção das DST e AIDS
- Epidemiologia dos acidentes de trânsito
- Meio ambiente, e saúde – Fatores de risco e proteção
- Recursos e equipamentos da saúde
- Recursos e equipamentos sociais
- Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo
- Aspectos ansiogênicos do curso de Ciências Médicas
- Auto-proteção do profissional da saúde
- Espiritualidade e saúde
- Sistema Único de Saúde – Acesso, Assistência integral e Sistema de referência
- Serviço de resgate de emergência – Bombeiros
- Prevenção de doenças – Teste de Acuidade Visual
- Promoção de saúde – Atividades educativas com escolares: preservação do meio ambiente
- Antropometria e desenvolvimento infantil saudável – Oficinas com escolares
- Visita domiciliar a famílias e avaliação da salubridade das moradias

07- As questões abaixo se referem aos objetivos educacionais traçados para a disciplina ASC I:

07- a) Ela proporcionou oportunidade de conhecer uma comunidade e seus problemas de saúde.

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

07- b) Ela permitiu compreender o papel dos equipamentos sociais para comunidade e para a saúde.

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

07- c) Ela permitiu conhecer o SUS e seus diferentes equipamentos de atenção à saúde.

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

07- d) Ela contribuiu para o aprimoramento do seu conceito sobre saúde.

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

07- e) Ela permitiu que você compreendesse e se percebesse mais próximo do seu futuro objeto de trabalho.

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

08- Como você se sente a respeito das atividades práticas junto à comunidade.

- Aprovo
- Aprovo parcialmente
- Desaprovo parcialmente
- Desaprovo
- Prefiro não opinar

09- Qual sua opinião sobre a divisão da turma em pequenos grupos.

- Aprovo
- Aprovo parcialmente
- Desaprovo parcialmente
- Desaprovo
- Prefiro não opinar

10- A discussão em grupo sobre as atividades práticas realizadas é importante para a aprendizagem.

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

11- Numere de 01 (um) a 05 (cinco) as metodologias de ensino adotadas nesta disciplina, sendo 01 (um) a metodologia que você julga mais efetiva e 05 (cinco), menos efetiva.

- Oficinas
- Atividades na comunidade
- Discussões em grupo
- Exercícios individuais de leitura e/ou reflexão
- Apresentação oral e/ou escrita sobre atividades realizadas na comunidade e/ou sobre leituras

12- A aprendizagem em diversos cenários é mais efetiva que a exclusivamente em sala de aula.

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

13- A aprendizagem desencadeada por vivências práticas é mais efetiva do que a proporcionada por aulas teóricas (expositivas).

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

14- Ter um tutor facilitou a realização e discussão das atividades.

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

15- Seu Tutor demonstrou interesse em participar do seu processo de aprendizagem?

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

16- Ele lhe pareceu preparado para auxiliá-lo nesse processo?

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

17- Trabalhar em pequenos grupos facilitou a aprendizagem.

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo
- Prefiro não opinar

18- Considerando que o objetivo da adoção do Teleduc foi: facilitar a realização das atividades escritas, a divulgação de informações e materiais para as aulas e a comunicação aluno-aluno e aluno-Tutor/Coordenador, qual é a sua opinião sobre seu uso?

- Aprovo
- Aprovo parcialmente
- Desaprovo parcialmente
- Desaprovo
- Prefiro não opinar

19- Em sua opinião, as intervenções/interações com a comunidade e/ou serviços de saúde foram:

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim

20- Numere de 01 (um) a 06 (seis) as metodologias de avaliação adotadas nesta disciplina, sendo 01 (um) a metodologia que você julga mais efetiva e 06 (seis), menos efetiva.

- Relatos escritos a partir das reflexões individuais sobre os temas
- Relatos escritos a partir de leituras
- Relatórios sobre as atividades práticas e/ou realizadas na comunidade
- Avaliação diária individual realizada pelo Tutor
- Fóruns de discussão no Teleduc
- Prova

21- Algum conteúdo trabalhado nesta disciplina se sobrepôs a conteúdo trabalhado em outra disciplina?

- Sim Não

Se sim, qual?

- Comunicação e relacionamentos interpessoais
 Anticoncepção e prevenção das DST e AIDS
 Epidemiologia dos acidentes de trânsito
 Meio ambiente, e saúde – Fatores de risco e proteção
 Recursos e equipamentos da saúde
 Recursos e equipamentos sociais
 Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo
 Aspectos ansiogênicos do curso de Ciências Médicas
 Auto-proteção do profissional da saúde
 Espiritualidade e saúde
 Sistema Único de Saúde – Acesso, Assistência integral e Sistema de referência
 Serviço de resgate de emergência – Bombeiros
 Prevenção de doenças – Teste de Acuidade Visual
 Promoção de saúde – Atividades educativas com escolares: preservação do meio ambiente
 Antropometria e desenvolvimento infantil saudável – Oficinas com escolares
 Visita domiciliar a famílias e avaliação da salubridade das moradias

E, de maneira geral, essa sobreposição de conteúdo foi:

- Repetição parcial
 Repetição total
 Complementar
 Sob abordagens muito distintas

22- A carga horária reservada à disciplina foi adequada?

- Sim Não

Se não, deveria ser:

- Maior Menor

23- Qual sua avaliação final sobre a disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I?

- Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim

24- De que modo um médico pode contribuir para a promoção da saúde de uma comunidade? [Para responder, utilize no máximo as 08 (oito) linhas abaixo].

25- Alguns temas que você julga importantes para a avaliação da disciplina ASC I podem não ter sido abordados neste questionário ou podem necessitar de maiores esclarecimentos. Por favor, utilize este espaço para acrescentar seus comentários sobre esses temas. [Para responder, utilize no máximo as 12 (doze) linhas]

MUITO OBRIGADA POR SUA VALIOSA CONTRIBUIÇÃO!

ANEXO A – Comprovante de aprovação para realização do estudo junto à Comissão de Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ofic. Grad. n° 461/FMRP/02.09.2008
FJCR/ps

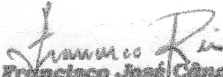
Prezada Pós-Graduanda,

Tenho a satisfação de informar que a Comissão de Graduação aprovou, em sua 722ª reunião ordinária realizada em 02 de setembro de 2008, o projeto de pesquisa intitulado **“Avaliação docente e discente da disciplina de Atenção à Saúde da Comunidade I”**, selecionado para o Programa Ensinar com Pesquisa da Pró-Reitoria de Graduação.

Informo que tal aprovação foi condicionada a que a execução do referido projeto **não interfira** com as atividades acadêmicas dos estudantes, ou seja, a aplicação dos questionários deverá ser feita em horários que não comprometam o andamento das aulas, ou seja, o consentimento do docente responsável pela aula para a interrupção.

Sem mais para o momento, aproveito a oportunidade para apresentar minha consideração pessoal.

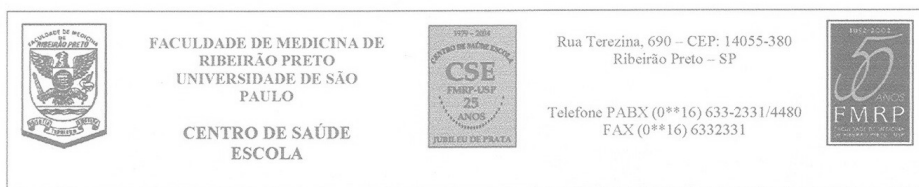
Cordialmente,


Prof. Dr. Francisco José Cândido dos Reis
Vice-Presidente da Comissão de Graduação

Ilma.Sra.
TATIANA JEBELLE JARDO REIS DA SILVA
Pós-graduanda

c/c **Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster**
Orientadora
Thais Nunes
Acadêmica – Curso de Medicina – FMRP-USP

ANEXO B – Comprovante de aprovação para realização do estudo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 17 de outubro de 2008.

Of. N°181/08/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião realizada aos 14/10/2008, analisou e apreciou o parecer do senhor relator, referente ao projeto de pesquisa intitulado: **“Avaliação docente e discente da disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I”**, protocolo n°284/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V. S^a, e pela pesquisadora: Tatiana Jisselle Jango Ribeiro da Silva, **foi aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof^a. Dr^a. Aldaísa Cassanho Forster
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP