

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Instituto de Física
Instituto de Química
Instituto de Biociências
Faculdade de Educação

CRISTINA LEIKA HORII

**Um estudo da residência médica
para a compreensão da
formação continuada de professores**

São Paulo

2013

CRISTINA LEIKA HORII

**Um estudo da residência médica
para a compreensão da
formação continuada de professores**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades em Ensino de Ciências para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciências.

Área de Concentração: Ensino de Física

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jesuína Lopes de Almeida Pacca

Comissão Examinadora:

Profa. Dra. Jesuína Lopes de Almeida Pacca (Presidente)

Prof. Dr. Sergio de Mello Arruda

Profa. Dra. Maria Cândida Varone de Moraes Capecchi

São Paulo

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA
Preparada pelo Serviço de Biblioteca e Informação
do Instituto de Física da Universidade de São Paulo

Horii, Cristina Leika

Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores. – São Paulo, 2013.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo.
Faculdade de Educação, Instituto de Física, Instituto de
Química e Instituto de Biociências

Orientador: Prof^a Dr^a Jesuína Lopes de Almeida Pacca

Área de Concentração: Ensino de Física

Unitermos: 1. Formação Continuada do Professor;
2. Residência médica; 3. Educação permanente;
4. Desenvolvimento profissional; 5. Prática docente.

USP/IF/SBI-055/2013

São Paulo
2013

Otosan

Okasan

Yô

Lu

AGRADECIMENTOS

A Professora Jesuína, pela companhia na expedição atrás das borboletas.

Aos meus pais, por me ensinarem que eu posso ter qualquer sonho e me apoiarem sempre mesmo quando não entendiam as minhas escolhas.

Ao meu irmão, Yoshi, por me amar e apoiar sempre, mesmo, e principalmente, quando brigamos. E por ser o primeiro a lembrar do meu aniversário, todos os anos.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Tassi, Tici, Djalma, Anne, Elifas, Zé, Luciano, Arthur e Luciana pelo companheirismo nos eventos e as contribuições ao trabalho.

Aos professores Rê, Chris, Shi, Luiz, Paula, Rosa, Robson, Miriam e Kátia que me inspiram tanto.

Aos médicos do HC, pela confiança.

Ao querido corredor de ensino ...

Tio Cristiano por ser um equilibrista e sempre me acompanhar em um chá.

Julianito, meu amigo de dez mil anos.

Grá, por me emprestar os ouvidos.

Yara e Carla, pela companhia nas manhãs de frio.

Ao Esdras, pelo dedinho de prosa.

Renatinha e Sô, por me mimarem.

Ivã, Cris, Roberto, Flá, Alê, Juci, Regina, André Tatinho, Danilo, Fer, Fê e Fê, Marcília, Lígia, Brenno, Gi, Daniel, Glauco, Émerson, Vanessa, Lu, Ortega, Waltinho, Léo, André e André, pelos abraços e pela amizade.

Aos professores Maria Cândida e Sérgio pela leitura do texto da qualificação, a discussão proveitosa e as sugestões interessantes.

Aos professores Villani, Jesuína, Maria Lúcia, Ori, Cristina, Lúcia Helena e Daniela pelas disciplinas ministradas.

Aos colegas das disciplinas pelas discussões proveitosas, especialmente ao Thi, Billy e Eraldo.

Nora, Vito e toda turma do LAL, por me iniciarem no mundo da pesquisa.

Gil, Edu, Líria e todo o PROFIS pelas tardes divertidas produzindo material.

Ao ICH, os formadores e especialmente a Carmen por me proporcionarem a oportunidade de ter contato com tantos professores, e de realidades tão distintas.

Meus avós, tios e primos, de olhos puxados ou não, pelos almoços de domingo depois da missa. Minha família de criação que cuidou tanto de mim de mim e do Yô.

Meus amigos de Pilar, Michelle, Tati, Évelin, Ju, Massami, Clécio, Emílio, ao grupo OPA pela ótima experiência de ter crescido nessa linda cidadezinha. As Escolas: PEMPS, Iha, Odilon e o Nihongogakko, pela formação.

Minha família mineira e meus amigos ipatinguenses por terem me acolhido como se eu fosse uma de vocês desde sempre.

Meus amigos da licenciatura... Li, Mamita, Lu, Monikets, Mestre, Beto, Lê, Eliade, Mica e meus irmãozinhos, Yuji e Pablo, pelos anos que passamos juntos na sala de estudos. E os professores, Ana Blak, Adilson, Boczko, Maria Lúcia, Ana, Lúcia Helena, Osvaldo, Villani, Maria Regina, Zanetic, pela dedicação; e ao Menezes, por ter sido o primeiro a me falar sobre Residência.

Meus amigos do bacharelado Sury, Nô, Tereza, Fabi, Renato, Kazuo, Marcelzinho, Tatá, Gabi, Renatão, Dê, Danilo, Elienos, Flavinhu e a Sô, Metal, Ana, Varasca, Cá, Cris, Gil, Fabrício, Japa, Guidorizzi, Thiago, Pedro, Guilherme, Gordo, Krall, Dudu e Yóshi por fugirem comigo, quando era necessário.

Meus amigos, entre colegas e professores da Pedago, Shin e Luan, Vanessa, Ana, Alyne, Bia, Hércules, Luiz, Naty, Ju, Ricardo, Rubens, Rinaldo e Bia, Jaime, Elie, Kimi, Tereza, Gilda, Bruno, Ori, Roberto, Rosa por me mostrarem uma educação maior do que eu pensava que fosse possível existir.

Gá, Rafa, Guga, Thali, Anauê e todos os amigos das pensões e reps pelas conversas e pela companhia.

Júlia e Bira por terem me acolhido em São Paulo e pelas tardes de inverno deitados debaixo do cobertor, ao som de uma música ao vivo.

Maria José, essa linda que cuida de nós.

A Kátia, Silvia e Rodrigo pelo profissionalismo imprescindível para que esse momento chegasse.

Aos amigos funcionários Ailton, Lia, Ellen, Léo, Thotô, Naty, Rô, Silvana, Sérgio, Brandina e Cremilda, meninos da gráfica, Valdir, Ricardo, Fabiano, Cristian, Titi, João, Simone, Silvia, Silmara, pelo cuidado.

Mimi e Ná, minhas amigas irmãs, pela presença constante na minha vida.

Ao Lu, meu grande companheiro, pelo melhor colo do mundo e por ter certeza de que eu vou fazer a diferença.

Aos amigos que a vida me trouxe.

E especialmente aos que a minha parca memória não conseguiu alcançar.

A vida, pela grande experiência que me proporcionou.

A CAPES pelo apoio financeiro.



RESUMO

HORII, C.L. *Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores.* Dissertação. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

O trabalho traz uma análise da formação dos médicos na Residência Médica (RM), buscando encontrar subsídios para compreender o papel de um programa de Formação Continuada (FC) e dos formadores que nele atuam, preocupados com uma mudança efetiva na prática docente. Toma como objeto de estudo um programa de RM numa escola de medicina conceituada. Por meio de entrevistas com residentes e formadores são encontradas suas concepções sobre a formação profissional desenvolvida nesse programa e a relação com as atividades que compõe o processo. Os resultados dessa análise mostram que os comportamentos e as competências instalados nos residentes extrapolam o conhecimento obtido dentro da racionalidade técnica que está presente nos cursos de graduação da medicina; o curso em questão favorece a aproximação dos residentes da realidade dos problemas a enfrentar na profissão que desempenharão. No campo da Formação Continuada de professores o trabalho retoma os resultados encontrados num programa aparentemente bem sucedido. Nesse programa de FC, o trabalho cotidiano do professor com seus alunos reais foi acompanhado (Scarinci, 2010); o planejamento pedagógico inicial do professor era continuamente reformulado por ele mesmo à medida que apareciam os resultados da aprendizagem; a orientação pedagógica apoiou-se em concepções da aprendizagem de cunho construtivista; a compreensão do processo que se estabeleceu neste caso dá conta uma performance profissional que se considera bem sucedida. Assim, a pesquisa aqui apresentada procura encontrar um apoio no que ocorre com o desenvolvimento profissional dos médicos e no papel que a Residência Médica exerce sobre a profissionalização. Com isto, relacionar os dois programas para extrair subsídios e recomendações para os formadores que atuam na FC de professores.

Palavras chaves: Formação Continuada, Residência Pedagógica, Residência Médica, Desenvolvimento Profissional, Prática Docente.

ABSTRACT

HORII, C.L. *Understanding teachers continuous formation from a study of medical residence. Master's dissertation. University os São Paulo, São Paulo, Brazil, 2012.*

The study analyses medical residence aiming to an understanding of teachers continuous formation. The work deals with an analysis of medicine doctors continuous formation in Medical Residence (MR) aiming to search for subsidies that may help to understand the role of formators acting ins a Continuous Formation (CF) program that are concerned with an effective change of teaching practice. The analysis object is taken from a MR program at a traditional medical school. Residents and formators conceptions about professional formation in this program and their relation with the process activities were disclosed by means of interviews. Results of this analysis have shown that the residents behavior and their competence extrapolate the knowledge that was obtained within the technical rationality of undergraduate courses; the residence program approaches residents to the reality of problems that they have to face in their profession. In the field of teachers continuous formation the work takes results found in an apparently successful program. In this CF program teachers everyday practice with their real students was followed up and analyzed (Scarinci, 2010); the teacher initial pedagogical planning was continuously reformulated by himself in view of outcoming learning results; pedagogical direction was based on constructivist learning conceptions; the process understanding in this case seems to correspond to a successful professional performance. Therefore the present research is trying to find support to find support in what doctors professional development and in the role of Medical Residence in professionalization. The aims is to relate the two programs in order to find subsidies and recommendations that may be applied to formators acting in the teachers CF.

Key-words: Continuous Formation, Pedagogical Residence; Medical Residence, Professional Development, Teaching Practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. William Stewart Halsted (1852-1922).....	17
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Caracterização dos sujeitos (médicos) da pesquisa	44
Quadro 02 – Visão Geral do Modelo da Residência Médica construído a partir das entrevistas com os residentes médicos	62
Quadro 03 – Visão Geral do Modelo da Residência Médica construído a partir das entrevistas com o Preceptor e o Assistente	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNRM: Comissão Nacional de Residência Médica

FI: Formação Inicial

FC: Formação Continuada

FD: Formação Docente

FM: Faculdade de Medicina

FP: Formação Permanente

HC: Hospital das Clínicas

HU: Hospital Universitário

R1, R2, R3: Residente de primeiro, segundo e terceiro ano, respectivamente

RE: Residência Educacional

RM: Residência Médica

RP: Residência Pedagógica

USP: Universidade de São Paulo

UTRU: Urban Teacher Residency United

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1. INTRODUÇÃO	3
2. O PROBLEMA E O OBJETIVO DA PESQUISA	11
3. RESIDÊNCIA MÉDICA.....	17
4. FORMAÇÃO DE PROFESSORES	25
5. A “RESIDÊNCIA PEDAGÓGICA” FORA DO BRASIL.....	35
6. METODOLOGIA	39
A Residência Médica em Neurologia do Hospital das Clínicas	40
A Formação Continuada no Grupo LUMINI	40
6.1 Estudo da residência médica. Procedimentos metodológicos.	42
6.2 Estudo da formação continuada de professores	76
7. CONCLUSÕES	85
8. RECOMENDAÇÕES PARA A FC	91
9. REFERÊNCIAS.....	93

Apresentação

Na língua japonesa, tanto o médico como o professor são chamados de 'sensei'. Enquanto, no ocidente, 'doutor' (como 'doctor') têm suas raízes do latim 'docco', que significa ensinar (Shapiro, 2001).

Na formação de professores, tem se comparado a formação do médico com a do educador, propondo um gradiente de aproximação do professor em formação com a realidade escolar. Não é tão recente a preocupação com a Formação Inicial (FI) dos professores, a busca de uma inspiração na dos médicos extensiva à Residência Médica (RM). Isso reforça a ideia de que uma FI não está sendo suficiente e eventualmente uma prática similar a da Residência Médica na formação dos licenciados, poderia ser uma possível solução.

Especialmente o termo 'residência' tem sido importado do meio médico para pensar a formação de professores após a graduação. Apontando para uma formação que possa enfrentar problemas educacionais reais aparece a ideia de uma que reproduza, de alguma forma, o que ocorre com os médicos na Residência Médica. Dentro dessa ideia a educadora Guiomar Namó de Mello (Brasil, 2011) sugere que a formação seja feita em tempo integral, em centros de ensino especiais e regime de dedicação intensiva – a Residência Pedagógica. Nesse contexto seria possível acrescentar algo novo na competência do professor, que a Formação Inicial não pode alcançar. O governo do estado de São Paulo, por exemplo, propôs no mês de abril do ano de 2012, um projeto para a Residência Educacional, um novo modelo de estágio em que o licenciando seria mais participativo. Nos Estados Unidos há também um movimento chamado "Urban Teacher Residency" de formação de professores que se diz baseado no modelo de residência médica.

Percebemos que são muitas as analogias entre o professor e o médico, no entanto, em muitos casos, o termo parece ter sido emprestado a partir do que o senso comum imagina sobre a residência médica: um tipo de estágio da formação regular do médico, para acrescentar conteúdos objetivos da especialização.

Pensamos a Residência Médica (RM) ou Residência Pedagógica (RP) como algo que extrapole a “racionalidade técnica” à qual se refere Schön (2000) e proporcione um desenvolvimento profissional mais completo e abrangente com as competências de profissionais que interagem fortemente com os sujeitos e sua individualidade.

Esperamos que a análise das competências desenvolvidas na RM pelos residentes e pelos formadores possa contribuir para a discussão sobre a Formação de Professores. Neste trabalho, em particular, estamos focalizando a Formação Continuada de professores.

1. INTRODUÇÃO

Em meio à discussão sobre a qualidade do ensino, principalmente o público, é unânime a ideia de que a Formação Inicial não abarca todos os conhecimentos que o professor deve desenvolver. E as lacunas existentes aparecem apenas quando o professor se depara com a realidade. Nesse cenário, a Formação Continuada tornou-se uma necessidade (Rodrigues; Carvalho, 2002). No entanto, parece que, a partir dessa constatação, essa modalidade de formação se propagou e se multiplicou de forma intensa e indiscriminada, tornando-se por sua vez, outro problema. É necessário haver um espaço, ocupado com frequência e duração adequada, em que o professor possa suprir suas deficiências da Formação Inicial, tanto quanto aos conteúdos específicos, como às suas atitudes diante dos problemas reais e diários da sala de aula; isto é, onde, além de suprir lacunas, ele possa dar continuidade ao seu desenvolvimento como um profissional da educação atualizado e participante de um mundo em desenvolvimento constante (Silva, 2009). Os pesquisadores, que tratam da formação de professores capazes de resolver problemas graves do ensino e da sala de aula, sentem uma certa frustração por não encontrarem a desejada repercussão dos resultados que eles encontram nas práticas da sala de aula. Além disso, os autores que pensam sobre o perfil do bom profissional na educação trazem teorias convincentes e bem interessantes, mas pouco indicativas de uma prática de formação desses professores que leve aos resultados esperados no dia a dia da sala de aula.

Nossa proposta é procurar subsídios em outra área, formação profissional em serviço, que nos parece bem sucedida, bastante atraente e produtiva – a Residência Médica – para compreender o que ocorre com a Formação Continuada de Professores e como ela poderia ser revista.

O que ocorre na formação do médico após sua graduação? O que representa a Residência Médica na sua profissionalização? São as questões que propomos enfrentar.

A Formação Continuada de professores teria o que aprender disso? A Residência Médica surgiu com o intuito de acrescentar conhecimento ao bacharel em medicina, transformando-o num competente profissional da saúde, com toda a bagagem de conhecimento para aplicar e tomar decisões acertadas em presença da realidade; a intenção era desenvolver nele atitudes, que necessariamente se formam na prática e na vivência dos problemas reais. Uma analogia possível no caso pedagógico poderia ser uma Residência Pedagógica, capaz de transformar o Licenciado em Física em Professor de Física com essa qualidade profissional, a exemplo do médico.

No campo da medicina também existem distorções de objetivos. Especialmente entre os anos de 60/70, com a enxurrada de cursos de residências médicas que invadiram o cenário da medicina e, em sua maioria, cursos que usavam essa brecha para ter mão de obra barata, em defesa dos residentes surgiu a regulamentação por decreto; assim buscava-se assegurar-lhes o aprendizado em instituições de qualidade, com preceptores qualificados, por meio do treinamento tutelado em serviço. Isto já constitui um avanço com relação aos que se encontram na Formação Continuada de professores de física.

Com o propósito de conhecer a RM quanto ao seu funcionamento e quanto às concepções que formadores e residentes apresentam sobre esse curso, estudamos um curso oferecido pela FMUSP, cuja tradição de excelência é respeitada na área médica.

Consideramos que na formação continuada, do modo como é majoritariamente feito hoje, não há, em geral, condições favoráveis e adequadas para que o professor se desenvolva como profissional

competente; porque falta aos programas o desenvolvimento de atividades que garantam a associação direta com o trabalho real da sala de aula. Uma alternativa que estamos colocando em questão, seria organizar cursos que, à semelhança da residência médica, estivessem preocupados com as competências mais globais do profissional, no exercício de sua função no dia a dia da sala de aula, e pudessem oferecer espaço que possibilitasse a reflexão sobre sua prática com seus pares e com suporte de formadores especialistas e credenciados para isso.

Não acreditamos que um curso que ofereça um conjunto de regras e receitas, em que o professor simplesmente execute tarefas planejadas e pré-determinadas, possa formá-lo com qualidade para desempenhar sua função com autonomia ao atuar em sala de aula, capaz de melhorar a aprendizagem, ajudando os aprendizes a construir o próprio conhecimento.

Um conceito, que consideramos essencial na qualificação de tal profissional é o do profissional reflexivo: aquele que reflete constantemente (sozinho, com seus pares e com a comunidade) sobre sua prática, sobre as teorias que desenvolve, e que está aberto para as novas, mesmo que sejam totalmente opostas a suas crenças; aquele que é responsável por suas ações, pensando sobre as implicações diretas e indiretas, previstas e imprevistas, e sabe que nem tudo está ao seu alcance, porque a realidade se compõe de fatores que estão além do contexto imediato e abrangem outros campos do conhecimento.

O talento artístico para pintores, escultores, músicos, dançarinos e *designers* possui uma semelhança muito grande com o de advogados, médicos, administradores e professores extraordinários. Não é por acaso que os professores frequentemente se referem a uma “arte” do ensino ou da administração e usam o termo *artista* para referir-se a profissionais especialmente aptos a lidar com situações de incerteza, singularidade e conflito.

(SCHÖN, 2000, p.25, grifo do autor)

Outro conceito que nos interessa também para a qualificação do profissional da educação é o de autonomia, discutido profundamente por Paulo Freire e que se coloca, a nosso ver, essencial no caso de professores em serviço.

O professor autônomo é exemplo de pensar certo, assumindo as suas convicções, por isso há coerência de seu discurso sobre a prática e sua prática em si, inclusive em situações de incertezas e conflitos, próprios do dia a dia do professor. Aproximar-se metodicamente do conteúdo e assim, ajudar seus alunos a passarem de uma curiosidade ingênua para uma epistemológica e conseqüentemente também a pensarem certo. É crítico quanto a sua atividade docente, porque tem consciência do próprio inacabamento; ao mesmo tempo é corajoso e está aberto ao risco de reconstruir seu aprendizado, para promover sua prática. Mas, como formar esse profissional? Esse conceito precisaria ser incorporado, como um novo *ethos* (estamos estendendo no sentido de Bourdieu (1966), como um sistema de valores implícitos e interiorizados), um novo paradigma.

Nesta pesquisa estudamos o processo de formação dos médicos após sua graduação, especificamente na Residência Médica; buscamos encontrar subsídios para caracterizar o que seria desejável numa Formação Continuada para professores de física do ensino médio, entendendo esta formação como uma Residência Pedagógica.

Com esse intuito, fizemos uma imersão num programa de Residência Médica tradicional já bastante estruturado – Residência Médica em Neurologia da Faculdade de Medicina da USP. Tivemos acesso a esse programa na área de Neurologia do Hospital das Clínicas onde o residente desenvolve seu aprendizado, participando do cotidiano dos atendimentos médicos com a supervisão de profissionais mais experientes em diferentes níveis de competências. Entrevistamos aprendizes e formadores – seis residentes, um preceptor e o professor assistente – optamos por entrevistas

semi-estruturadas, pois possibilitam a emergência de crenças e percepções latentes, desencadeadas pelo fio condutor do discurso espontâneo. Notamos que os entrevistados foram muito receptivos e colaboraram bastante, o que ficou perceptível pelo discurso longo e aparentemente sincero e autêntico. Além disso fomos buscar os documentos que tratam ou regulamentam esses programas de RM; em princípio, são redigidos por uma pessoa ou grupo de pessoas, que têm uma crença de educação, um ideal de médico ou professor, que estariam implícitas nos documentos e poderiam ser perceptíveis na leitura; isso também nos auxiliou na análise e na elaboração dos quadros analíticos sobre a concepção dos sujeitos envolvidos quanto à sua profissionalização em desenvolvimento e os propósitos de uma Residência Médica.

Os próximos capítulos estão assim organizados:

No segundo capítulo “**O problema e o objetivo da pesquisa**” apresentaremos brevemente o cenário da Formação Docente e o que se tem feito para aprimorá-lo no que for necessário. Percebemos que a maioria das iniciativas, em especial na Formação Continuada, são no sentido do ensino de técnicas e estratégias de ensino a serem incorporadas no dia a dia da sala de aula. Dada essa situação, apresentaremos nosso problema de pesquisa como a busca por uma Formação Continuada que forme o profissional em serviço na direção do que acreditamos serem professores competentes, autônomos e seguros. Com esse objetivo passamos a analisar um programa profissional médico de sucesso, para relacioná-lo com um programa de FC de professores de Física também de sucesso, já divulgado na literatura da área.

No terceiro capítulo “**Residência Médica**” discutiremos a RM sob três aspectos: histórico - seu início nos Estados Unidos com William Healstead, que percebeu o maior índice de óbitos acompanhados por médicos recém-formados e o desenvolvimento da RM no Brasil, do início até sua

consolidação; preocupada em manter a qualidade dos cursos medidas burocráticas/organizacionais foram criadas e discutidas quanto ao aspecto legislativo; o decreto de nº80.281 regulamenta a RM e cria um conselho específico. O último aspecto estrutural mostra o caráter organizacional hierárquico entre os médicos-alunos e médicos-formadores, cujo objetivo é fazer com que os residentes aprendam na realidade prática com a experiência dos demais (colegas e/ou professores) mas sem prejudicar o atendimento dos pacientes.

No quarto capítulo “**Formação de Professores**” apresentaremos as características de um profissional competente, que fundamenta nossa análise; para tal trouxemos o conceito de professor reflexivo (Schön e Zeichner) e de autonomia docente (Freire).

No quinto capítulo “**A “Residência Pedagógica” fora do Brasil**” apresentamos o programa Urban Teacher Residency de formação de professores que é uma organização de instituições em rede, inspirado no modelo de RM mantendo uma formação fortemente ligada à realidade.

No sexto capítulo da “**Metodologia**” explicaremos os procedimentos adotados para tomada e análise dos dados. Para a Residência Médica analisamos alguns documentos oficiais e realizamos entrevistas, com médicos da neurologia do HC-USP, cujas transcrições foram feitas na íntegra. Do resultado da análise construímos três dimensões, que deverão dar conta do perfil profissional médico concebido pelos agentes que estão presentes na formação superior destes indivíduos: D1. Estrutura da formação, D2. Relação do residente e D3. Desenvolvimento de competências para o exercício da medicina. Para a Formação Contínua de Professores, estudamos o Grupo Lumini de Formação Continuada na área do ensino de física. A tese “Tirando o coelho da cartola – a atuação do formador em um programa de desenvolvimento profissional docente” de Anne Scarinci, orientada pela Profa. Dra. Jesuína Pacca, foi a referência

adotada para as dimensões estudadas. Ela identifica três saberes e ações transversais que são de fato objetivos do programa: 'reflexão sobre a prática', o 'exercício da autonomia docente' e a 'compreensão da teoria construtivista'. Para esta análise partimos da pesquisa sobre as atuações do formador na sua interação com os professores aprendizes.

No sétimo capítulo “**Conclusões**” discutiremos proximidades entre as duas formações profissionais e no capítulo seguinte “**Considerações para a FC**” as contribuições de uma para a outra, sinalizando elementos e apontando subsídios para a discussão da Formação Docente em serviço.

2. O PROBLEMA E O OBJETIVO DA PESQUISA

Que a educação precisaria ser muito melhor, ninguém nega. E diante desta constatação voltamos nosso olhar para os professores, e nossos esforços para sua formação, tanto inicial, na graduação, quanto continuada, no cotidiano da sala de aula.

Os professores descontentes no exercício da sua profissão apontam aspectos gerais como a falta de reconhecimento social da profissão, conseqüentemente baixos salários, condições precárias de trabalho, número excessivo de alunos na sala de aula, dificuldade em relacionar-se com os pais dos alunos, alta rotatividade de alunos nas salas de aula, alocação mal conduzida dos professores não efetivos nas escolas, entre outros fatores. Além desses, os aspectos mais específicos da prática docente, como os problemas de disciplina, a dificuldade em planejar as aulas dentro dessas condições e falta de espaço para a interação com os pares. Os formadores de professores por outro lado, concordando também com essas queixas, percebem que os professores têm dificuldade com os conteúdos específicos e com o trânsito pelos acervos de recursos didáticos bem como pelos ambientes acadêmicos, onde as pesquisas ocorrem e onde, muitas vezes, são produzidos os programas dirigidos ao ensino escolar.

Diante dessa situação, pesquisadores acadêmicos e órgãos governamentais têm produzido materiais, cursos e programas para atuação da formação continuada dos professores. No entanto, essas iniciativas não têm dado conta do desenvolvimento profissional dos professores, que os habilite a enfrentar a sala de aula real, com autonomia para tomada de decisões e algum conforto na sua profissão.

Em nosso cenário de reformas educacionais e cursos de formação continuada aparece uma tendência muito voltada para instrumentar o

professor dentro de uma racionalidade técnica, o que tem se mostrado pouco eficaz porque é pouco fundamentada na realidade em que ele se encontra e na sua competência efetiva para tomar decisões e integrar as novidades ao seu planejamento. As propostas chegam prontas para o professor que deve acatá-las sem discussão, recebe mais uma papeleta para preencher, mais um caderno para seguir, mais uma prova para aplicar, para eventualmente receber alguma remuneração extra; e na maioria vezes são apontados como culpados quando seus alunos não alcançaram índices de aprendizado, quando não deram a matéria toda, ou porque nem foram capazes de motivar ou interessar seus alunos. Dalila A. Oliveira *et al* (2011) mostram como esses indicadores de um contexto educacional e de desempenho dos alunos influenciam no trabalho docente, levando-os a assumirem mais funções do que as que estão ao seu alcance. No entanto, o que mais nos preocupa é ver que a qualidade do trabalho docente e dos seus resultados obtidos continua baixa e também pouco reconhecida.

Os projetos que têm sido produzidos raramente envolvem na sua elaboração professores da rede pública ou parte deles nas decisões e no seu conteúdo. O que nos chama a atenção é que nessas iniciativas, que não são poucas, existem bons materiais e boas intenções, mas a prática cotidiana parece continuar a mesma como se a “conversa” não incluísse o professor, certamente por não partir dele desde o início.

O que está faltando para que os formadores de professores e os gestores das reformas curriculares se aproximem da necessidade do professor e deem conta da realidade que ele enfrenta? O que falta na formação desse profissional que não o habilita para que exerça o que a sociedade espera dele e o que ele precisa para sua prática?

O professor sai da graduação e parece entrar num mundo totalmente estranho para o qual ele não foi preparado; aí ele procura sobreviver

realimentando a produção de profissionais insatisfeitos e incapazes de trabalhar com a realidade da sala de aula.

O ponto-chave desta constatação, do nosso ponto de vista, é a falta de segurança e de autonomia no perfil dos professores que estão sendo formados. A **'segurança'** tem também um aspecto subjetivo, porque representa o que os professores sentem, com relação a própria prática e ainda das necessidades e possibilidades de mudança dessa prática. A **'autonomia'**, por outro lado, é uma característica profissional essencial porque a realidade da sala de aula não é totalmente previsível e o obriga a tomar decisões rápidas, mas que deveriam ser conscientes e adequadamente fundamentadas (FREIRE, 1996).

Como poderiam os cursos de Formação Continuada contribuir efetivamente para que os professores se tornem autônomos para enfrentar os problemas que o cotidiano apresenta, quando a realidade se impõe?

Sem esquecer que essas questões se colocam também para a Formação Inicial, trataremos neste trabalho da Formação Continuada e neste sentido procuramos apoio e sugestões na formação dos médicos com a Residência Médica (RM). Diante da pergunta colocada procuramos estudar dois programas de formação profissional que seguem a formação inicial e que se mostraram bem sucedidos: um na área médica e outro na pedagógica. Nossa proximidade com as pesquisas nesse tema está na Formação Continuada do professor de física e agora fazemos uma aproximação com a formação do médico na Residência Médica.

O cenário educacional no Brasil é bastante precário; de um lado, estão problemas estruturais do sistema escolar e de outro, a formação que não prepara o professor para o cotidiano da sala de aula, ou seja, ele sai um profissional inseguro e sem condições para decidir, o que a tarefa lhe impõe. Iniciativas têm sido apresentadas; no entanto, em sua maioria são cursos de ensino de técnicas que descoladas da atuação do profissional não o levam a

adquirir segurança e autonomia necessárias. Dada esta condição nosso problema de pesquisa é a busca por elementos para uma FC que leve ao professor competente (reflexivo, autônomo e seguro) continuando sua formação. Para responder a essa pergunta buscamos na formação profissional do médico – especificamente na RM em Neurologia do HC – elementos do processo de ensino nesse curso a partir da representação dos médicos; com esse conhecimento analisaremos uma FC de professores de Física, o Grupo LUMINI. Posteriormente procuramos uma relação entre esses dois programas de formação.

Objetivos do Trabalho

Inicialmente, estudamos um programa de Residência Médica em neurologia, desenvolvido no HC, pela Faculdade de Medicina da USP; analisamos as concepções de seus atores atuais (residentes, preceptor e assistente) e as expectativas apontadas na concepção oficial implícita no conteúdo de documentos que tratam da origem e caracterização desse curso de RM. O objetivo aqui é caracterizar a formação dos residentes, compreender o processo pedagógico desenvolvido na interação entre os vários atores, a partir das informações que nos trazem.

Em seguida, revisitamos os resultados de um programa de Formação Continuada em pesquisas já realizadas e publicadas ou apresentadas em encontros científicos. Em particular, nos apoiamos no trabalho de doutorado desenvolvido por Scarinci (2010) que sintetiza a dinâmica e o procedimento de cunho construtivista do programa, cujos resultados foram considerados positivos – tanto pela modificação da prática profissional dos envolvidos, como pelo aprofundamento da compreensão da pesquisadora sobre o processo de formação desenvolvido no projeto estudado. Esse trabalho resultou em tese de doutorado orientado pela Dra. Jesuína L. A. Pacca.

Diante desse quadro, o objetivo maior é relacionar os dois programas e identificar o que pode ser transferível da RM (dentro de suas proporções) para uma formação profissional continuada capaz de formar o professor reflexivo, referido por Schön (1992), e autônomo, referido por Freire (1996), isto é, que seja capaz ele mesmo de atuar além da racionalidade técnica, para o desenvolvimento intelectual dos seus alunos nas aulas de física.

3. Residência Médica

A Residência Médica (RM) é o momento em que o médico recém formado, com o auxílio do grupo, constituído por outros residentes e superiores (esses já formados e com maior experiência) torna-se especialista em determinada área, mas, principalmente, considera-se a formação do profissional que vai interagir com pacientes, indivíduos particulares consideráveis para um tratamento. Bacheschi (1998; p.369) diz que esse é o momento de “Aprender a agir como médicos”.

RESIDÊNCIA MÉDICA – ASPECTO HISTÓRICO

A Residência Médica, nos moldes como conhecemos hoje, surgiu em 1889, em Baltimore nos Estados Unidos; na Universidade John's Hopkins, com William Healstead.

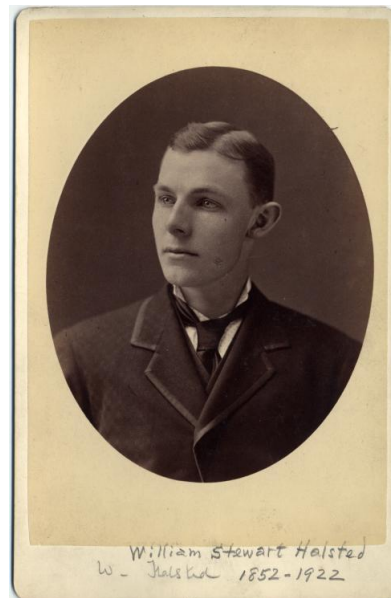


Figura 1. William Stewart Halsted (1852-1922) (Wikipédia,2011)

Americano, de família abastada, estudou em Yale e por influência do amigo, William H. Welch, foi para Viena sob a orientação de Billroth, reconhecido cirurgião europeu.

Não foi inovador apenas como criador da Residência Médica (se fosse já seria o suficiente para deixar seu nome na história), desenvolveu também um tratamento para o câncer de mama “mastectomia radical de Halsted”, alguns lhe atribuem ainda: a criação das luvas cirúrgicas, a primeira transfusão de sangue direta e uma das primeiras cirurgias para cálculos biliares. Não é a toa que é considerado, por muitos médicos, o pai da cirurgia moderna e um grande herói.

Ao se envolver com pesquisas com cocaína, em que ele e alguns de seus alunos testaram neles mesmos a droga, acabou por ficar dependente. Passou por duas internações para se recuperar do vício, todos acreditavam que ele havia se livrado dele; o contrário só ficou evidente muitos anos após sua morte, como esperava seu médico que revelou esse segredo em um livro trancado, que só poderia ser lido 100 anos após sua morte. Ele foi mantendo uma quantidade mínima de morfina, suficiente para suprir o vício, mas que não lhe tirava o vigor físico, que realizou a primeira cirurgia de mastectomia radical no novo hospital da universidade.

Em 1889, foi nomeado chefe do Departamento de Cirurgia da Universidade John's Hopkins. Percebendo que os pacientes tratados por médicos recém-formados tinham uma maior probabilidade de óbito, nomeou quatro ex-internos (ou seja, recém-formados) para trabalharem em regime de treinamento nessa área, enquanto moravam no próprio hospital. Nesses quatro~seis anos os alunos começavam com pequenas responsabilidades, que iam aumentando ao longo do processo, tais como cuidados pré e pós operatório, para depois passar às cirurgias. No ano seguinte, na própria universidade passou a usar esse sistema no departamento de Clínica Médica.

Por esse vício, somado ao seu programa de tutoria, Luiz Antonio Nogueira Martins (2005) o compara ao mitológico centauro Chíron:

[...] responsável pela educação de Asclépio, pai de todos os médicos. Este centauro distinguia-se dos demais centauros por índole pacífica e por sua grande sabedoria. Por estes atributos, [...] versado em várias artes, Chíron ensinou a Asclépio a arte da cura.

Chíron, embora conhecesse os segredos das ervas que curam, tinha uma ferida que era incurável. (p.21)

Esse meio de especialização em serviço, com a supervisão de um profissional experiente, que é a Residência Médica, foi reconhecida por sua importância pela Associação Médica Americana, em 1917. E em 1927 iniciou o credenciamento; e na década seguinte, a residência médica passou a ter tom de obrigatoriedade, nos Estados Unidos.

Ressalta-se que uma ideia inicial, de treinamento em serviço, já existia:

Embora já houvesse, tanto nos Estados Unidos como na Europa, um tipo de treinamento cirúrgico em que o médico recém-formado residia no hospital por algum tempo, o sistema só foi desenvolvido de forma regular por Halstead. (MARTINS, 2005, p.17)

No Brasil, surgiu por volta de 1944/45 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, com a especialidade de ortopedia, mas até 1955 eram poucos os recém-formados que passavam por esse processo. Depois desse ano houve um crescimento progressivo, começando a se espalhar de forma descontrolada, em que os residentes eram usados como mão de obra barata, não havia preocupação com a formação do residente que era a intenção original. Por isso em 1977, houve a regulamentação desse curso (Bacheschi, 1998; Martins, 2005).

Ruy Geraldo Bevilacqua (1984) separa esse processo em quatro períodos:

- **Período romântico/elitista (1944/45):** nessa época os formados nas escolas de medicina pensavam no modelo

clássico de médico, que trabalha em seu consultório. Eram pouquíssimos os que procuravam a Residência Médica, esses se caracterizavam pela vocação pela medicina de alto nível, e como a remuneração era incomparavelmente menor aos que após o término da escola médica, já ingressavam no mercado de trabalho, ou eram controlados com os gastos ou vinham de famílias que podiam mantê-los por mais alguns anos. “Eram verdadeiros idealistas da profissão” (Bevilacqua, 1984, p.40).

- **Período de consolidação 1956/70:** o ‘internato’, período de treinamento durante a graduação, até então com adoção voluntária passa a ser obrigatório nos cursos de medicina. Com a obrigatoriedade do internato a residência passa a ser encarada como momento importante e necessário de aprimoramento profissional. Ao final desse período, a maioria dos recém-formados cursa a Residência Médica antes de ingressar no mercado de trabalho. Período também reconhecido por sua tranquilidade, pela facilidade na implementação e correção.
- **Impacto da expansão do ensino superior 1971/77:** com a expansão do ensino superior, no início dessa década, são muitos também os recém-formados das escolas médicas; conseqüentemente, muitos os candidatos a residência. Os cursos acabam se inflando para poder recebê-los.
- **De atuação da CNRM (atual, na época de 1984):** Com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica “Fruto da necessidade de corrigir distorções que se tornaram aparentes do período de grande expansão que o precedeu” (1984, p.41). O que na época do texto de Bevilacqua, era considerada o período em que esse órgão estava criando normas e regulamentando os programas.

RESIDÊNCIA MÉDICA - LEGISLAÇÃO

Com o Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977 (Brasil, 1977) a Residência Médica (RM) foi regulamentada e criou-se a Comissão Nacional de Residência Médica, que foi alterada algumas vezes, sendo a última em 2006; e na sua maioria com o intuito de melhorar condições de trabalho dos residentes, principalmente salarial. Desde o primeiro decreto o espírito do treinamento em serviço esteve presente, garantindo que o residente passasse por aquela experiência e ela lhe fosse realmente positiva, pela interação do residente com seu preceptor, com os pacientes reais, proporciona desenvolver habilidades e atitudes que formam o médico. (Moraes, 1997; Martins, 2005; Olivieri, 1976; Bacheschi, 1998).

Art. 1.º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

[...]§ 3.º Além do treinamento em serviço, os programas de Residência compreenderão um mínimo de quatro horas semanais de atividades sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, sempre com a participação ativa dos alunos. (BRASIL,1977)

RESIDÊNCIA MÉDICA - ESTRUTURA

Dos trabalhos aos quais tivemos acesso, sobre o funcionamento da RM, todos a apresentam fortemente ligada à prática, à vivência e à convivência no hospital.

No entanto, quanto à estrutura propriamente dita, por mais que todos apresentem uma hierarquia, há divergências quanto aos títulos e papéis. O autor que nos pareceu mais claro foi Irany Novah Moraes (1997) que apresenta uma hierarquia começando pelo residente mais novo no programa, R1 (Residente de primeiro ano), até o chefe do serviço.

De acordo com esse autor, quando o paciente chega ao hospital será atendido pelo R1, que dependendo da complexidade do caso discutirá com o R2, e assim sucessivamente, o que levaria:

- Para o paciente, mais segurança sobre sua patologia e tratamento;
- Para os residentes contato direto profundo com os pacientes reais com seus dramas e sintomas confusos;
- Para os preceptores e assistentes a continua retomada pela interação com os novos.

Assim, quanto mais experiente você é, mais responsabilidades têm para com os outros residentes e os próprios pacientes. Para a nossa pesquisa não entrevistamos a figura do chefe de serviço, como ficará evidente no capítulo **Metodologia**.

Quanto ao motivo primeiro que leva os médicos a procurarem a residência, parece-me oportuno relatar o que ocorreu no curso de pedagogia do qual sou estudante: um dos calouros era um aluno que, frustrado com o curso de medicina, prestou vestibular novamente. Existia até um certo ar de “como assim ele deixou de ser médico para ser pedagogo?!”; mas ele não ia ser médico, nos corrigiu, ia ser pediatra. Mesmo com um diploma diferenciado como a medicina, há uma busca por um status, que a RM pode proporcionar. Um dos nossos entrevistados disse o seguinte

Tem muito médico clínico geral que faz a faculdade, cai no mercado de trabalho e tá lá fazendo o seu dia a dia, mas você tem que pegar algum destaque, né?

Parece ser dessa natureza o impulso que leva o recém-formado a procurar pela residência. No entanto, o processo pelo qual passará esse recém-formado é de outra natureza, é o de aprender a ser médico.

Aprendem a agir como médicos com pacientes reais, não porque os professores são maus e o hospital é mais cruel que os livros, mas, porque

nesse ambiente é que se faz a medicina. O injusto seria deixar esses médicos inexperientes enfrentando a transição de aluno para profissional sozinhos (embora isso, ainda assim, aconteça), os residentes mais experientes, preceptores e assistentes estão ali para apoiá-los. O auxílio não diminui sua responsabilidade como médicos daquele paciente, é o apoio de quem já viveu mais, já viu mais, e pode ajudar a encontrar um caminho, que é diferente de decretar um caminho.

Esse procedimento corresponde em parte ao que ocorre hoje nas RMs. Em particular, no grupo que analisamos: neurologia no HC – USP, em que percebemos claramente uma relação hierárquica entre residentes, preceptores e assistente. Fazendo transposição para a Formação Continuada de professores estaríamos pensando nos professores em formação e nos formadores.

Neste capítulo percebemos o ideal da RM de facilitar a transição de aluno/dependente para profissional/autônomo, desde a sua criação em 1889 no Departamento de cirurgia da Universidade John Hopkins. No Brasil, do seu início em 1944/45 até o ano de 1977, sofreu tamanha expansão necessitando regulamentar-se nesse ano, para que o curso de RM qualificasse o profissional, de fato, e não usasse o médico recém-formado como mão de obra barata. Quanto à sua organização, por mais que haja divergência entre os autores, o cerne é a prática intensa na realidade do com supervisão de um médico experiente.

4. FORMAÇÃO DE PROFESSORES

Neste capítulo discutimos especialmente as ideias de três autores. Schön nos trouxe o conceito de profissional reflexivo, valorizando a práxis e o conhecimento que surge da prática, superando a racionalidade técnica. Zeichner trabalhou também no conceito de “professor reflexivo” trazendo outros elementos como as características necessárias a ação reflexiva de Dewey, e aspectos da reflexão como o olhar menos egocêntrico, o caráter político da atividade docente e o trabalho com os pares. Freire com o conceito de autonomia, com a promoção da curiosidade ingênua em epistemológica e a pensar certo. Apresentaremos no capítulo seguinte a organização Urban Teacher Residency que, inspirada na Residência Médica, forma professores de excelência para áreas socioeconomicamente menos desenvolvidas e violentas, a formação é vinculada a essa realidade.

A Formação continuada, segundo nosso entendimento, deve ser uma etapa em que o professor deverá ser colocado frente a situações práticas, nas quais vão sendo adquiridos conhecimentos que os suportes teóricos e a formação inicial não são capazes de fornecer. Mas, por se tratar de uma situação que requer uma intensa interação dialógica entre o professor iniciante e aqueles que notoriamente possuem experiências bem sucedidas no que se refere a aplicações de estratégias em sala de aula, achamos que a Residência Pedagógica poderá proporcionar as condições necessárias para a transformação do recém licenciado efetivamente em professor.

De acordo com Donald Schön (2000) vivemos um momento em que a confiança que tínhamos enquanto sociedade, no conhecimento do profissional está em crise. Essa desconfiança aumenta com a mesma proporção que tomamos consciência de que a maior parte da prática do professor se constitui de ‘zonas indeterminadas’ à atividade na sala de aula

(formada pela junção de inúmeros recursos isolados, por isso sem sequências pedagógicas adequadas). O conflito de valores, por exemplo, pode criar essas zonas. Assim, a sociedade ensaia, se já não o fez, retirar a autonomia do professor cada vez mais sobre o controle social que permitiu no passado.

Esse modelo mais tradicional oferecido pela formação em vigor é chamado de racionalidade técnica, em que o professor é considerado o técnico que, diante do problema, escolhe dentre o repertório de teorias e técnicas que foram desenvolvidos pelos pesquisadores:

A ideia básica do modelo de racionalidade técnica é que a prática profissional consiste na solução instrumental de problemas mediante a aplicação de um conhecimento técnico, previamente disponível, que procede da pesquisa científica.

(CONTRERAS, 2002, p.90)

Nesse sentido o acadêmico pesquisador está se colocando numa posição superior a do professor educador. Essa hierarquia é consequência de uma anterior, entre o conhecimento abstrato e o prático; reflete-se também na formação inicial, onde a concentração do estudo teórico é predominante, além de contar com uma importância diferenciada.

Nesse modelo da racionalidade técnica, os objetivos já estão fixados e são fixos, ou seja, não podem ser alterados, por isso o conhecimento que é mais valorizado é o de traçar a melhor estratégia; desse modo o ensino e o currículo com ementas rigidamente definidas são meios para alcançar esses objetivos. A crítica que se faz a esse modelo é exatamente sobre a irredutibilidade dos objetivos, que não é sensível ao contexto em que o ensino se dá, mesmo quando o professor tem a possibilidade de escolher entre as atividades pré-prontas, aparentando uma autonomia; no entanto, ele não tem liberdade necessária para pensar um caminho diferente, para a crítica dessas atividades

[...] Schön propõe uma formação profissional baseada numa *epistemologia da prática*, ou seja, na valorização da prática profissional como momento de construção do conhecimento, através da reflexão, análise e problematização desta, e o reconhecimento do conhecimento tácito, presente nas soluções que os profissionais encontram em ato. (PIMENTA, 2002, p.19)

Schön valorizando a prática valoriza os problemas e dificuldades que emergem dela, além do conhecimento que a ela está atrelado. Se pensarmos na área médica, há relatos de profissionais experientes, que, mal o paciente entra no consultório, já têm uma hipótese, posteriormente verificada como acertada acerca do diagnóstico. Se lhe perguntarem como ele sabia, ele talvez não saiba explicar com grande objetividade e detalhe, apenas sabia. Professores experientes também chegam a situação semelhante, sabendo qual o conteúdo a ser abordado, não tendo necessidade de fazer um planejamento minucioso, e a aula corre tranquila, podendo incorporar a manifestação dos alunos quanto à sequência pedagógica; e se perguntados sobre as suas escolhas também não saberão responder exatamente. No exercício diário das profissões são muitas as ações dessa natureza, desse conhecimento tácito, que parece ser inato (parece porque nós sabemos que estas ações foram de alguma forma aprendidas).

Usarei a expressão *conhecer-na-ação* para referir-me aos tipos de conhecimento que revelamos em nossas ações inteligentes – *performances* físicas, publicamente observáveis, como andar de bicicleta, ou operações privadas, como a análise instantânea de uma folha de balanço. Nos dois casos, o ato de conhecer está *na ação*. Nós o revelamos pela nossa execução capacitada e espontânea da *performance*, e é uma característica nossa sermos incapazes de torná-la verbalmente explícita.

(SCHÖN, 2000, p.31)

Quando estamos tão habituados a determinada ação parece que o nosso cérebro desliga e o resto do corpo trabalha no automático. De repente algo inesperado acontece, nos surpreendendo, nos forçando a analisar a situação e reconduzi-la. A esse movimento Schön chama de reflexão-na-ação e o apresenta por quatro momentos:

1. Surpresa
2. Reflexão
3. Reformulação do problema
4. Experiência para testar a hipótese

O movimento internacional que qualifica o professor como prático reflexivo nasceu para se opor à racionalidade técnica, superando a desigualdade do direito sobre a produção de conhecimento. Schön considera que os bons professores têm saberes advindos da experiência, que o autor coloca em pé de igualdade com os produzidos na academia; “o conceito de professor reflexivo como prático reflexivo reconhece a riqueza da experiência que reside na prática dos bons professores” (Zeichner, 1993, p.17).

Esse saber é fruto de um pensamento autêntico do ser, porque o professor não foi nem indiferente diante da sua realidade escolar, nem passivo aceitando o que era claramente ou camufladamente imposto, uma construção pessoal e conjunta, mediante uma postura crítica diante da realidade como um todo - as políticas, a escola, a região, os alunos e sua própria atuação.

Zeichner (1993), seguindo essa linha de pensamento sobre o profissional professor, aponta o ato reflexivo como aquele que tem por base o pensamento mais encorpado, ativo e apaixonado. Para a ação reflexiva aponta três atividades necessárias a partir de considerações de Dewey:

- Abertura de espírito: duvidar das suas certezas e das que lhe são oferecidas;
- Responsabilidade: a realidade não é um sistema físico, em que para cada ação existe uma equivalente de sentido contrário,

ou, se for, não é único. Diante desta complexidade é essencial, ponderar sobre as consequências de seus atos.

- Sinceridade: nesse mundo complexo as variáveis são muitas e não estão todas ao alcance do professor; a dinâmica é complexa, o professor poderia refletir sobre elas a vida inteira; Deve haver equilíbrio entre os momentos de contemplação e os mais ativos.

Entretanto, como diz Zeichner, é até irônico que um movimento que defende a ideia do professor não se deixar levar pelo que está na moda, tenha virado exatamente a moda – ser “reflexivo”. O autor aponta que nos EUA a maneira como esse atributo era usada não estava levando a um crescimento profissional verdadeiro, chegando até a iludir os professores em torno desse suposto desenvolvimento. Seria uma racionalidade técnica camuflada de reflexão que fixa os objetivos do ensino e, ao deixar em aberto os meios para alcançá-lo, ilude o professor com a ideia de que ele está decidindo.

Há ainda outro aspecto a ser considerado no perfil desse profissional. O professor prático reflexivo não é um pintor que faz seu autorretrato, no entanto muitos programas preocupados com tal reflexão isolam o professor e seus alunos de todo o contexto em que estão inseridos. Muito do que ocorre com um professor também ocorre com os outros; uma consequência do isolamento é fazer com que cada professor pense que o fracasso é só seu.

Há um ponto que quero que fique muito claro: com o termo *ensino reflexivo* não pretendo dizer que os professores devem refletir apenas sobre o modo como aplicam nas suas salas de aula as teorias geradas noutros sítios. Aquilo de que falo é dos professores criticarem e desenvolverem as suas teorias práticas à medida que refletem sozinhos e em conjunto na ação sobre ela, acerca do seu ensino e das condições sociais que modelam as suas experiências de ensino. (ZEICHNER, 1992, p.22)

Por isso, o autor nos alerta para mantermos uma postura de desconfiança diante dos discursos que levantam a bandeira do professor como prático reflexivo.

Numa visão mais global, a prática reflexiva tem sido defendida por considerar que nesse caso o professor é mais consciente e suas ações são carregadas de intenção.

O que Zeichner entende por reflexão tem três aspectos fundamentais:

1. Atenção do professor tanto para si, para sua prática, como para seus alunos e o contexto político-social.
2. Suas escolhas, enquanto profissional, que são especialmente importantes por terem um caráter político, não só pela natureza de seu trabalho, mas também com relação as questões de injustiça e desigualdade social.
3. Uma prática menos solitária, com grupos de aprendizagem, onde a reflexão conjunta possa apoiar o crescimento de todos.

Zeichner tem trabalhado com formação de professores. Inicialmente não utilizava nenhum texto escrito por professores; atualmente além de utilizá-los busca formar professores que possam contribuir na área, que sejam consumidores críticos (conscientes de suas escolhas), independentemente do texto ter sido produzido na academia ou nas escolas.

Um programa se faz de estratégias, mas ele não é a estratégia. Ele é o objetivo. Uma mesma estratégia pode ser usada para diferentes objetivos e um mesmo objetivo pode servir-se de estratégias diferentes. De modo que as perguntas a se fazerem são: Qual o objetivo do curso? Qual a qualificação desse objetivo?

É a vida e o seu inacabamento como característica intrínseca, juntamente com o fato de sermos humanos formam os pressupostos a partir

do qual entendemos as ideias de Paulo Freire, por uma Pedagogia da Autonomia (1996). Os homens conscientes de seu inacabamento inventaram a existência e os meios de intervenção no mundo fizeram de nós seres éticos, capazes de fazer escolhas. A consciência do inacabamento, possibilita que os homens e mulheres busquem e se eduquem, superando o impulso primeiro de uma curiosidade primitiva por uma curiosidade epistemológica, crítica. Este movimento, imerso na ética, é o que busca uma formação autônoma.

Uma das tarefas docentes está na promoção da curiosidade ingênua impulsiva, é a inquietação primeira que nos move, nem sempre verbalizada, faz parte do fenômeno vital, e o saber que se obtém, também é ingênuo (um saber puramente da experiência, sem reflexão) que ao criticizar-se, torna-se curiosidade epistemológica. Essa promoção não ocorre num salto, é um processo de apropriação da rigorosidade metódica necessária ao se aproximar do objeto cognoscível, de pensar cada vez mais certo. O saber que se constrói por meio desse procedimento é mais exato.

Esta curiosidade é fruto de um esforço coletivo ao longo da história humana; sua promoção não é automática, por isso a importância do docente neste processo.

Para promover o pensar certo do discente, o docente precisa pensar certo, porque “Só, na verdade, quem pensa certo, mesmo que, às vezes pense errado, é quem pode ensinar a pensar certo.” FREIRE (1996, p.27). Algumas características do professor que pensa certo:

- Duvidar de suas certezas: similarmente ao que apontou Zeichner, ter o espírito aberto para não estar tão certo de suas certezas, reavaliá-las.
- Respeitar o senso comum: o aluno, como ser social, aprende com a comunidade que vive, um saber de experiência feito de

prática. O professor que pensa certo é consciente de que respeitar o indivíduo é respeitar também o senso comum, o saber da experiência de sua comunidade. E é respeitando que pode conhecê-lo para então promovê-lo.

- Saber escutar: “ [...] é *escutando* que se aprende a *falar com eles*. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala *com ele*, mesmo que em certas condições, precise de falar a ele.”(p.113, grifo do autor) e para escutar com esse nível de qualidade é preciso controlar-se saindo do egocentrismo (tentar entender a partir do ponto de vista do outro, de suas necessidades, de sua leitura do mundo) sendo sensível inclusive ao silêncio do outro, que está movimentando seus pensamentos.
- Ser coerente: o professor que pensa certo, também faz certo. Isso não faz dele um ser estagnado, avesso a mudança; o que seria contraditório com a primeira característica, duvidar de suas certezas. Coerência está na assunção da mudança. O que ele diz sobre suas convicções são coerentes com suas ações.

Esta responsabilidade sobre a promoção da consciência crítica do educando só é possível se o educador tiver promovido sua prática ingênua (que na sua espontaneidade também produz um saber ingênuo, espontâneo) para uma prática docente crítica.

A inquietação indagadora impulsiona um movimento de busca constante por saber mais. E só queremos saber mais porque temos esperança, acreditamos na possibilidade.

Somos seres históricos e por isso o nosso permanente processo de busca faz parte da construção constante de nossa presença no mundo.

Enquanto professores, essa construção constante, também se dá sobre a nossa prática. A Formação Permanente de um lado com o estudo específico da disciplina, legitima a autoridade do professor, além de deixá-lo mais seguro. Por outro lado, também significa permanente reflexão crítica sobre sua prática, a constante revisita a sua atuação torna-se cada vez mais clara para a próprio educador.

Assim, é coerente com o discurso e com a promoção da curiosidade, a prática docente crítica

[...] na formação permanente dos professores, o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário a reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática. (FREIRE, 1996, p.39)

A educação é uma invenção humana para intervir no mundo que pode tanto mobilizar como imobilizar, ou seja, manter a cultura dominante, ou propor algo que reflita sobre a participação do indivíduo na história, a favor da mudança. Por isso educar é um ato político e exige que o professor tome uma decisão porque omitir-se é também fazer uma escolha. Paulo Freire (1996) não acredita no ensino do conteúdo desatrelado de uma reflexão crítica. O ensino das coisas é importante, mas temos que ir além da racionalidade técnica, equipar o aluno com ferramentas para que o aluno desenvolva sua autonomia, lendo o mundo por si. A construção desta autonomia não se dá de um momento para o outro, só se conquista no exercício. Aprende-se a decidir com uma série de experiências que o coloquem nessa posição, aprender a decidir, implica também em aprender a aceitar as consequências. Esse é um exercício que demanda do professor assumir riscos também com suas ações, equilibrando impor limites (sem ser autoritário) e abrir espaço para a prática libertária de seu aluno (sem ser licencioso).

Assim, com a assunção da responsabilidade ética que “[...] a autonomia, penosamente construindo-se, que a liberdade preenchendo o “espaço” antes “habitado” por sua *dependência*. Sua autonomia que se funda na *responsabilidade* vai sendo assumida.” (p.94).

O professor progressista assume esse desafio porque sabe que é gente e aberto ao gosto de querer bem, não precisa dissociar seriedade docente e afetividade, rigorosidade metódica e alegria de viver; não separa esses grupos em opostos porque sabe que são como as estrelas binárias, orbitando uma ao redor da outra (por uma ação profissional competente formando pessoas autônomas).

5. A “Residência Pedagógica” fora do Brasil

Do que se encontra na literatura específica sobre a formação de professores numa relação direta com a residência médica é especialmente significativo o caso dos Estados Unidos com o programa chamado “Urban Teacher Residency”. Os artigos selecionados com esse objetivo, que foram estudados, e trazem alguma informação interessante:

Honawar, Vaishall. **Aspiring Teachers Take up Residence**. Education Week, Out. 2008, nº 8, vol. 28, p. 28-31.

Shakespear, Eileen; Beardsley, Linda; Newton, Anne. **Preparing Urban Teachers: Uncovering Communities. A Community Curriculum for Interns and New Teachers**. Jobs for the future. Boston: 2003.

Lee, Robert E. *et al.* **Transforming Teacher Education: A Community-and School-Based “Residency” Model os Urban Teacher Preparation**. Evaluation Systems Publications. 2012. P. 96 – 118.

Newman, Katherine. **Teacher Training, Tailor-Made**. Education Next, vol. 9 nº 2. Spring 2009. p. 42 – 49.

Blackbourn, J. M. *et al.* **Beyond Partner Schools and Professional Development Sites**. International Journal of Educational Reform, vol. 5, nº1, Jan 1996. p. 86 – 90.

Nos Estados Unidos já há algum tempo, existem várias iniciativas de uma formação de professores em que o aprendiz possa se engajar mais com a escola e com isso se aproximar da futura profissão. Três, dentre as várias iniciativas (1. San Diego – High Tech High, 2. Alliance for Catholic Education’s Teacher Formation – University of Notre Dame e 3. Boston Teacher Residency) se reuniram, em 2007, para formar a UTRU – Urban Teacher Residency United, que hoje reúne mais de dez instituições espalhadas pelo país. A organização busca formar profissionais de

excelência e que se mantenham na profissão. Para isso, aposta num aprendizado que alie teoria e prática, vivenciando intensamente a sala de aula (com o apoio de um mentor) e a comunidade, na qual a escola se localiza, geralmente regiões socioeconomicamente desprivilegiadas, o que se caracteriza como uma formação customizada para esses locais.

O processo se dá em três etapas: recrutamento, curso de formação e alocamento (pós-curso).

De um lado o recrutamento dos aspirantes a professores. Geralmente os que se inscrevem são os que acabaram de terminar a faculdade, pessoas que buscam mudar de carreira e membros da própria comunidade. Procura-se por candidatos que não só estejam conscientes, mas dispostos a trabalhar nas escolas mais necessitadas, privilegiando professores das áreas mais carentes (ciência, matemática e educação especial) e pertencentes a grupos de minorias étnicas e raciais. De outro lado há o recrutamento dos mentores, exemplos de profissional de excelência que trabalham nessas áreas desprivilegiadas, além de ter a competência de orientar a experiência dos futuros professores.

O curso de formação tem dois aspectos como já dito antes: teoria e prática, complementares entre si. Espera-se que um dê significado ao outro. Os estudos teóricos são de nível avançado, caracterizados como de mestrado. E a prática se preocupa tanto com a escola em si, como com a comunidade que a rodeia e busca que os aprendizes se apropriem do ambiente. Isto lembra a aclimatação de um peixinho novo no aquário, primeiro coloca-se diretamente o saquinho fechado para que ele possa se acostumar com o seu redor e as temperaturas das águas (do saquinho e do aquário) se estabilizem. Em seguida abrimos o plástico para que ele possa sair, e se estiver demorando muito, uma chacoalhadinha e ele sai.

Os futuros professores acompanham todo o ano letivo da escola. No começo só observam as aulas, aos poucos vão se responsabilizando por

partes das aulas até que lecionem a aula toda, ou pelo menos metade. Aspirante a professor e professor experiente discutem buscando refletir sobre os aprendizados de cada aula, essa tutorial *one on one* é importante porque os detalhes ficam mais evidentes, conseqüentemente mais produtivo. Existe oportunidade de discussão também com os outros aprendizes, onde podem partilhar as experiências individuais. Há a preocupação de aproximar os aprendizes da comunidade local, que é onde moram os alunos e de onde eles falam.

Durante o período do curso os alunos recebem uma bolsa para que possam se dedicar integralmente à formação. Ao se comprometerem a participar do curso, comprometem-se também a lecionar por três anos no distrito, no descumprimento devem reembolsar parte do investimento que a organização colocou.

A Terceira parte é o acompanhamento dos recém formados. Que além da vantagem de trabalharem na escola onde realizaram sua formação, também tem o apoio da UTRU que acompanha os dois primeiros anos.

Os professores formados por estas instituições são reconhecidamente mais confiantes, por já conhecerem as escolas, pela formação acadêmica e por saberem tomar decisões em situações de conflito, em especial, de disciplina, 85 % dos formados continuam na profissão após cinco anos. Os diretores reconhecem o diferencial e atualmente são muitas as escolas que querem participar como parceiras dos professores mentores, os quais afirmam que suas práticas também melhoraram.

6. METODOLOGIA

CONTEXTO DA PESQUISA

De um lado focalizamos a formação complementar dos médicos nos cursos de Residência Médica –RM da Neurologia do Hospital das Clínicas da USP- , uma formação em que o médico já graduado vivencia a profissão num hospital, com pacientes reais, que estão sob sua responsabilidade, e com o resguardo de um profissional experiente e competente. A realidade que se apresenta é total e pode até ser assustadora; afinal ele está atendendo pessoas, que estão sofrendo (ninguém vai ao hospital a passeio) com sintomas latentes ou não, e neste caso, é de sua responsabilidade enfrentá-los.

De outro, temos a Formação Continuada – Programa LUMINI do IFUSP - para professores licenciados, já atuando na rede pública. O professor vivencia a profissão numa escola com pessoas que devem aprender Física e apresentam dificuldades que ele deve identificar e orientar a construção do conhecimento adequado em direção ao conhecimento científico. Na sua retaguarda há o formador, profissional experiente e competente.

Nessas duas situações, os profissionais em formação têm a oportunidade de encontrar colegas de profissão e uma equipe formadora que os ajudam a refletir sobre o exercício da profissão: para o médico, com a realidade do hospital, os doentes, as consultas, os diagnósticos, as prescrições e o acompanhamento dos casos; para o docente, as aulas, os alunos, a física, a escola, os pais, a secretaria de ensino, os formadores.

Este trabalho propõe analisar esses dois contextos: da Residência Médica e da Formação Continuada. São dois estudos de caso (André e Lüdke, 1986) que se destacaram para nós, por serem casos bem singulares.

A RESIDÊNCIA MÉDICA EM NEUROLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

De acordo com Umbertina Reed, do Departamento de Neurologia da FMUSP, o curso de graduação em medicina está estruturado de tal forma que ao seu término, o aluno tenha não só entrado em contato com as três áreas básicas da neurologia (neurologia clínica, neurologia infantil e neurocirurgia) como saiba fazer o diagnóstico e orientar um tratamento. No entanto, por sua complexidade recomenda fortemente a especialização, para os que queiram atuar nessa área.

Assim, ao término do curso, o aluno terá adquirido todos os conceitos essenciais das três áreas básicas [...]. Entretanto, devido aos avanços contínuos das pesquisas no campo das Neurociências e devido à complexidade desta área, para uma efetiva aptidão é necessária uma especialização, que é feita inicialmente de forma ampla, através da Residência Médica, que habilita o médico a atuar plenamente como neurologista na área assistencial, e posteriormente de forma estrita, através da Pós-Graduação que culmina em doutorado, para os médicos que, tendo completado a residência, demonstrarem aptidão para a vida acadêmica nas Universidades e/ou para a pesquisa.

[...]

Trata-se portanto de um longo tempo de preparo para exercer um campo da medicina realmente específico, ou seja uma especialidade terminal, que de forma alguma pode ser englobada pelas áreas gerais de assistência médica que são a Clínica Médica, a Cirurgia e a Pediatria, ou seja, o médico clínico geral ou o pediatra não podem atender pacientes neurológicos e o cirurgião geral não pode praticar uma neurocirurgia. (REED, p.5 e 6)

A FORMAÇÃO CONTINUADA NO GRUPO LUMINI

O grupo Lumini consta de um grupo de professores em formação continuada, cujo programa apresenta, na dinâmica de atuação dos envolvidos, alguns elementos que se aproximam do que ocorre numa residência médica, produzindo mudanças atitudinais significativas na realização das suas práticas cotidianas individuais. Com encontros semanais, o grupo consegue manter-se unido para enfrentar problemas da sala de aula: o *update* do que cada um está ensinando, o que aconteceu em cada aula é apresentado a cada encontro logo a seguir e discutido intensamente e profundamente no grupo. Assim, as discussões fazem sentido para todos, criando um ambiente propício para que o grupo possa intervir e orientar as mudanças necessárias. A frequência somada à duração do programa (mais de 10 anos, com

participantes que se revezam continuamente) solidifica cada grupo reorganizado, e os laços afetivos favorecem ainda mais o ambiente; os professores sentem-se menos inibidos para falar sobre sua realidade particular buscando resolver suas dificuldades do cotidiano. A condição de professores atuantes não é negada, e mais, é a partir dela que todo o grupo se desenvolve (SCARINCI, 2010).

O grupo existe há muito tempo, e ninguém “se forma”, porque o refletir é um modo de vida, ele não acaba. Aos poucos, num certo momento percebe-se que o professor tomou para si esse conceito - encarar o ensino como um ato reflexivo - um processo que nunca para como é desejável nesse caso. Nesse grupo, nem os formadores, nem os professores participantes dizem como fazer, como dar uma aula, seguir tal sequência; o que faz cada um, a partir das experiências concretas dos participantes, é pensar e re-pensar sobre a prática docente cotidiana e real, individual e coletiva.

6.1 ESTUDO DA RESIDÊNCIA MÉDICA. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.

Realizamos uma pesquisa qualitativa utilizando os procedimentos descritos pelos autores que tratam dessa metodologia; as informações sobre a organização da RM foram obtidas do curso já apresentado: Residência Médica em Neurologia da Universidade de São Paulo - um programa de RM, bastante considerado pelos profissionais médicos como sendo de alto nível e qualificado com excelência. Realizamos entrevistas, entre o período de setembro e outubro 2010, com seis residentes, um preceptor, e em julho de 2011, com o assistente; cada entrevista durou por volta de 30 minutos e todas aconteceram no próprio hospital durante o horário de trabalho dos sujeitos, com a intenção de introduzir um mínimo de interferência no cotidiano dos médicos; a duração se deu conforme a disponibilidade dos sujeitos, visto que a realizamos dentro do horário de trabalho em uma sala isolada; foi gravada com o consentimento dos médicos.

Para organizar e conduzir as entrevistas fomos buscar informações sobre essa metodologia em Minayo (2010) que diz: “Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo” (p.261) Adotamos para o nosso trabalho a

“entrevista semi-estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (p.261, grifo do autor). “A entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários de duas naturezas: (a) fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registros [...] (b) e os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado. São informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e a que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos” e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa. Constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas, projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos” (p.262)

Trabalhamos com ambas as fontes de informação para a análise final. Adoramos os cuidados também apontados pela autora no que se refere a: Apresentação, Menção do interesse da pesquisa, Apresentação de credencial institucional, Explicações dos motivos da pesquisa, Justificativa da escolha do entrevistado, Garantia de anonimato e sigilo e Conversa inicial.

Entrevista semiestruturada:

“[...] a semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semi-aberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos estão cobertos na conversa [...] Entretanto é importante abrir espaço para informações inesperadas e significativas e explorar as estruturas de relevância dos entrevistados, trazidas do campo” (p.267)

Procuramos construir um modelo preliminar do que seria a residência médica no desenvolvimento profissional deles a partir do que os próprios residentes e preceptor nos relataram. Posteriormente nos dirigimos ao assistente, partindo desse modelo para reformulá-lo e aprimorá-lo.

A PRODUÇÃO DOS DADOS

O material com os dados constatou de duas fontes principais:

DEPOIMENTO DOS SUJEITOS: Entrevistas com residentes, preceptor e assistente permitindo-nos escutar os sujeitos em formação que procuram a residência médica para uma formação específica, bem como os sujeitos formadores: assistente - médico experiente e qualificado, que orienta o residente, quanto a ações e atitudes, como descreve o Decreto nº 80.281 (Brasil, 1977) sendo exemplo para o formando; o preceptor - médico recém-egresso da residência, por isso mais próximo do residente, responsável pela organização dos residentes, aproximação com o assistente e oferecer orientação quanto aos procedimentos e dúvidas expressadas.

Nossa intenção foi de obter, dos depoimentos desses sujeitos e dos registros nos documentos oficiais, um perfil dos profissionais que a RM deseja formar e dos

estudantes que procuram a RM para se especializar. Que atributos pessoais e profissionais compõem essas expectativas no conjunto? Como as relações se dão nessa formação?

Quadro 01 – Caracterização dos sujeitos (médicos) da pesquisa

Sujeitos	Função	Data da entrevista	Graduação		Residência Médica
			Faculdade	Ano de conclusão	
M1	Residente - 3ºano	22/09/2010	FMUSP	2007	Início: 2008
M2	Residente - 2ºano	22/09/2010	FMUSP	2007	Início: 2009
M3	Residente - 2ºano	22/09/2010	FMUSP	---	Início: 2009
M4	Residente - 2ºano	28/09/2010	FMUSP	2004	Início: 2009
M5	Residente - 2ºano	22/09/2010	FMUSP	2008	Início: 2009
M6	Residente - 2ºano	06/10/2010	FAMED - UFC	2007	Início: 2009
P1	Preceptor	06/10/2010	FMUSP	2006	Conclusão: 2009
A1	Assistente	15/07/2011	FMUSP	1975	Conclusão: início de 1978

Concentramos as entrevistas com os residentes de segundo e terceiro ano sem diferenciá-los; o primeiro ano é o ciclo básico (Clínica Médica), não específico da área da especialidade, neurologia.

AS FONTES OFICIAIS: Os documentos oficiais da legislação brasileira e do programa de residência médica da Faculdade de Medicina da USP, apesar de poucos, foram considerados fontes de dados importantes para termos acesso à “perspectiva oficial” dessa RM, como formação necessária do médico.

O decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977 foi a primeira fonte nesse sentido de regulamentar a RM e a CNRM (já citado no capítulo 3). A lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981 regulariza as atividades do médico explicitamente, continua com o intuito de garantir ao residente formação qualificada.

Art. 5º - Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

§ 1º - O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§ 2º - Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art. 6º - Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

(BRASIL,1981)

Outros decretos e leis (BRASIL, 1985; 2006) também foram consultados modificando aos anteriores ou acrescentando a fim de garantir mais direitos aos residentes.

O INSTRUMENTO

Com a intenção de capturar a visão dos sujeitos sobre a residência médica, entendemos que a entrevista semiestruturada era o instrumento mais adequado para esse fim porque o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas representações, o que é o interesse do entrevistador (LÜDKE, ANDRÉ;1986).

Construímos um roteiro básico a partir das leituras dos autores citados para orientar a entrevista.

ROTEIRO:

- A residência médica é importante? Por quê?
- (Para o assistente e o preceptor) O que faz para que o que espera com a RM aconteça?
- Sendo a RM uma especialização, qual a relação entre a especialidade e o paciente como um todo?

- Qual a relação entre quem faz a RM? (residentes, preceptor e assistente)
- Quando você procura o preceptor/assistente?

Depois da nossa apresentação inicial partimos para a primeira questão. Em geral os entrevistados passavam a discorrer sobre a RM e sua inclusão e poucas vezes as outras questões precisavam ser invocadas.

Os entrevistados, em geral, desenvolviam um discurso livre tratando da sua atuação na RM e da sua concepção sobre a profissão médica e a formação adquirida do formador. Assim o roteiro não precisou ser mais detalhado ou provocativo.

Para essa pesquisa, os entrevistadores tiveram o cuidado de internalizar os tópicos de particular interesse, obtendo dados comparáveis entre os sujeitos.

As entrevistas, ocorreram no Hospital das Clínicas e foram gravadas em áudio, isso possibilitou ao pesquisador concentrar-se apenas na entrevista, e tomar os dados das transcrições integrais. Somado a isso, as notas de campo, nos auxiliaram a interpretar as falas, e a caracterizar algumas particularidades de cada sujeito.

ANÁLISE DOS DADOS

Separamos para a análise da Residência Médica a visão dos próprios residentes, das visões do preceptor e do assistente. O paralelo que buscamos traçar com a Formação Continuada será o do conjunto dos residentes com os professores, e dos supervisores na RM com a equipe formadora na FC.

A partir da leitura inicial das transcrições somada às anotações de campo, pudemos já perceber algumas regularidades nas entrevistas, o que nos revelou aos poucos, categorias emergentes (Moraes, 2005). Com isso temos elementos para constituir as representações da função profissional e social da RM como complementar a formação da graduação. Essas representações foram obtidas entre os residentes e os formadores.

Para a análise dos dados, foi feita uma leitura cuidadosa das entrevistas, acrescida das informações registradas em campo, incluindo nossa percepção quanto ao ambiente do hospital e quanto aos próprios sujeitos – dados que não podem ser registrados no gravador de voz. Alguns padrões foram se revelando com a perspectiva de constituir representações dos entrevistados sobre sua atuação dentro da RM – expectativas, procedimentos, função, conhecimento específico, dedicação, confiança, benefícios, custos... Isto já sugeriu uma possível caracterização dos discursos dos sujeitos: sobre a estrutura da RM; sobre as relações interpessoais dentro do curso e sobre a atuação e a construção das competências específicas dentro do curso.

Metodologicamente, a análise do material, especialmente o constituído pelas entrevistas e anotações de campo foi apoiada em dados de natureza qualitativa com instrumentos especificamente construídos para levar em conta o discurso por trás do conteúdo transcrito diretamente das entrevistas.

O que entendemos por conteúdo refere-se ao que Minayo (2010) descreve do seguinte modo:

[...] a *Análise de Conteúdo* pode ser definida como:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, indicadores (quantitativos ou não) que permeiam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1979, p.42 apud Minayo, 2010)

Ou seja, análise do conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

[...]

A *Análise do Conteúdo*, como técnica de tratamento de dados, possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Berelson, um dos primeiros teóricos da análise do conteúdo nos Estados Unidos, assim a define:

“É uma técnica de pesquisa para *descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações* e tendo por fim interpretá-los “(Berelson, 1952, p.18 apud Minayo, 2010)

[...]

A relevância concedida ao qualitativo e ao conteúdo manifesto ou latente das comunicações, neste caso, dá ênfase às regularidades da fala, à sua análise léxica e remete à tradicional discussão sobre a especificidade do material próprio às Ciências Sociais, particularmente quanto à questão da significação. (p.303 e 304)

No nosso trabalho, consideramos que a ideia é analisar o que a autora define como discurso – algo que permeia os conteúdos explícitos das entrevistas transcritas e que segundo a própria, empresta conceitos trazidos por Pêcheux.

O objetivo básico da *Análise do Discurso* é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos [...] visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos. (p.319)

Citando Pêcheux ela continua:

Os pressupostos básicos da teoria de análise do discurso podem resumir-se em dois princípios, segundo Pêcheux: (1) o sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma posição não existe em si mesmo. Ao contrário, expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as formas de relação são produzidas; (2) toda formação discursiva dissimula, pela pretensão de transparência, sua dependência das formações ideológicas.

Como procedimento, as técnicas de análise de discurso pretendem inferir, a partir dos efeitos de superfície. (p.319)

Uma tarefa importante para chegar ao instrumento de análise é definir dimensões e categorias que possam incluir os dados dos discursos na sua totalidade

(tanto quanto possível) e permitir elaborar um modelo daquilo que nossa pesquisa procura: caracterizar o processo da formação do médico na RM para relacioná-lo com um processo de FC para o desenvolvimento profissional pedagógico; assim as categorias devem representar atributos de uma formação desejável.

Moraes (2005) trata dessa questão metodológica e explicita o salto do pesquisador desde os dados brutos para a compreensão do fenômeno que ele estuda.

[...] assume-se que toda leitura de um texto é uma interpretação. Não há possibilidade de uma leitura objetiva e neutra. O pesquisador precisa assumir sua própria leitura, influenciada por suas teorias e ideias. Fazer análises qualitativas de materiais textuais requer assumir interpretações dos enunciados dos discursos a partir dos quais os textos são produzidos, tendo consciência de que isso sempre envolve a própria subjetividade.

[...] o produto de uma análise textual qualitativa é um *metatexto* que organiza e apresenta as principais interpretações que podem ser construídas a partir do conjunto de textos submetidos à análise.

[...]

Sintetizando, podemos afirmar que a análise textual qualitativa é um processo integrado de análise e de síntese, que se propõe a fazer uma leitura rigorosa e aprofundada de conjuntos de materiais textuais, visando descrevê-los e interpretá-los no sentido de atingir uma compreensão mais elaborada dos fenômenos e dos discursos no interior dos quais foram produzidos.

[...]

Na análise textual pode ser construído um sistema de categorias [...]

Na construção de sistemas de categorias podem ser destacados dois processos: um deles trabalha com categorias *a priori*; o outro opera com categorias *emergentes*.

Quando a opção é trabalhar com categorias *a priori*, o pesquisador deriva suas categorias de seus pressupostos teóricos, sejam eles explícitos ou implícitos. [...]

Quanto a opção é por categorias *emergentes* o pesquisador assume uma atitude fenomenológica de deixar que os fenômenos se manifestem, construindo suas categorias a partir das múltiplas vozes emergentes nos textos que analisa.

(p. 88- 92)

Certamente, em princípio contamos com categorias ou dimensões *a priori*, já indicadas quando estruturamos a entrevista para obtenção de dados. Estrutura da Formação, Relações entre os atores, Desenvolvimento de Competências já estavam esboçadas mas, chegaram a essa forma final com o decorrer do trabalho empírico. Essas dimensões e as categorias finais, globalizando os fatores significativos para descrever o que seriam as competências profissionais foram inspiradas ou obtidas diretamente dos dados.

LISTA DE SÍMBOLOS DAS TRANSCRIÇÕES

[?]: trecho não audível

[**texto da transcrição?**]: trecho duvidoso

A1: Trecho da transcrição do Assistente

A2 e A3: referência a outros médicos assistentes, que não o entrevistado

M1, M2 ... M6: Trecho de transcrições dos Residentes Médicos.

P1: Trecho de transcrição do Preceptor

P2: referência a outro preceptor, que não o entrevistado

Negrito: Fala do Entrevistador

Negrito e sublinhado: artifício para ressaltar um trecho da fala

Apresentamos a seguir o resultado da análise nos dois grupos, com as dimensões e suas categorias (descritas com clareza suficiente) e alguns dados representativos das entrevistas. Destacamos as frases mais significativas para a compreensão das categorias. Cada episódio foi mantido com extensão suficiente para contextualizar os dados.

RESIDÊNCIA MÉDICA – NA VISÃO DOS RESIDENTES

A caracterização encontrada na leitura dos entrevistados nos serviu para definir três dimensões para a análise dos dados.

Dimensão 1: Estrutura da formação

Dimensão 2: Relação do residente

Dimensão 3: Desenvolvimento da Competência para o exercício da medicina

Os episódios de análise selecionados trazem informações que podem referir-se a atributos/categorias de qualquer das dimensões. Preferimos não recortar o episódio para manter a visão do contexto em que o conteúdo se apresentava para

indicar melhor a interpretação adotada. Elementos do discurso foram sublinhados mostrando sua classificação em alguma categoria.

D.1 “Estrutura da Formação”, nesta dimensão apresentamos dados que caracterizam a RM em Neurologia do HC que apresentam características que não dependem substancialmente de interpretações dos investigadores e dos médicos pois referem-se a aspectos burocráticos. Tais aspectos estão presentes na literatura e em documentos oficiais.

De acordo com os residentes, a graduação busca formar o médico generalista; assim, cada uma das diferentes áreas da medicina seria abordada de maneira geral. Escolher uma especialidade para cursar a RM, é escolher uma área para aprofundar-se; assim, ela tem um caráter de **especialização**. Os residentes apontam ainda, que na neurologia, em especial, por seus sintomas serem mais difíceis de serem diagnosticados, a RM é essencial para que os médicos possam atuar com segurança.

A RM acontece, necessariamente, em Instituições de Saúde, propiciando a oportunidade de interagir com uma grande **quantidade de sujeitos pacientes**. O hospital das clínicas, em especial, por se tratar de um hospital especializado, atende a muitos pacientes específicos. Por ter caráter de treinamento em serviço, a prática é claramente perceptível nesse tipo de programa, conseqüentemente os conhecimentos ligados ao fazer. No entanto, tratando-se de uma vivência específica de aprendizado na área médica, além dos conhecimentos práticos, os teóricos também vêm à tona. Assim, a **teoria e a prática** convivem mais intensamente se comparada com a graduação. Abaixo um trecho da transcrição da residente, M1, que ilustra essas categorias.

M1: A residência, assim, quando a gente faz a formação, né, anterior durante a Faculdade de Medicina, a gente tem uma visão geral de todas as especialidades, né? A residência é o momento em que você opta por uma especialidade dentro da medicina, né? Então em primeiro lugar é isso. Você vai estudar mais sobre uma área, né, um assunto, né? Então, eh, além disso, quando, assim, a principal expectativa é você conseguir entrar em contato com vários casos, vários pacientes que tenham aquelas doenças relacionadas à sua área, né? E você tem um aprendizado tanto na prática, né? Pelo número de casos que é visto, ainda mais que aqui é um centro terciário, né? E do ponto de vista teórico, também. Então é um momento

que você tem de estudo, né, teórico daquela especialidade e, ao mesmo tempo, na prática. E, assim, aqui é um lugar que por ser terciário vem muitos casos da especialidade pra cá. Então é um momento que você tem oportunidade de ter contato com, com muitos casos, né? E aprender.

Por mais que os sujeitos enfatizem a importância da RM em neurologia para exercer a especialidade, ela **não é obrigatória perante a lei** para que o médico atue na área. A vantagem legal é a de se poder dizer especialista.

Entrevistador: Mas têm médicos que não fazem residência, né? Eles vão direto pro consultório e...

M6: Vão.

Entrevistador: E pronto. Porque oficialmente ou legalmente não tem problema, né?

*M6: Não precisa. **Oficialmente você pode acabar a faculdade e fazer uma cirurgia cardíaca, uma neurocirurgia. Legalmente, não tem nenhum problema.** A única coisa que você não pode fazer legalmente é se dizer especialista. A única coisa que a residência te dá de forma legal é você poder dizer: "Eu sou especialista em neurologia." Mas qualquer um pode fazer neurologia sendo médico.*

Entrevistador: Sei. Tá. Então, você diz, a residência te dá isso de forma legal. "Eu sou especialista em tal coisa".

M6: É.

Entrevistador: Agora...

M6: Exercer qualquer um pode exercer.

Nesta RM, um mesmo residente interage com diversos atores, organizados hierarquicamente:

- **Assistentes:** médicos experientes, “de elevada qualificação ética e profissional” (Brasil, 1977, art. 1º) geralmente especialistas dentro de um grupo de doenças, com quem os residentes discutem os casos a beira leito;
- **Preceptor:** médico recém-saído do curso de RM, que organiza a grade horária dos residentes, entre os momentos de atendimento e de estudo teórico em um assunto que a turma tenha necessidade/interesse; também é o responsável por manter um canal de comunicação entre os residentes e os assistentes;
- E os próprios **residentes** que sendo mais experientes, auxiliam os residentes mais novos no curso, desde questões mais burocráticas

sobre a organização e funcionamento do programa e do hospital, como de questões sobre a condução dos pacientes.

*M1: Não. Não. Na medicina, assim, a gente tem uma **hierarquia** que tem os residentes com mais anos, né? Então tem, primeiro você tem contato com **residente dos anos superiores**, né? Além disso, você tem contato com **preceptores**, que é um coordenador que seria, mais ou menos, uma ponte entre o residente e o assistente. E os **assistentes**, né? E aí os assistentes, a gente tem os assistentes de cada área especializada, ainda dentro da neurologia, ainda subdivisão. Têm assistentes que são neurologistas mais gerais, né? E, além disso, você tem contato com todas as outras especialidades em interconsultas... Então, assim, é um modelo bem complexo, né, de aprendizado. Então... Mas, assim, o assistente que passa visita com a gente na enfermaria, ele sempre vai dar assistência vendo o todo do doente, né?. Então a gente vê os antecedentes, vai ver toda a parte clínica, são discutidos todos os sinais clínicos se ele apresentar qualquer outra doença. Não fica focado só no neurológico.*

D.2 “Relação do Residente”, nesta segunda dimensão apresentamos como o residente se relaciona com o momento que ele vive, o programa de RM em si, com os outros atores da RM e na terceira categoria sua relação com os pacientes.

Da relação com o momento de formação, na primeira subcategoria reunimos as falas sobre o momento de formação que vive o residente, o que Bacheschi (1998) caracteriza como **dualidade de função**, de um lado ele já é um **médico formado**, um **trabalhador**, por outro é também **estudante**; por isso receberiam bolsas e o hospital não deveria precisar dos residentes para funcionar normalmente. Percebemos que alguns residentes se veem mais na posição de estudantes, enquanto outros, se veem mais como médicos. Essa aparente confusão, é marca de um processo de profissionalização. Dessa dualidade primeira, acreditamos que se deriva a segunda apresentada pelo autor: RM como aprimoramento ou especialização. O aprimoramento seria consequência da deficiência de muitas escolas médicas, ou seja, necessidade de melhorar a FI. Os sujeitos entrevistados procuram pela especialização, como apresentamos anteriormente; no entanto, para eles não parece ser uma dicotomia em relação a melhorar a FI e aprender uma subárea, com médicos experientes, com quem aprendem mais do que neurologia, como veremos mais adiante.

Como regulamentado por lei (Brasil, 1977), a RM acontece numa Instituição de Saúde, permitindo aos residentes uma **imersão** num ambiente real de trabalho, contribuindo para que sintam que estão **progredindo** na vida profissional e **aperfeiçoarem** enquanto profissionais. Por outro lado, também propicia o surgimento do que Martins (2005) denomina **estresse** profissional e situacional, que as crescentes responsabilidades profissionais e pela maneira como a RM se dá. O autor também cita o **tempo**, como fator de pressão, ou seja, a sensação de ter que fazer muitas coisas simultaneamente, a conseqüente fadiga, pelo acúmulo excessivo de tarefas, como fatores para o estresse. Os residentes, entrevistados por nós, apontam também a **burocracia** do hospital, os pedidos de exames e medicamentos como fator estressante.

*M5: Na verdade é quando a gente sai da faculdade a gente sai com uma certa carga prática, mas sai com uma carga teórica maior do que a prática. Então, assim, pra você ter uma [?], uma desenvoltura de atender e ter a segurança, também, **você precisa de uma formação a mais como profissional e não mais como estudante**. Com outro tipo de responsabilidade, na verdade com outro tipo de enfoque. A residência médica é algo, é um jeito de você se formar, já nesse momento, como médico, com a responsabilidade de ser um médico que já dá um outro enfoque quando você atende o doente e mesmo assim você é supervisionado. Você tem supervisão, **você tá aprendendo, ainda, ainda que você já seja um profissional**. E é muito diferente a vida de estudante da vida como médico. E a residência ainda é muito nesse contexto, de você ter segurança com o paciente, de você adquirir conhecimento pra poder atender esse paciente melhor, adquirir mais experiência, ou seja, identificar, a gente faz o atendimento baseado em padrões, na verdade.*

*M1: Com certeza. **Ainda é, é um estágio ainda supervisionado**, né? Que você mesmo já **formado médico**, você... Mas é um estágio dentro da especialidade que é totalmente supervisionado. Então, assim, é importantíssimo porque, assim, durante a faculdade você tem uma visão geral de cada especialidade e o que é... E, assim, a visão geral é dentro das principais grandes áreas, né? Então, por exemplo, tem uma visão geral de clínica médica, uma visão geral de cirurgia geral, uma visão geral de pediatria, uma visão geral de ginecologia e obstetrícia. Que é aquilo que o... É pra formar um médico geral, né? A residência médica, é quando você vai entrar para uma área de especialização, né? Não tem esse nome de especialização, mas é quando, na verdade, você escolheu por uma área dentro da medicina, né? Então, talvez, [?] que nem as outras áreas, porque você faz uma faculdade de administração, você vai escolher se você quer o financeiro, o marketing. Mas, na verdade, a residência médica é mais ou menos isso, você tá dentro de uma área. No meu caso, por exemplo, é neurologia. **Então é uma especialização porque ainda é um estágio supervisionado**.*

M3: Todas as coisas você vai se especializar com a vivência. **Você tá inserido, você tá vivendo todo dia.**

Entrevistador: **Ah, a vivência. O que que seria essa vivência?**

M3: No caso da neurologia, o exame neurológico, a epidemiologia neurológica, a neurofisiopatologia, a neuroanatomia. Assuntos complexos que ainda hoje são complexos, mas você já tá inserido, você já conhece um pouco dos códigos, de tudo isso. Você tá vivendo isso todo dia. Então, de uma forma ou de outra...

Entrevistador: **O que seria estar vivendo todo dia?**

M3: Todo dia. O exame físico do paciente, na neurologia você tem todo um, um jeito de pensar que é diferente do resto das outras clínicas. Faz um diagnóstico síndrômico...

Entrevistador: **Diagnóstico...?**

M3: Síndrômico.

Entrevistador: **Síndrômico.**

M3: Dos achados clínicos do paciente, para aí você localizar, tentar estimar a localização da lesão, pra daí tentar achar a causa. A causa, o processo fisiopatológico. O que é diferente da, o que é diferente um pouco do [?] das outras clínicas. E pra isso precisa saber, para neurologia precisa saber examinar, [semiologia?]. São coisas, também, que não dá pra, que não vão se esgotar agora. Você vai revisar pro resto da vida, pro resto da vida. Da prática médica, da prática acadêmica.

Entrevistador: **Agora isso que você tá me falando, me dá uma ideia, assim, de que é um tempo a mais que você precisa e tudo isso. Agora isso parece que fica um pouco mais no, no plano do teórico, não fica?**

M3: Não.

Entrevistador: **Não?**

M3: A gente queria que ficasse um pouco mais no campo teórico, mas não dá. O [contato?] todo atendendo paciente, o tempo todo atendendo paciente, discutindo casos.

Entrevistador: **O que que o fato de não ser só teórico, assim, você achar que não é suficiente, por que que não é suficiente? Porque o teórico podia ser uma porção de, de situações características.**

M3: Você nunca tem todas as respostas que você queria. Não que você quisesse todas respostas, ter toda a base pra argumentar, pra tomar decisões por você mesmo, né? **Não tem tempo de ter...** Pelo menos eu não tive, não tenho tido tempo de ter esse [?] teórico todo que eu queria ter, é lógico né? Pelo fato de a gente ter que trabalhar, pelo fato de como o HC funciona.

Entrevistador: **Como é que o HC funciona?**

M3 **Burocracia, dificuldade de, de tudo, né? Nada... Uma dipirona que prescreve aqui não é fácil, dá problema, você tem que... tem o desgaste.**

Entrevistador: **A parte burocrática.**

M3 Burocrática.

Os que estão hierarquicamente acima deles são considerados acessíveis. Em especial os assistentes são quem procuram diante de situações complicadas, em que dúvidas de conduta aparecem, além das visitas a beira leito que são passadas diariamente. Por isso para os residentes uma das vantagens de frequentar

um programa como esse, é ter oportunidade de entrar em contato com profissionais a quem admiram muito e se espelham, e por isso são vistos como “**luminares**”, porque mesmo que não fechem um diagnóstico, **abrem uma hipótese e orientam o residente quanto ao tratamento**. Outra faceta dessa relação é a **cobrança**, dos assistentes

Entrevistador: **Segundo? Tá. E o que que você espera da residência, pra sua formação?**

M6: Hum... É difícil falar. Hum, acho que eu espero mais experiência prática, mais contato com doentes e patologias da especialidade e, assim, hum, sorver pouco do conhecimento de algumas pessoas aqui dentro que são **luminares** da neurologia.

(...)

Entrevistador: **Certo. Hum, hum. E, outra coisa, a sua residência como é que, que contato você tem com as pessoas de quem você pode esperar aprender?**

M6: Muito contato. Principalmente no nosso caso o doutor A2 que é o chefe da enfermaria. Na minha opinião, talvez, o melhor neurologista do Brasil. Um cara fantástico. **E é um cara super aberto, assim, a gente discute muito, toda dúvida a gente vai e tira. Passa visita praticamente todo dia com a gente, discute os casos.** Outras pessoas também, algumas [?] da neurologia. Mas acho que, principalmente pra mim, a vantagem da residência é poder ter contato com o doutor A2.

(...)

Entrevistador: **Hum, hum. Essa é a impressão que a gente tem, que é um trabalho duro, mas que todo mundo acha que aproveita bastante, né?**

M6: Eu não sei, eu não acho tanto isso. Porque eu acho, assim, a maior parte do trabalho é desnecessário, e poderia ser evitado. Mas acho que apesar de um trabalho que é desnecessário, o fato de ter uma **cobrança**, que na verdade é uma preocupação que a gente tá sabendo, no caso a gente tá aprendendo, isso ajuda. Boa parte do trabalho é trabalho braçal, desnecessário na minha opinião. A maior parte.

Entrevistador: **Quem é que faz essa cobrança? São os preceptores?**

M6: A cobrança em termos de teoria, no princípio, são os preceptores. No começo do primeiro ano a gente tem aulas, tem uma prova de conhecimentos com o professor titular, doutor A3, que está se aposentando.

Entrevistador: **Doutor...?**

M6: A3 que agora acabou de se aposentar, mas [?] é quem está comandando. E depois são o doutor A2, basicamente, e **os assistentes sempre cobram: "-Esse caso, o que você acha? O que você não acha? Por que isso? Por que aquilo?"**

Entrevistador **Hum, hum. Tá certo.**

M6: Uma coisa interessante, embora às vezes se torne chata. [Entrevistadora ri.] É necessário, mas é chata.

Entrevistador **É chato por que, você diz?**

M6: [Cansa sabe?]. Por exemplo, hoje eu tô, acordei seis horas da manhã de ontem, fiz plantão direto na UTI, passei visita hoje, vou ficar hoje até nove e meia da noite, dez horas quando acaba a visita da noite, sem dormir.

E no meio disso aí você tem uma cobrança, às vezes você desmorona. Nosso emocional está o tempo todo por um fio. Qualquer coisinha a mais...

Com os pacientes há certa dificuldade de criar uma relação de confiança, porque se sentem inseguros diante de uma pessoa jovem, especialmente quando o contato é tão curto como no Pronto Socorro, onde a rotatividade de residentes é alta; o residente ressalta como a figura do supervisor pode ajudar, para que paciente crie um vínculo com uma pessoa do hospital. Por outro lado, na Enfermaria da Neurologia, os residentes têm a oportunidade de acompanhar os pacientes por um período de tempo maior, tendo-o como referência, **olhando-o como médico.**

*M5: **Essa questão de doente olhando pra gente, não sabendo qual seu grau de know how, o que você tá fazendo, quantos anos você tem.** [“meu pai tem 90 anos e tem nove médicos que já viram ele”?]. Isso às vezes gera conflito. Isso, às vezes demora um tempo pra gente resolver. Por isso que nessas horas é boa [?] de você não ver a pessoa várias vezes. Você vê uma vez. Volta em retorno, é outra pessoa. E o paciente nunca desenvolve vínculo com ninguém. Ele se sente inseguro. Então essa pessoa do supervisor, ela supre esse buraco, entre aspas.*

*Entrevistador: **O que é o supervisor. Quem é o supervisor? É o assistente?***

M5: Por exemplo, o ambulatório tem supervisores. Tem o chefe do ambulatório dos [?], que é uma figura...

*Entrevistador: **O chefe do...?***

M5: Ambulatório.

*Entrevistador: **Do ambulatório.***

*M5: Chefe do ambulatório, assistente daquele ambulatório. É uma figura, que tem, que o paciente sempre vê. Porque ele sempre entra na sala, discute o caso. Então é uma figura nossa, que o paciente tem como referência. Por exemplo, cada dia que ele volta em retorno é um médico diferente que atende. Que a maior parte das salas não tem médico específico. Então o paciente fica perdido, ele não tem continuidade e com a figura desse, do assistente, do supervisor ele tem uma pessoa referência. Ele sabe, então esse médico sabe o meu caso. Não é um residente que tá vendo pela primeira vez. **Na neurologia** é um pouquinho diferente porque embora a gente tenha a figura do supervisor, do assistente todos os dias e o paciente conheça o supervisor, **a gente tem uma proximidade intensa, vários dias. Então a gente tem tempo de saber [?] do paciente e tudo mais. E é uma coisa diferente do PS. Porque as consultas são curtas, porque é muito rápido. Esse é o problema do PS, na verdade.***

*Entrevistador: **Eles te recebem como médico?***

M4: Geralmente, sim.

*Entrevistador: **Hum, hum.***

M4: Tem alguns doidos que às vezes, não. [Risadas.] Mas a maior parte, sim.

*Entrevistador: **Sei.***

*M4: Porque **a maior parte também já sabe, né, que aqui é um Hospital Escola, né?***

Entrevistador: **Certo. Hum, hum.**
M4: Não tem nenhum problema.

D.3 “Desenvolvimento da competência para o exercício da medicina” Na terceira dimensão apresentamos como se desenvolve a competência necessária para o exercício da medicina na visão do residente. Por competência entendemos a “capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situações” Perrenoud (2000, p.15).

Em ‘Atuação’ organizamos os dados das várias práticas que juntas compõem o aprender a exercer da profissão médica, que ao ir à *práxis* - como nas tradições artísticas em que os alunos aprendem fazendo - relacionando-se com outros atores da Residência Médica, especialmente com os mais experientes, os residentes aprendem trocando informações, observando-os, imitando-os no sentido de Schön (1992), entendendo a essência da profissão. Neste *practicum* reflexivo - a combinação da experiência do outro com a própria - aprendem a olhar o paciente e valorizar os sintomas, em prol de um melhor diagnóstico, conseqüentemente de um melhor tratamento. Exatamente por estarem num hospital é que exercem a profissão, ou seja, praticam medicina sozinhos e conjuntamente, e a segurança emerge dessa prática intensa.

M2: De certa forma acho que sim, né, acho que o saudável, o paciente que não tem nenhuma patologia, a gente aprende muito na graduação, né? A gente discute entre a gente o que é uma coisa normal, o que que é um achado alterado, o que são variações da normalidade. E dentro das patologias específicas, numa residência, você sabe que "olha, nessa doença esse achado é comum, não tem repercussão", né? "tem que valorizar isso, isso aqui não precisa valorizar". Então a gente vai aprendendo com os casos também, né? Nessa doença existe achado alterado, pode acontecer e não tem repercussão. A gente aprende a valorizar se esses sintomas, eh, tem que ser valorizados. Então, se isso aqui é a mais, né? "Olha essa doença pode ter isso, mas essa apresentação é atípica. A gente tem que investigar isso aqui. Isso não é normal, por assim dizer." Então tem uma relatividade em relação ao que é normal ou não, de acordo com a patologia.

(...)

M2: Isso é o que a gente vê no dia-a-dia. a gente vai pegando a mão, que a gente fala. "-Olha, isso aqui é assim, mas não tem relevância" Ou, por exemplo, uma doença específica, "-Isso é da doença ou é uma coisa que já tinha antes?" Tem dificuldade pra andar. Então a patologia ortopédica. Então o paciente é da parte ortopédica, não é da parte neurológica, por

exemplo, [então com os achados que a gente ?] vai ter parâmetros. Mesmo dentro de uma normalidade totalmente saudável, a pessoa tem só a patologia ortopédica. Tem a patologia ortopédica mais a patologia neurológica, então ele vai. Porque geralmente a pessoa não tem só uma doença. Não é tão comum. Então a gente na neurologia os pacientes são idosos. Então eles já tem de histórias, assim, né? Um histórico grande. Geralmente chegam aqui algumas doenças, os pacientes têm 70 anos, 80 anos. Então é difícil paciente que tem 90 anos e que não tenha nenhuma doença anterior. A gente vai sabendo, isso aqui é diabetes, isso aqui é um caso novo. A gente vai somando. Vai aprendendo. Mas é a prática. Eu acho que é muita prática. A gente tem que estudar, ler, mas a prática dá uma segurança que sedimenta isso aí pra gente.

Diferente da graduação que é generalista, a Residência Médica é uma especialidade dentro da medicina. Com a fragmentação do conhecimento, por uma melhor sistematização, a medicina passa a ter várias **Concepções**, a partir de cada **especialidade**. Mas, o paciente não pode ser tratado como um caso de neurologia. Estas duas questões evocam a necessidade do equilíbrio entre estar ciente que o indivíduo é um todo e o reconhecimento da impossibilidade de dominar toda a medicina. Por isso há necessidade, como disse o **Residente M4** de “grupos *multidisciplinares*”, em que as **várias especialidades**, muitas vezes com distintas opiniões, possam contribuir.

M2: Sim. Não. De certa forma a gente não perde muito, não perde o que é o saudável, né? Que a gente acaba, o que a especialidade acaba gerando é uma perda da visão geral do paciente. Então das outras especialidades, né? O que a gente chama de clínica geral. Quando você aprofunda a especialidade, seja ela neurologia, cardiologia, o que for, você pega muito mais prática nessa parte e por não mexer nas outras coisas, acaba perdendo. Então a gente tem uma prática muito ampla quando sai da graduação ou faz um ano de clínica geral, depois faz especialização. Realmente você pega um pouco mais de manejo. Agora, acho difícil falar que perde a noção do que é normal. Eu acho que às vezes acontece, acho que não na neurologia em si, mas em algumas especialidades, por conhecer mais a doença, algumas vezes se investe mais naquele paciente, entendeu? Eu acho que dá pra melhorar mais. Não especificamente na neurologia, mas acho, por exemplo, paciente da oncologia. Na oncologia, por exemplo, o geral, vai falar pra um paciente: "-Eu acho que ele não tem, não vai se beneficiar, não tem tanto benefício" e o oncologista vai falar: "-Esse cara tem que investir, eu acho que vai melhorar." Então são visões que são diferentes.

Entrevistador: Você, me diga uma coisa, o que que você acha dessa especialização da especialização? Será que o médico não perde...

M3 Perde.

Entrevistador: **...a origem, a clínica, o que que é o ser saudável como um todo? Perde?**

M3: Perde.

Entrevistador: **E isso é uma preocupação pro médico ou não?**

M3: **Então não chega ao ponto de especializar tanto. Dentro da neurologia, a maior parte do que a gente vê é clínica, né? Você tem que ter uma visão mais geral da coisa, das patologias que a gente vê. Eu não cheguei ao ponto de me especializar, mas acho que quanto mais especializado perde, sim.**

Entrevistador: **Será que não é ruim?**

M3: Eu acho é. Acho é ruim.

Entrevistador:

M3: *problema é dosar, também. Se a gente fizer [... pessoas que...?].*

Na categoria sobre o desenvolvimento da 'Autonomia' na RM, os residentes tomam para si a responsabilidade sobre os pacientes (mesmo que não seja só dele), ou seja, assumem socialmente a profissão, tendo **responsabilidade** sobre suas ações, ponderando e arcando com as consequências, o que leva-os a **aperfeiçoar os critérios** sobre suas decisões. Isso é possível porque a **equipe formadora oferece espaço** para que os residentes possam tomar decisões, assim a conduta do residente reflete diretamente no paciente.

M5: *Porque aí **eu sou médica, eu sou profissional.** É obvio que eu vou trabalhar num regime supervisionado e sempre tem alguém atrás de mim, assim como qualquer outro profissional, podia ser engenheiro, no projeto tem um supervisor. Mas aí **eu sou médica e sou responsável por aquele doente, independente de eu ter supervisão.** É logicamente que se acontecer alguma coisa, o meu supervisor também vai responder. Pelo sim e pelo não. E se você tiver alguma dúvida também vai falar com o supervisor. Mas tanto o óbito, quanto a decisão do tratamento e em alguns momentos preciso resolver sozinha, é muito diferente o enfoque que se dá no doente. Porque é muito diferente a responsabilidade. O doente passa a ser seu e ele passa a te ter como referência. Diferente da graduação, o doente não te vê como referência, te vê como uma pessoa que atende. É uma das pessoas que atende. E muitas vezes você assume o papel de referência para o doente. Então você é o médico dele e ele te reconhece como médico. E apesar, isso, isso num, embora pra eles não seja agradável, porque às vezes a gente para [?], não importa, **eu sou médica dele e eu vou assumir as responsabilidades.** Eu vou conversar com ele, eu vou dar o diagnóstico, eu vou submeter aos procedimentos que vão ser dolorosos. **E essa decisão é minha.** E essa autonomia que faz parte da formação médica. Porque sem ela a gente não consegue ser médico, você vai ser sempre inseguro. Isso na graduação, você não tem essa autonomia. Então é muito diferente o enfoque que eu vou dar ao doente. Até o seu aprendizado é diferente. Até porque você não pode errar dose de medicação. Uma coisa que a gente não se preocupa na graduação é com dose de medicação, por exemplo. E [de repente no momento?] que você tá na residência, começa a se preocupar muito com isso. E isso vem vindo. Isso vai fluindo, você vai aprendendo. Mas a partir do momento que você vai tendo a necessidade de aprender, você aprende. Pelo bem ou pelo mal. Até*

porque a inexperiência, aí você vai entrar na experiência própria. A gente sai do quadro de: "-Olha, você tem que fazer isso. Os protocolos são esses." e começa entrar em "-Eu fiz isso. Aconteceu isso. Na minha experiência eu vejo isso. Ah, tem estudos que falam isso, mas na minha experiência aqui no HC eu vi isso..."

*M6: Algumas coisas. Primeiro que no internato você não tem a responsabilidade pelo doente. O doente não é seu. **Aqui, você toma as condutas, você prescreve o doente.** Embora você tenha uma orientação e você possa recorrer a isso, nem sempre você vai recorrer. **Muitas vezes a conduta é sua. É uma conduta que vai mudar, que vai significar vida ou morte ou incapacidade pro doente, é sua.** Então acho que com a responsabilidade vem uma necessidade de, assim, se aprimorar cada vez mais, de trabalhar pra evitar cometer erros que podem significar prejuízo a outras pessoas. No internato além de não ter tanto isso, a gente acaba passando pouco tempo em cada Serviço. Então a gente acaba tendo uma ideia bem superficial de cada coisa.*

Em 'Atuação' apresentamos o aprender a exercer a medicina, em 'Concepção da Medicina' o aprender a ver a medicina e em 'Autonomia' o aprender a ser profissional. Integrados formam o aprender a ser médico profissional competente, responsável e profissional.

O Quadro 02 apresenta uma visão geral e sintética do modelo acerca da caracterização do processo de desenvolvimento profissional da residência médica como a compreendemos. Na segunda linha encontram-se as dimensões: "Estrutura da formação", "Relação dos residentes" e "Desenvolvimento da Competência para o exercício da medicina". A respectiva coluna de cada dimensão apresenta categorias e subcategorias que seguem esse eixo; são atributos que aparecem qualificando as representações dos sujeitos entrevistados: residentes em formação na RM.

Quadro 02 – Visão Geral do Modelo da Residência Médica construído a partir das entrevistas com os residentes médicos

RESIDÊNCIA MÉDICA – uma visão dos residentes médicos							
Dimensões	Estrutura da Formação	Relação do Residente			Desenvolvimento da Competência para o exercício da medicina		
	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização • Não obrigatoriedade perante a lei • Teoria e prática • Quantidade de sujeitos pacientes • Diversidade de atores organizados hierarquicamente <ul style="list-style-type: none"> - Diversidade - Preceptor - Assistente - Residente mais experiente 	Com a RM	Com os atores da residência médica	Com Pacientes	ATUAÇÃO	CONCEPÇÃO da medicina (da área dele)	Autonomia
Categorias/Subcategorias			<ul style="list-style-type: none"> • Dualidade <ul style="list-style-type: none"> - Estudante - Médico Formado • Aperfeiçoar • Progressão • Dentro de um hospital <ul style="list-style-type: none"> - imersão - estresse burocracia tempo 	(dos que lhe estão acima) <ul style="list-style-type: none"> • Acessível • Orientação (um caminho) • Os “luminares” • Cobrança 	<ul style="list-style-type: none"> • Olhá-lo como médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender pelo exemplo, pela troca • Aprender praticando • Aprender a olhar, valorizar <ul style="list-style-type: none"> - O paciente tem um histórico • Segurança pela prática 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialidade • Visões diferentes

RESIDÊNCIA MÉDICA – NA VISÃO DO PRECEPTOR E DO ASSISTENTE

A análise das entrevistas da equipe formadora nos forneceu um quadro muito parecido com o dos residentes. Inclusive as dimensões são as mesmas. No entanto, outras categorias e subcategorias foram criadas para dar conta de outras características que apareceram no discurso do preceptor e do assistente, próprias de quem já passou pela experiência da RM, já atuam como neurologista, além de suas intenções como formador. Por outro, algumas categorias e subcategorias criadas para o primeiro grupo não foram identificadas neste segundo.

Dimensão 1: Estrutura da formação

Dimensão 2: Relação do residente

Dimensão 3: Desenvolvimento da Competência para o exercício da medicina

D.1 “Estrutura da formação”, nesta dimensão que caracteriza a RM em neurologia, corroborando com os residentes, o preceptor e o assistente apontam a singularidade da neurologia, em relação a outras especialidades da medicina, o que justificaria a necessidade de um curso de **especialização**, como a RM, mesmo que **não haja obrigatoriedade perante a lei**, para o exercício da medicina nessa área. Por outro lado, poder-se dizer especialista, além de isentá-lo futuramente por falta de perícia em neurologia, caso seja questionado por seus atos, é também ter oportunidade de ser reconhecido socialmente e consequentemente monetariamente, como veremos mais a diante.

*A1: Na residência, o que a gente tenta aqui, é exatamente complementar isso. Então você tenta dar o prático. Porque neurologia, se você [?] que a gente sai, quando se forma [?] e sabendo de neurologia [?]. Nada. Por quê? **É uma especialidade muito difícil, muito complexa.** Nenhum dos outros lugares... Em todos lugares do hospital, se você for ver, todo mundo sabe escutar coração, todo mundo sabe apalpar um [?], né? Ouvir um pulmão. Isso aí não tem problema. Agora fazer um exame neurológico, noventa e*

nove por cento sai correndo porque não sabe fazer. Então é uma especialidade muito [?], muito singular, né? (...)

Entrevistador: **Quer dizer, essa questão, aí, fica importante na especialização principalmente quando você toca nessa questão de mestrado e doutorado. Quer dizer, o aprofundamento em termos de conhecimento, né, daquele problema específico, daquele mal específico. Então aí você tem que, realmente, aprofundar num ponto que você escolheu, né? Você, deixa te perguntar uma coisa, o médico que não faz residência, ele pode abrir um consultório?**

P1: Pode.

Entrevistador: **Sem problemas.**

P1: É. **Legalmente, ele pode.**

Entrevistador: **Legalmente?**

P1: Pode. Ele é médico. Agora **a residência não é obrigatória, mas ela é francamente aconselhável pelo Conselho Regional de Medicina, pelo CRM, regional...** Então a [?] a residência seja uma coisa [?], mas tem [?] especialistas e **tem [?] financeiro mesmo.**

Entrevistador: **Hum, hum.**

P1: Agora o médico [?] ele pode exercer a profissão de médico. Mas ele será julgado, posteriormente, por atos eventualmente que ele fez sem perícia, sem técnica adequada. Então se o médico quiser se formar e fazer biópsia, faz. Mas se ele tiver alguma complicação e for percebido que ele não é tecnicamente capaz disso.

Entrevistador: **Certo.**

P1: **Mas não é obrigatório a residência médica. Ele pode abrir um consultório e atender teoricamente...**

A importância do conhecimento **teórico** sobre o funcionamento do corpo humano e o comportamento das doenças, alia-se a importância da vivência **prática** intensa, que deparando-se com muitos casos sedimenta o aprendizado. Nesse sentido, este programa de RM por sediar-se no HC, que além de gratuito, é um hospital de referência, pode propiciar aos residentes muita experiência com os casos específicos (**quantidade de sujeitos pacientes**).

A1: Ah, [ter feito RM] foi fundamental. E, eu vou lhe dizer uma coisa, eu acho até que o esquema que eu fiz, assim, você tem uma prova de anatomia, uma prova de fisiopatologia, uma prova de fisiologia, uma prova de localização neurológica, ou seja [?] neurológica, uma prova de terminologia. Se você tivesse em qualquer dessas provas uma abaixo de sete, você tinha mais uma chance de repetir a prova. Se você não passasse, de novo, era mandado embora. Então era um verdadeiro terror. **A gente estudava, realmente, profundamente. Foi a época da vida que eu mais estudei.** E acho que valeu a pena, porque sedimentou, é como você fazer a base da sua carreira. Porque, assim, medicina é você saber o que você tá vendo e, depois, você ter experiência. **Então você tem que, você não pode só ter experiência, não pode só ter prática, né? Eu acho que as duas coisas, uma complementa a outra. É lógico, quanto mais você vai tendo experiência tem que ir acompanhando os novos passos, senão você fica pra trás. Mas eu acho que foi fundamental.** (...)

*P1: E também pra você ter a vivência dos casos clínicos mesmo. Aí num serviço de referência, um serviço onde já tem os pacientes. **Os pacientes procuram, né?** Pra você poder, eh, visualizar ou vislumbrar o segmento de diferentes facetas aí da, da medicina*

Com a expansão da oferta de residências, como escrito anteriormente, sentiu-se a necessidade de regulamentar a modalidade; no entanto, que mudanças os médicos teriam sentido? O médico assistente conta que quando fez RM, **antes da regulamentação de 1977**, o trabalho era intenso e a cobrança também. Aspectos que, em suas proporções, os residentes também salientaram sobre a RM atualmente.

*Entrevistador: **Então eu perguntaria, fez diferença antes e depois da regulamentação?***

A1: Nos primeiros anos, não. Mas depois teve muita diferença. Muita. Nós trabalhávamos feito verdadeiros escravos, eu vou te dizer.

*Entrevistador: **Era remunerado?***

A1: Não. Não era remunerado.

*Entrevistador: **Não era.***

A1: Não. No meu tempo, quando eu comecei a fazer a residência, nós ganhávamos o suficiente para pôr um tanque de gasolina. Eu fumava na época, e não dava pra pagar o meu cigarro. Então era miseravelmente pago e a gente trabalhava brutalmente. Só pra dar uma ideia, em um ano eu fui 40 dias para Suzano, como único médico, em um hospital que tem 84 pacientes neurológicos.

*Entrevistador: **Ficava sozinho?***

A1: Pacientes graves, pacientes médios, pacientes que estavam fazendo só fisioterapia. Tinham 84 pacientes, eu e Deus.

*Entrevistador: **Sei.***

A1: Assim, [?]. Além desses 40 dias em um ano, nós fazíamos um plantão por semana na enfermaria e um plantão, a cada quatro dias, na UTI.

*Entrevistador: **Plantão, ficava o que? Vinte e quatro horas?***

A1: Vinte e quatro horas. Então, se você fizer as contas, você vai ver que eu trabalhava praticamente um dia sim, um dia não. Trabalhava muito. E, mesmo assim, nós éramos cobrados, assim, absurdamente. Regime muito militar. Muito militar mesmo. Então existia sempre uma, uma espada sobre sua cabeça.

Entre os atores da RM, há uma **Hierarquia**, como os residentes já haviam apontado. No entanto, o preceptor acrescenta o interno (aluno de graduação) na hierarquia apresentada anteriormente, o que para os residentes significa ser responsável além dos pacientes, pelo processo de ensino e aprendizagem da profissão.

*P1: A sua profissionalidade. Com toda a sua liberdade, a sua responsabilidade. Outra coisa, aqui no hospital a receita [de um hospital escola?]. **O residente também tem a função de orientar o interno. Então ele já tem uma, uma, uma responsabilidade docente, assim, entre***

aspas, porque ele também tem os internos que passam com ele. Ele, também, ensina [?] dentro de uma disciplina. O interno passa como generalista. Rápido, mas ele tem um convívio com o interno. Então também, ele também mostra os casos, ensina alguma coisa. Então ele também tem essa vivência, é, ele tem os internos. O R2 em relação ao R1, o R3 em relação ao R2 e R1. Todos em relação aos internos.

Entrevistador: **Hum, hum.**

P1: Então isso é uma coisa que vai... é meio que natural, intrínseco do processo.

Entrevistador: **Certo. Certo.**

P1: O mais graduado ensina o menos graduado.

O **Assistente** é um médico experiente, referência para os residentes, sobre o dia a dia da profissão, em especial sobre a clínica médica.

A1 (...) Os assistentes e os professores, né? Que é uma outra categoria, que os professores, teoricamente, são da Faculdade. Mas nós é que, efetivamente, funcionamos como professor. [?]. Mas isso aí, então nós, os professores e os assistentes é que vão dar a parte técnica, né? E por a mão no paciente mesmo, entendeu? Ensinar essas partes, ensinar a clínica neurológica. A clínica e não teoria neurológica. Hoje, por exemplo, é difícil, porque a semiologia é uma coisa muito raramente lembrada. É muito mais fácil você ir lá e falar: "Ah, tá com dor no pé? Faz uma ressonância." [Risada.] Agora, as pessoas que sabem semiologia efetivamente, estão todas morrendo. Ou seja estão na fase de sair. Hoje, a maioria dos indivíduos hoje não sabe muita coisa. Sabe alguma coisa, mas não sabe...

Os **Preceptores** são médicos recém-formados do programa de RM, responsáveis pela organização burocrática (horários, plantões...) e didática (providenciar cursos, fazer a articulação entre o assistente e residente).

P1: Geralmente algum, é alguém mais jovem, é alguém que terminou a residência há pouco tempo e nossa obrigação, a nossa responsabilidade é essa, é ministrar as aulas e fazer que os cursos que a gente não ministre as aulas também dêem certo. Então chamar os professores, levar pro teatro...

Entrevistador: **Ah, sei.**

P1: Então é, auxiliar na realização de todos os cursos dos residentes, mesmo que a gente não participe diretamente da aula. Eh, ouvir as reclamações, as queixas com relação ao curso, as dificuldades. Programar, também, as escalas de plantão, os rodízios dos estágios. Então é uma parte de organização, né?

A1: Assim, a preceptoria aqui é uma função burocrática e didática. O preceptor, ele lida com todos os problemas burocráticos, com todas as coisas da residência médica, todas as papeladas, essas coisas, segurar os rojões, né, que acontecem. E eles são responsáveis de dar os cursos. Então, normalmente, eles são selecionados a partir dos melhores alunos que acabam a residência. A preceptoria dura dois anos, né? Então a cada dois anos, no máximo, é renovada, colocando os melhores alunos. Do ponto de vista de conhecimento, de pessoas, né? De, vai, saber lidar com as

outras pessoas, também. Então é assim que se escolhe o preceptor. O preceptor, ele dá, ele dá, vamos dizer, o princípio básico é o didático. (...)

Sendo um programa de média duração, convivem simultaneamente residentes recém-ingressos e residentes com até mais de dois anos de experiência, esse ambiente diversificado é propício para troca entre eles:

P1: Quando você é interno você tem responsabilidade, mas você tem mais liberdade, também. E conforme você vai evoluindo, que aqui também tem a sua hierarquia: R1, R2, R3. Conforme você vai evoluindo nessa escala hierárquica, você vai ganhando também mais, mais espaço, mais liberdade, mais segurança.

D.2 “Relação do Residente”: nesta dimensão, apresentamos a relação do residente, na visão do preceptor e do assistente, com a formação, a profissão e alguns personagens do dia a dia da RM.

Durante a **Formação inicial** do curso de medicina da USP, os alunos do sexto ano (último), chamados de internos, passam três semanas na neurologia, o que inclui 12 horas de plantão, esse é o contato mais direto que eles têm com a especialidade antes da RM.

P1: É um curso teórico. Teórico-prático. Ele tem a parte prática nos plantões no pronto socorro.

Entrevistador: Ah.

P1: E tem a carga horária teórica. A parte prática já está estruturada, eles dão plantão de doze horas, lá no pronto socorro e...

Entrevistador: Doze horas semanais?

*P1: **Doze horas... Não. Doze horas de plantão. Eh, eles dão, mais ou menos, uns, uns nove plantões em três semanas. Nove, dez plantões em três semanas na cirurgia e neuro-clínica. Esses são os plantões lá embaixo e, além disso, tem a parte teórica do curso que a gente faz. Então a gente dá esse curso catorze vezes, né, no ano, pra catorze turmas diferentes. Todos alunos da graduação passam por esse, esse é um curso obrigatório pra graduação, né?***

Entrevistador: Hum, hum.

De acordo com o assistente, sua formação inicial, diferente da atual, tinha o privilégio de ter a prática muito mais incentivada, se comparada com a formação atual.

A1: Que eu acho que é fundamental, e eu acho que isso não é só a residência, eu acho que isso é até outra diferença, também, que ocorreu no curso de medicina. Eu vou falar, a medicina antigamente era assim, a primeira vez que eu pisei nesse hospital, eu era terceiroanista da Faculdade

de Medicina. Por quê? Porque **nós éramos estimulados a fazer algo que fosse teórico-prático**, né? Então eu sempre falo que quando eu era quintoanista eu era melhor pediatra do que, né? Por quê? Porque eu era pra ser pediatra, eu queria ser pediatra. Eu comecei a fazer o que? Liga de Pediatria no primeiro ano da faculdade. Então no quinto ano eu sabia de pediatria como um bom pediatra. Sabia mesmo.

Na RM, os residentes estão **imersos** no ambiente hospitalar vivendo a profissão, como diz o preceptor, tem a oportunidade de se colocar como médico, acompanhando os pacientes, enfrentando situações como o óbito, e a relação com os familiares. Além da rotina de trabalho, com os plantões e as privações de sono.

P1: Um caso, um óbito? Acho que é tudo, né? **Todo dia a gente tá vivendo... Você vive**, na residência a gente vive óbito, complicação, a responsabilidade de se colocar como médico, de falar com familiares. Tem centenas de casos...

Por mais que burocraticamente, no momento que se cole grau, se deixe de ser aluno, para ser médico, o processo pelo qual cada indivíduo passa para assumir a profissão não é tão simples. Nesse sentido a RM contribui para que a passagem não seja tão abrupta, um momento de **progressão na profissão**. É um momento em que ele já é formado, tem o diploma e o carimbo de médico, de modo que ele já assume uma responsabilidade profissional; por outro lado, ele é também estudante, e com essa posição a oportunidade de ter mentores, com quem dividir a responsabilidade, mas a obrigação de se reportar a eles também, ou seja, uma **dualidade** entre as duas funções.

P1 Assim, **você sai ainda cru, né, da faculdade**. A residência médica, no meu caso, neurologista. A especialidade [você aprende na?] na residência. Os históricos, os pacientes são vistos, as visitas. Então a relação direta com a especialidade depende da residência médica. Não dá pra formar um especialista sem residência médica. Então é um aprendizado em serviço. [Tanto em neurologia?] e ver os pacientes, discute com os assistentes, que são os médicos já especialistas. **Então a residência é um, é um, é uma ponte entre a graduação e a vida profissional!** Que a gente sai apto pra exercer uma, uma, uma medicina básica. Mas a especialidade é na residência médica. Mais especialidade, **mesmo área básica, você precisa de um tempinho pra, pra exercer uma atividade sob supervisão**, né?

Como mencionado anteriormente, a procura pela RM parece fazer parte de um movimento maior de reconhecimento por sua profissão, que o assistente vê como uma busca por **status**, em parte também pela **proletarização** da profissão.

A1 (...) É que, na verdade, hoje se você for neurologista, você é um [?]. Agora se você for um médico, você já vira uma denominação de origem controlada. [Entrevistadora ri.] Agora se você for um especialista reconhecido, aí você vira um [?]. Então isso é o próprio mercado. Então se você for ver os residentes aqui, todos eles imaginam fazer consultório aqui. Ninguém imagina "-Olha, vou ser um médico no interior, quero ter uma boa formação." Com raras exceções. "-Eu quero ir pra lá. Quero viver bem. Ajudar as pessoas." Né? Essa coisa, essa angústia de querer se sobressair, se tornou muito importante. Em função, em parte, da pobreza que acometou a medicina nos últimos anos. A coisa que piorou muito, na minha opinião, foi que nós nos tornamos extremamente proletários. Eu quando me formei, eu ganhava por volta de cinco a seis vezes mais do que eu ganho hoje.

Na segunda categoria, tratamos da interação dos residentes com os 'outros atores da RM', na visão da equipe formadora. Nas primeiras duas categorias, apresentamos, como essa mesma equipe, que está acima hierarquicamente, acredita se posicionar diante dos médicos; em especial, o assistente sendo o médico experiente e exemplo de prática profissional precisa mostrar-se uma figura **acessível** a quem os residentes podem recorrer, e na discussão dos casos o **orienta**.

*P1 O residente nem sempre. **Ele tem sempre a possibilidade de discutir.** Mas ele tem a possibilidade de carimbar algumas coisas sozinho, então...*

*A1(...) Então a gente deixa eles tentarem e, aí, depois: "**Você tem esse caminho de raciocínio, mas, eu acho, que o caminho é esse aqui.**" É lógico, as vezes, a pessoa está certa e nós estamos errado, mas... (...)*

Ao mesmo tempo, ele quer ser olhado pelos seus superiores **como médico** capaz de atender e fazer o diagnóstico.

A1 (...) Eu acho que é isso que tem que fazer. "-O paciente tem nome, não é um diagnóstico, né? O cara tem nome assim, outro assado." "-Ela conversa?" "-Conversa." "-Então conversa com ela", né? Eu acho que isso dá pra fazer. Isso, pelo menos eu tento passado. Eu acho melhor. Aqui é muito interessante que têm dois períodos. No pronto-socorro, eles passam no primeiro período. Que é a primeira vez que eles se sentem responsáveis pelo pronto socorro. Então eles [?], ficam atendendo fichas, eles vêm, fazem o diagnóstico, vê o que o paciente tem e depois discutem com o assistente. Então eles são os médicos até entrar [?]. A primeira vez que eles vêm, é

assustador, né? E esse tipo de padrão de comportamento é um pouco esquecido, vamos dizer. **Então, o indivíduo está preocupado com o diagnóstico. Ele tá lá, ele está angustiado pra mostrar que ele é bom, que ele sabe fazer diagnóstico, que não sei o que...** Quando ele passa a segunda vez, ele já tá mais seguro de si. Porque ele já passou um mês lá embaixo, já sofreu um mês, né? Então ele vai passar... Aí começa a ter um pouco de tranquilidade. Ele percebe que fazer esse tipo de coisa é melhor pra ele, é melhor pro paciente, é melhor pra todo mundo. Aí ele começa...

Como disse o assistente, particularmente no início do programa sua prática está centrada em si, e em fazer o diagnóstico, o que provavelmente leva os residentes a se restringirem aos sintomas, vendo o paciente como uma **figura patológica**.

A1: (...) A nós foi passado, não só a noção prática, mas de respeito, do cuidado com o outro, né? Que eles não... **Eles vêem o indivíduo como uma figura patológica. Isso mesmo. Eles vêem como uma figura patológica.** "Esse é um..." Dá o título lá do cara. "-Esse aqui é um [?]. Esse é um AVCH." A pessoa que está por trás daquilo, os familiares, virou uma rotina técnica. Isso é, absolutamente, triste. Eu acho. E a coisa que mais você, eu acho que mudou nesses últimos... É lógico que existem exceções de pessoas, né, pela própria personalidade. Vão lá, conversa com a família, agrada, se preocupa com o paciente. Preocupar com o paciente, falar assim: "-Você está bem? Como é que você está se sentindo?" "-Bom dia!" Não se fala bom dia. Você chega em frente a paciente, passa visita e nem olha pra ele pra falar: "-Como é que o senhor está?" É incrível. É uma coisa incrível. Principalmente num hospital desse tamanho, a coisa virou...
Entrevistador: **Quer dizer, a graduação não forma essa competência que você está dizendo.**

A1: Não, eu acho que...

Entrevistador : **Na residência ele pode ter?**

A1: Na residência, o que a gente tenta aqui, é exatamente complementar isso. (...)

D.3 "Desenvolvimento da competência para o exercício da medicina", apresentamos como o preceptor e, particularmente, o assistente representam esse desenvolvimento.

Em 'atuação', encontramos na fala do preceptor as possibilidades dos residentes de poderem **trocar** com os pares, discutir com os mais experientes. Na fala do assistente, percebemos uma concepção do que ele acredita ser a melhor forma de se aprender a ser médico: a partir do **exemplo** (vendo o mais experiente) e **praticando**.

A1: *Eu sempre digo, a melhor expressão pra medicina é a Lição de Anatomia do Rembrandt, né? Tem lá o paciente, o professor em cima e todo mundo olhando. **Melhor que aquilo, só se todo mundo pudesse mexer no paciente** e depois o professor falasse: "-É assim, é assado."*

A1: *Só tem um jeito, eu particularmente acredito que só tem um jeito. Eu acho que isso aí todo dia. Eu chego lá, os caras começam a falar: "-Ah, essa aqui é a dona não sei o que." Eu viro pra ela: "-Ah, Dona Maria, como a senhora tá? Melhorou? Tá bem?" Porque eu acho que é a única maneira. Eles têm que perceber. Eu acho, da mesma maneira que eu cuido, que eu trato a minha filha. **Eu acho que exemplo é a melhor coisa.** Não adianta. Ninguém vai inculcar, falar: "-Olha, você é obrigado a falar pra ela bom dia." Não adianta. Agora, se você coloca dessa maneira e você... Que quando a gente tem esse tipo de reação com o paciente, eles percebem. Eles percebem que o paciente sorri, que o paciente se relaciona com você. Que se sente cuidado. Ele acha que eu sou melhor médico que o outro, né? Então eles, eles percebem. Então eu acho que é a única maneira. (...)*

A partir da sua visão sobre o campo de trabalho atual para os médicos, o assistente projeta, um futuro parecido com o estadunidense, em que o médico precisará estar no convênio, para manter-se na profissão. Nessa situação, não fará parte o médico dispendioso, que peça muitos exames.

Nesse movimento de que os médicos estariam muito dependentes de exames, no Japão há um programa de TV , onde um grupo de médicos é convidado a diagnosticar um caso, apenas a partir de uma dramatização dos sintomas e relatos dos personagens.

De modo que, por mais desenvolvido que estejam os exames, é importante que os residentes **aprendam a olhar, valorizar os sintomas.**

A1 *Então não tem jeito. Não vai ter. Então eu sempre falo pra eles assim: "-Essa situação que nós temos hoje, é uma situação transitória. Vocês vão ver que nós vamos acabar [?]. E se o médico pede muito exame ele é cortado do convênio. Se ele é cortado do convênio, ele cai no ostracismo. Não tem como sobreviver. **Então o que que vai fazer diferença? Vai fazer diferença a semiologia, né? Ouvir o paciente e fazer clínica.** Você tem que dirigir, você tem que chegar com o resultado praticamente pronto. Vamos fazer o exame para confirmar o meu diagnóstico. Eu não vou fazer o exame pra ver o que é, né?" Então é isso que a gente tenta fazer principalmente lá no pronto-socorro.*

Quanto a 'concepção' sobre a medicina, o assistente faz uma crítica sobre as **especialidades**, que estão cada vez mais se subdividindo. O preceptor também

aponta a ultra especialização, como um tendência. No entanto, ambos concordam que os pacientes não são um caso específico da neurologia, e que uma boa formação inicial, na medida do possível, garante que o profissional possa ter uma visão geral.

*Entrevistador: **Você não acha que residência médica focalizando especialidades, ela tá se afastando mais dessa ideia que você tá achando que seria a desejável?***

A1: Eu acho que sim.

*Entrevistador: **Sim, né?***

*A1: Eu concordo, em partes. Eu acho que um bom médico é sempre um bom médico. Por isso que eu acho que a graduação é importante, ao contrário do que se vê hoje, né? Quando você vê... Os bons neurologistas é porque eles foram bons alunos na faculdade. Aquilo que eu falei, você precisa construir uma base. Que neurologia tem doenças reumatológicas, tem doenças cardíacas, tem doenças ortopédicas, né? Tem doença de tudo quanto é coisa, que influenciam na neurologia. Que causam problemas neurológicos. Então você precisa ter uma noção de tudo, precisa saber. Se você aprendeu, você vai ser... Pode não ser top de linha, mas você tem uma noção de onde você está mexendo. Agora eu concordo, eu **acho que esse é o único erro. Nós estamos criando subespecialistas** que são [?]. Daqui a pouco nós vamos [?]. Então o indivíduo é médico, aí ele resolveu fazer neurologia, aí de neurologia, ele resolveu fazer demência. Aí da demência, ele resolveu fazer demência fronto-temporal. Aí ele vai pegar um subtipo que é [?], em paciente que tem abaixo de 45 anos, do sexo masculino. Quer dizer... É assim. O negócio, a coisa tá nesse nível. Mas isso é em função do problema educacional. É que, na verdade, hoje se você for neurologista, você é um [?]. Agora se você for um médico, você já vira uma denominação de origem controlada. [Entrevistadora ri.] Agora se você for um especialista reconhecido, aí você vira um [?]. Então isso é o próprio mercado.*

P1: Porque senão não dá. Eu não posso saber só neurologia. Não dá. Então um neurologista tem que saber muito de clínica médica, muito de psiquiatria, de uma porção de neuro-cirurgia, um pouco de outras coisas. Então não tem jeito. Agora tem coisas que são muito distantes uma das outras. [?] o psiquiatra, o neurologista, o que ele sabe de cirurgia plástica? Talvez muito pouco. Mas o que ele tem que saber de psiquiatria? Muito, muito, muito. Então essa composição curricular, você garante a composição mínima. Cada médico vai esboçar qual é o seu perfil de atendimento.

*P1: Aí vai do profissional. Tem que estar se focando no todo. Você tem que tá focando no todo. Se você tiver foco, se ultraespecializando... [?] nosso é a **super especialização. É uma tendência...***

*Entrevistador: **Certo.***

P1: Você é levado a isso, né? Mestrado. Doutorado. Pós doutorado. Você cada vez vai mais e mais individual.

Sobre a 'autonomia', o preceptor apresenta uma visão de **responsabilidade**, muito parecida com a dos residentes, que é a questão de se colocar como médico.

Enquanto para o assistente, a assunção da profissão, já está em um nível da especificidade humana. Assim, a responsabilidade que ele assume é a partir daquilo que ele acredita que é melhor para o paciente, em sua qualidade de vida.

*A1: É. Eu vou falar uma coisa aqui, que eu acho que eu não deveria falar, mas eu vou falar. Eu acho que, às vezes, a gente discute inclusive perspectivas, né? Eu tenho a ideia, talvez possa estar parecendo um pouco cruel pras outras pessoas, mas depois dos meus quase 40 anos de medicina, eu posso dizer, porque eu acho que é verdade. **Existem situações em que o médico tem que assumir a responsabilidade pela vida do paciente.** Não [?]. Se você, eu sempre brinco, se você pegar um paciente que está lá com os quatro membros amputados, purgando por todos os poros, soro, com tubos enfiados nele, um em cada buraco que nós nem imaginamos, né? Gemendo sem parar, vinte e quatro horas e falar para a família: "-Olha, seu pai está péssimo. Existe uma chance em um milhão dele se salvar." O que que a família faz? Se apega à chance em um milhão, não é? Nós sabemos que a gente fala um em um milhão, para não falar que ele tá morto, certo? Agora, a família é extremamente cruel. A família não se importa, com raras exceções, tem gente que não é assim, mas no nosso nível cultural, eles não se importam que o indivíduo tá sofrendo. Eles estão sofrendo. Se o individuo morrer, eles vão sofrer, eles vão perder.*

Paulo Freire (1996) aponta o 'gosto de querer bem' como um dos saberes necessários ao professor e argumenta "A minha abertura ao querer bem significa a minha disponibilidade à alegria de viver" (p.141) e não é a razão pela qual o paciente procura o médico e este atende o paciente? Viver? Nessa relação de um ser humano com outro, em que um deles se encontra numa situação debilitada, um profissional **humano**, que quer bem, faz-se ainda mais necessário.

*A1: Eu acho que sim. Eu acho que... É o que eu sempre falo, existem médicos e existem médicos. Então, eu sei que eu não sou o melhor técnico em neurologia. Eu tenho certeza absoluta disso, né? Mas **eu procuro ser um médico mais humano que eu possa ser.** Eu acho que esse é um princípio e tento passar isso pra eles. Porque eu acho que isso é uma coisa que não custa nada, né? Só te traz pontos a favor e que vai melhorar sua vida. Inclusive do ponto de vista de ser médico. Porque ser médico não é uma coisa [?], sabe? A gente fica muito contente quando faz um diagnóstico e salva uma vida. Quando você perde uma vida que você poderia ter salvado, é um custo. Extremamente, é extremamente... É chato. É uma coisa... Você dentro de você, remoendo sabe? Até você remoer aquilo. Fala: "-Não deu, não deu." Mas é uma coisa difícil, principalmente quando acontecem problemas que são além da sua possibilidade.*

*Entrevistador: **Bom, o fato de um resultado desse ser constituído um peso, um sofrimento pra um médico, isso já quer dizer que ele tem alguma preocupação com o ser humano como ser humano.***

A1: Sem dúvida.

O Quadro 03 apresenta uma visão global de como o assistente e o preceptor percebem o processo de formação profissional na residência médica. As dimensões repetem as anteriores do Quadro 02: “Estrutura da formação”, “Relação do residente” e “Desenvolvimento da competência para o exercício da medicina”. Para cada dimensão, na respectiva coluna encontram-se as categorias e subcategorias, que neste caso têm alguma diferença.

Quadro 03 – Visão Geral do Modelo da Residência Médica construído a partir das entrevistas com o Preceptor e o Assistente

RESIDÊNCIA MÉDICA – uma visão do preceptor e do assistente							
Dimensões	Estrutura da Formação	Relação do Residente			Desenvolvimento da Competência para o exercício da medicina		
Categorias/Subcategorias	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização • Não obrigatoriedade perante a lei • Teoria e prática • Quantidade de sujeitos pacientes • Mudança com a regulamentação • Diversidade de atores organizados hierarquicamente <ul style="list-style-type: none"> -Preceptor -Assistente -Residente mais experiente -Interno 	Formação e a profissão	Com os outros atores da residência médica	Com os pacientes	ATUAÇÃO	CONCEPÇÃO da medicina	Autonomia
		<ul style="list-style-type: none"> • Formação Inicial • Imersão na profissão • Progressão • Dualidade: estudante e médico formado • Status e proletarização 	dos que lhe estão acima <ul style="list-style-type: none"> • Acessível • Orientação (um caminho) • Olhar o residente como médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Figura patológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender pelo exemplo, pela troca • Aprender praticando • Aprender a olhar, valorizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Conduta (responsabilidade) • Humanização da profissão

6.2 ESTUDO DA FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES

O objetivo do nosso trabalho é de encontrar apoio no que ocorre numa Residência Médica para aperfeiçoar uma Formação Continuada do professor que, já formado, deve defrontar-se com a realidade e com os problemas que só com a teoria não é capaz de resolver. Para analisar a situação de professores em formação continuada vamos considerar um programa que já se desenvolve há algum tempo e que trabalha com o cotidiano do professor na sala de aula. Trata-se do grupo Lumini, cujos resultados têm sido analisados e mostram uma formação razoavelmente bem sucedida; vários aspectos dessa formação já foram pesquisados e publicados em periódicos e apresentações em congressos (GIRCOREANO; 2008, SILVA; 2009, PACCA, VILLANI; 1995, 1996, VILLANI; PACCA, 1992a, 1992b). A tese de doutorado “Tirando o coelho da cartola – a atuação do formador em um programa de desenvolvimento profissional docente” de Anne L. Scarinci, defendida em 2010, com orientação da Dra. Jesuína L. A. Pacca traz um conteúdo que nos interessa retomar para a discussão que propomos neste nosso trabalho; a tese relaciona a atuação dos formadores e a interação com os aprendizes na Formação Continuada.

Para considerar que o Lumini para a Formação Continuada tem sido um programa bem sucedido, Scarinci aponta sua análise para três evidências: aprendizagem dos alunos, mudanças efetivas nas práticas de sala de aula dos professores participantes e aprimoramento da profissionalidade docente. A análise é empreendida num trabalho de campo exaustivo acompanhando acerca de dez professores, que são avaliados a partir de dados colhidos nos encontros regulares do grupo, durante dois anos (2007 e 2008) e de acompanhamento de todas as atividades do programa.

Nesse período em que frequentou continuamente as reuniões semanais, cada uma com duração de seis horas, foram colecionados, além das discussões gravadas

em áudio; os trabalhos e relatórios dos professores, registro das trocas de e-mails, entrevistas, e especialmente as transcrições de gravações em áudio e de notas de campo das reuniões.

A análise dos dados identificou, entre outros aspectos, três saberes e ações transversais que foram de fato objetivos implícitos estabelecidos pelo programa: a 'reflexão sobre a prática', o 'exercício da autonomia docente' e a 'compreensão da teoria construtivista'.

Reflexão sobre a prática

Para o grupo, aprender a refletir não se dá como em um processo bancário em que o formador declara para os professores o que é ser 'Professor Reflexivo', mas constitui um processo vivencial, acerca das questões reais que o afligem, enquanto professor de física na escola pública. O diálogo começa exatamente dessa motivação, o professor relata para o grupo (formador, outros professores e monitores) como foi sua aula. Na maioria das vezes o professor relata sobre suas dificuldades, o que representa para ele uma grande auto-exposição, por isso é fundamental que seja criado um clima de compromisso e confiança entre os participantes, criando um espaço favorável ao exercício do desenvolvimento profissional conjunto; nesse espaço o julgamento e condenação das ações do professor cedem lugar para as discussões construtivas e colaborativas. As experiências individuais e pessoais são apresentadas e discutidas entre os pares, acompanhadas pelo formador.

A autora organiza as discussões sobre as experiências individuais em três fases. A primeira, introdutória, apresenta a situação. A segunda, explanatória, busca interpretar os acontecimentos. E a terceira, conclusiva, busca ações concretas que podem ser tomadas.

- Fase I – Introdutória: nesta fase o professor relata sobre sua aula, particularmente sobre a situação que mais lhe foi significativa. Para que os

ouvintes possam compreender melhor o relato, faz-se necessário, especialmente nos primeiros encontros do ano, que o professor forneça elementos gerais sobre o cenário em que atua, como a localização da escola, o período da turma, o número de alunos, a interação com a coordenação etc. Os elementos mais pontuais sobre a aula em questão são apresentados a cada relato, como as propostas das atividades, o objetivo com elas e qual a dinâmica da aula; o foco da discussão está nos fatos realmente ocorridos, ou seja, se os objetivos foram alcançados; nas surpresas, tanto negativas, quanto positivas, que escaparam do planejado e no próprio parecer do autor da aula, ou seja, o relato deve trazer a realidade da aula na visão do professor, a partir desse resultado e das suas considerações, e seu planejamento, como pretende seguir.

- Fase II – Explanatória ou Interpretativa: nessa fase, com a intervenção dos outros participantes o objetivo é identificar a dificuldade real que está levando aos anseios do professor. Num diálogo muito parecido com o socrático, o formador vai fazendo perguntas não só para o professor que relata, mas, também para o grupo até que o problema real (por trás do manifesto) se torne claro para todos, mesmo que o formador inicialmente não o identifique explicitamente mesmo tendo compreendido a dificuldade. Como um iceberg, a parte que o professor relata é a parte visível fora da água, mas existe toda uma parte submersa, que precisa ser conhecida. A autora relata que alguns professores novatos no grupo não apresentam suas frustrações na Fase I, não só porque estão construindo uma relação de confiança, mas, e principalmente, porque concebem a aula centrada em suas ações. De modo que na Fase II uma das principais atuações do formador é a de ajudar o professor a olhar do ponto de vista do aluno, interpretando e avaliando a aula dada, para que o professor se munisse de ferramentas para uma ação mais fundamentada e capacitada. Perceber a existência de problemas nessa interação pedagógica é uma consequência.
- Fase III – Conclusiva: Uma vez identificado o problema na fase anterior, o objetivo da fase conclusiva é pensar objetivamente em caminhos possíveis,

para “correção da rota”. Os planos do professor são compatíveis com os objetivos e com o saber dos aprendizes? Qual era o eixo do planejamento? Dada esta situação e o contexto específico, o que pode ser feito? Uma discussão sobre as possibilidades pode dar subsídios para o professor repensar seu planejamento e suas ações...

Para manter esse diálogo que orienta o professor a refletir sobre a prática, algumas habilidades são importantes: escuta qualificada, atitude não diretiva, memória processual e o foco planejado para o ensino.

A escuta qualificada é a habilidade de ouvir atentamente os aprendizes para poder colocar-se no lugar dele, o que o ajudará também nas fases seguintes. De todas as habilidades, esta, em especial, é um dos maiores atributos para a prática do professor com seus alunos, a de controlar sua ansiedade e escutar atentamente aos alunos para conduzir uma aprendizagem significativa. Uma das professoras, sujeito de pesquisa da tese, conta que costumava falar junto com os alunos; logo que o estudante começava a se pronunciar ela assumia que já sabia do que se tratava. Este comportamento contraria uma atitude não diretiva, diante da fala do educando: a de escutar sem pré-julgamentos, sem adiantar o conteúdo do que poderá tratar a fala do outro. Ambas são habilidades particularmente importantes na primeira fase do diálogo.

A memória processual atua em duas escalas temporais: uma num âmbito micro, referindo-se ao que foi relatado naquele encontro, sobre o caso específico e outra no âmbito macro, que, incluindo a primeira, ajudará a compor o histórico do professor, suas atitudes, suas reflexões, os casos enfrentados etc. Tudo isso forma o *background* que auxilia o formador a entender a situação atual.

O grupo é de formação continuada, ou seja, com professores em formação; é comum nos primeiros encontros, na presença dos seus pares, ocorrerem momentos de desabafo e desapontamento com a situação da sua prática; o formador precisa estar atento para que esta situação dure pouco sem menosprezar essas questões. Por isso é importante alguma interferência para que algo aconteça; que os relatos

superem o período do desabafo e alcancem uma discussão proveitosa não só para o professor em questão, mas para todos os outros professores. Manter o foco durante o diálogo dentro de um grupo é uma habilidade importante a ser exibida pelo formador.

Exercício da autonomia docente

Scarinci deixa claro que a autonomia a que se refere não é a liberdade pela liberdade, e sim, o direito ao exercício de uma prática profissional responsável, quando se expressa:

Tomando o conceito de autonomia docente como intimamente ligado a uma atuação ética e responsável, tanto quanto fundamentada e competente, de um profissional da educação, percebemos a transversalidade do trabalho com essa dimensão da prática pelo programa que acompanhamos. (p.185)

Os cursos de formação docente pecam muitas vezes, por tratarem os professores como receptáculos vazios a serem preenchidos com teorias e conceitos pedagógicos e receitas de atividades para serem também depositadas nas aulas, levando as ideias inertes com pouca chance de serem implementados no ensino, a que as ações têm que ser direcionadas.

Partindo do pressuposto de que a construção da identidade profissional do professor se dá na própria atividade docente, os professores, no grupo, fazem suas próprias escolhas curriculares e de planejamento; somado o exercício de refletir sobre as ações que tomaram, as escolhas tornam-se mais conscientes e significativas, e conseqüentemente mais efetivas para conduzir o aprendizado do aluno.

No Lumini essa ideia se concretiza no planejamento, em que o professor, para o contexto em que se encontra, define objetivos e escolhe atividades para alcançá-los. E além dessa primeira elaboração por onde também passam os

planejamentos burocráticos (Pacca,1992) o formador acompanha o professor durante o ano letivo, não para engessá-lo, mas para orientá-lo e apontar para o objetivo que ele propôs ao planejar. Com o decorrer das aulas e da reflexão que o professor faz durante as mesmas, sozinho e posteriormente com o grupo, o planejamento vai ganhando outros significados e se reelaborando, aproximando-se cada vez mais do percurso da aprendizagem do aluno. Desse movimento primeiro surge dentro do grupo a necessidade de apoio teórico. E aí está uma situação que sinaliza uma condução dentro da quebra da racionalidade técnica. Não é a teoria que vem ditar a prática nem vice-versa; as duas em um movimento dialógico se significam.

Compreensão da teoria construtivista

A compreensão do professor acerca de uma teoria da aprendizagem de cunho construtivista deve levá-lo inevitavelmente a não se limitar aos seus conhecimentos técnicos e prescritivos. De fato, a inserção do aprendiz no processo da sua aprendizagem exige incursões em uma área da interação professor-aluno que extrapola a “racionalidade técnica” – o aluno, nessa concepção de aprendizagem, traz uma bagagem cognitiva geral ou mais específica do conteúdo a aprender e é a partir dela que ele pode construir um conhecimento novo. O grupo Lumini trabalha com essa perspectiva, podendo chegar aos enunciados mais “teóricos” do construtivismo em um movimento contrário, em que a prática vivenciada e discutida pode dar significado àqueles enunciados. Nos encontros do grupo a vivência coletiva traz os elementos dos quais a teoria pode emergir, orientada adequadamente pelo formador.

O aprendizado da teoria construtivista, como citado anteriormente, busca romper com a racionalidade técnica, que predomina, inclusive, no ensino de teorias da aprendizagem em que o formador discorre sobre elas para os professores; a partir da própria experiência. Em um movimento contrário (ao menos no início), no grupo, a teoria construtivista é significada a partir da vivência, “o formador realiza atividades em que ele trabalha as ideias dos professores e parte delas em direção

àqueles objetivos de ensino” (p.193) e é essa vivência coletiva inicial que permite a discussão teórica mais elaborada dessas ideias.

A abordagem da teoria dessa forma, demanda do formador duas competências: o conhecimento específico do conteúdo da disciplina e o exercício de exemplificar em ações coerentes (com o construtivismo), cujos conceitos ele deve transmitir aos professores aprendizes.

O conhecimento de física: o grupo é formado por professores que ministram aulas de física e as discussões giram em torno das práticas destes professores. Para que as essas discussões possam ser ainda mais significativas, a cada ano letivo os professores escolhem um tema comum da física a ser ensinada e analisada, e semanalmente cada professor relata o desenvolvimento das atividades desenvolvidas na sala de aula ao ensinar o conteúdo em foco. Assim, todos podem compreender o que o professor está apresentando e onde estão as dificuldades, muitas vezes comuns a todos.

Para que essa atividade seja significativa a questão em discussão foi originada na sala de aula, a partir do planejamento do professor. Para o coletivo do grupo, espera-se que também seja significativa – o fato de tratar de um conteúdo comum facilita o envolvimento de todos.

O conhecimento posto em prática: o formador procura sempre incentivar os professores a desenvolverem determinadas atitudes profissionais, como a de ter claros os objetivos para o planejamento e colocar-se na mediação do conhecimento com os alunos; em especial, não considerá-los como tábuas rasas, ouvindo o que eles já sabem, ou que acreditam saber, suas hipóteses etc.; seria incoerente se o formador quisesse incentivar essa postura e ele mesmo, numa situação de aprendizagem, não agisse de tal forma. Devemos notar que é interessante que o professor vivencia esse novo paradigma na posição de aprendiz.

Estudando a formação docente através da análise de Scarinci de um curso de FC pudemos compreender a atuação do formador em um programa de desenvolvimento profissional docente que se desenvolve no programa LUMINI de

formação continuada; a análise revelou que o grupo já parte de uma profissionalidade de seus participantes (ou seja, é um grupo que não poderia acontecer no âmbito da FI) e que desenvolve um expertise em determinadas atitudes profissionais que devem ser características da profissão. Tais atitudes são desenvolvidas na prática: tanto por meio da vivência (na convivência com o formador e monitores, que são parceiros mais experientes), como do exercício de concretizar ações coerentes com uma determinada concepção de ensino, com apoio do grupo. Os saberes e ações transversais, descritos por Scarinci, revelam balizas específicas da prática profissional docente, de acordo com a concepção do grupo. Nosso propósito é relacionar o programa da RM com o programa da FC.

7. CONCLUSÕES

São vários os resultados que encontramos ao relacionar os dois programas de formação após a graduação. De certo modo já era essa a nossa hipótese.

Não há um residente, que não tenha entrado em contato com algum médico em sua trajetória de vida. Ainda mais inconcebível é pensar um professor que nunca tenha tido aula, nunca tenha entrado em contato com uma outra pessoa com essa posição, de professor, enquanto ele tinha o de aluno. Nesses anos de imersão, ele já é iniciado nessa tradição escolar, por mais que na época ele não estivesse sendo preparado para a profissão. E as várias experiências, boas ou não, consciente ou inconscientemente formam a bagagem do profissional que ele será. Exatamente por sua experiência de vida ser um grande caldo de diversas práticas, durante a formação do médico/professor é importante que ele vivencie boas práticas, ou seja, práticas profissionais reconhecidas, com ótimos profissionais para construir uma concepção de medicina/educação mais sólida e menos calcada no senso comum.

Somos seres éticos, porque somos humanos. Médicos e professores por trabalharem com gente é que a retidão ética se faz ainda mais necessária, é esta “crítica permanente dos desvios fáceis” (FREIRE, 1996, p.33) que impulsiona a promoção da consciência crítica.

A relação entre os dois âmbitos de formação profissional mostra-se possível e interessante, primeiramente pelo contexto em que se forma: ambos os casos tratam de profissionais em serviço, ou seja, dentro de uma realidade presente (residente no hospital e professores na sala de aula). A partir dessa prática concreta emerge o diálogo com os pares, que enfrentam

uma realidade compartilhada e por isso vivem problemas e angústias semelhantes e o diálogo com um profissional experiente, que o respeitando como um profissional que ele é (visto que em ambos os casos, já são graduados) abre espaço para uma discussão de iguais, num diálogo focado, em que procurando construir conjuntamente um caminho, o escute com atenção.

Em ambas as formações, teoria e prática caminham juntas uma significando a outra, a fim de promoverem uma prática para além da racionalidade técnica. E para isso o profissional deve estar aberto para outras ideias, duvidando da sua.

Um dos objetivos do formador, é o estimular/incentivar o professor a ouvir seu aluno, e o convidando/levando o professor a deslocar a atenção no relato que faz sobre a sua própria atuação, para as manifestações do aluno. Esse movimento do formador com os professores novatos é muito parecido com o do assistente e os residentes novatos. O passo seguinte, é de fato, ouvir o aluno, as evidências de suas aprendizagens e as pistas para sua dificuldade estão em sua fala. Esta atenção para a fala do sujeito também aparece nos médicos, quanto a preocupação com a aprendizagem da anamnese (entrevista em que o profissional da saúde faz com o doente, traçando o histórico dos sintomas visando fazer o diagnóstico da doença). O médico assistente ressalta a importância dessa habilidade, que de acordo com ele, está se perdendo na cultura atual, em que o comum é fazer um grande pedido de exames; ressalta ainda que acredita ser um momento transitório. Provavelmente como acontece nos Estados Unidos, onde os médicos que solicitam muitos exames são cortados dos sistemas de saúde, o exame será solicitado para confirmar um diagnóstico e não apontá-lo a partir do resultado de vários exames, dentro da racionalidade técnica a que se refere Schön dentro da formação do professor.

Nesse sentido, Scarinci aponta a qualidade do diálogo entre o formador e o professor, em que o primeiro assume o papel de 'coach' (Schön, 2000) ajuda o segundo, a partir do que ouve sobre os problemas reais que enfrenta na sala de aula, a encontrar um caminho (ou mais) que apontem para uma solução. Da nossa análise na RM encontramos que a equipe formadora mostra-se acessível e principalmente orienta o residente quanto aos procedimentos seguintes, marcantes no relacionamento com o residente.

Os momentos da reflexão-na-ação (surpresa, reflexão, reformulação e experiência para testar hipóteses) aparecem claramente na fala dos médicos, no caso dos professores os momentos também aparecem mesmo que mais tecnicamente; a 'surpresa', em especial, é um movimento que requer do formador uma competência que surpreende os professores.

Eu sou uma entusiasta por chá/infusão, não só pelo sabor da bebida em si, mas dos aromas, da textura, de todo o ritual. Li de uma especialista sobre a importância de respeitar o chá, escutar e aprender com cada erva e cada experiência. Existem várias receitas para cada erva, você pode seguir a risca e obter uma boa infusão, mas se primeiro observar as folhas/flores sentir a textura e o aroma, com o tempo saberá como variar a receita tradicional para obter a melhor bebida possível com as ervas que você possui e a mais agradável ao seu paladar. A prática profissional também se constrói aos poucos, com a experiência e reflexão a partir desta, algumas aulas vão dar certo, outras não. Alguns diagnósticos poderiam ter sido mais precisos. O respeito por essas experiências constrói a melhor prática possível, diante das crenças, de cada profissional, sobre o que é educação (para o professor), ou uma pessoa saudável (para o médico) e o contexto em que se faz sua prática.

O assistente, na Residência Médica com toda a sua experiência profissional, possui um grande conhecimento-na-ação, que revela em suas

ações inteligentes; como na Formação Continuada o formador por seus anos de experiência docente. Ambos, diferentes de um livro ou uma aula expositiva, proporcionam ao jovem profissional desenvolver suas próprias ações e teorias advindas da experiência de viver um ambiente real, em que são responsáveis por suas ações numa prática menos solitária e mais colaborativa.

Aprender a tomar decisões é como uma pintura em degradê, o escuro vai se tornando claro a ponto de não conseguirmos distinguir claramente onde começa uma tonalidade e onde termina a outra.

Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém. Por outro lado, ninguém amadurece de repente, aos 25 anos. A gente vai amadurecendo todo dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre com data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade.

(FREIRE,1996, p.107)

Na residência médica, os educandos atendem os pacientes reais com a responsabilidade de que o diagnóstico feito por ele e o tratamento que seguirá, influenciarão diretamente o bem-estar do sujeito. No entanto, por mais que a influência seja direta, as ações dos residentes não são solitárias, porque são respaldadas por um médico experiente que direta ou indiretamente acompanha os casos. Esse acompanhamento não é da mesma intensidade ou natureza durante a RM, vai-se diluindo aos poucos, a medida que os residentes vão se assumindo como médicos autônomos e tomando decisões. Ou seja, os médicos vivem o ambiente real onde se exerce a medicina, que o obriga a tomar decisões profissionais, mas é também um ambiente controlado e por isso suas decisões estão amparadas pela presença e interação com o médico-professor.

Na formação continuada, os professores são profissionais em serviço, isto é, dão aulas em escolas regulares, responsáveis sobre o aprendizado de alunos reais, que na maioria não são fãs de física e têm grandes

defasagens. E diante dessa situação concreta, têm que tomar decisões sobre o que e como ensinar. No entanto, como os residentes, essas decisões não são tomadas pelo professor sozinho, mas são fruto de discussões com o formador e pares, que o ajudam a definir objetivos e estratégias e a refletir sobre o andamento das aulas, suas ações e o aprendizado do aluno, que é o objetivo último de qualquer professor. É no exercício diário, que os critérios vão ficando mais claros e o mecanismo de tomada de decisões mas refinado,

Talvez a maior característica do modo como o formador relaciona-se com o professor, e do assistente na visita a beira leito, seja o exemplo. A maneira como o formador conduz a aprendizagem construtivamente, mantendo a dialogicidade. E a maneira como o assistente interage com o paciente e os procedimentos que adota diante dos casos.

A pesquisa salienta a importância do conhecimento sobre física não só para os professores e especialmente para o formador, para que pudesse discutir sobre o conteúdo com os professores e conseqüentemente sobre a maneira que os professores abordam o conteúdo nas atividades. Nos médicos, nos parece impossível atender os pacientes específicos sem um conhecimento básico de neurologia. E este parece ser um dos motivos pelo qual os residentes mais admiram alguns assistentes, chamado-os até de 'luminares'.

Esta vivência é que proporciona segurança para quando os professores tentam atuar de maneira construtivista com seus alunos e para que o residente atenda os pacientes.

8. RECOMENDAÇÕES PARA A FC

A maioria dos cursos de formação fala sobre a importância do aluno vivenciar, no nosso caso, a física, a fazer experimentos, ver no cotidiano etc. Mas, os cursos de formação não levam a vivenciar a mudança de atitudes dos participantes.

Se o *ethos* da profissão se aprende vivendo a profissão, quando a gente deixa de ser aluno para ser professor? O diploma pode ser a prova legal, burocrática, mas o “ser” é verbo de ação, é vivo, e por isso se faz na prática. Esta não deve ser uma prática qualquer, vazia, sem sentido ou significado para o sujeito agente. Não pode ser uma prática docente que se engessa em apostilas, que preenche espaço, que se acomoda (ou é forçadamente acomodada) de acordo com regulamentos.

Tanto os professores como os residentes precisam preencher lacunas deixadas na formação inicial em relação aos conhecimentos específicos, mas o trabalho massivo está em formar o professor/médico confiante e competente, construindo atitudes reflexivas em cima dos casos concretos e reais para exercer sua profissão.

Consideramos que existem muitas semelhanças entre os dois programas de formação que estudamos, após a graduação dos profissionais médicos e dos profissionais professores.

O programa da FC dos professores era melhor conhecido e mostrava resultados bastante positivos, para o desenvolvimento profissional que levava a competência específica e autonomia para o professor conduziu a aprendizagem na sala de aula, dentro das condições reais que a escola atual impõe.

As propostas de uma “residência” para os professores, veiculada em alguns momentos entre os educadores, também nos parecia interessante. Mas não ficava claro em que moldes ela seria ou deveria ser implantada.

Com este trabalho pretendemos subsidiar as intenções anunciadas para planejar Residências Pedagógicas com conteúdos e estruturas adequadas para a formação devida, visando o conhecimento do professor e as condições reais de ensino no Brasil. O programa de FC estudado e sua relação com um programa de RM, bem sucedido e reconhecido pelos profissionais da medicina, parece trazer exemplos concretos de atividades e condução da aprendizagem.

Os nossos resultados indicam que por esse caminho poderemos desenvolver o que pode vir a ser chamada de residência pedagógica, uma formação continuada que encontra apoio no que ocorre na residência médica. Esses resultados também podem vir a colaborar com outras discussões sobre a formação em serviço, como o PIBID (Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência) e a proposta ‘Residência Educacional’ do governo do Estado de São Paulo.

9. REFERÊNCIAS

BACHESCHI, L. A.. A residência médica. In: Marcondes, Eduardo e Gonçalves, Ernesto Lima (coords). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

BEVILACQUA, R. G. Residência Médica: uma visão pluridimensional. In. ESTDOS FUNDAP. **Residência Médica**. São Paulo, 1984. p 40-43.

BLACKBOURN, J. M. *et al.* **Beyond Partner Schools and Professional Development Sites**. International Journal of Educational Reform, vol. 5, nº1, Jan 1996. p. 86 – 90.

BOGDAN, R. C., BINKLEN, S. K.. **Investigação Qualitativa em Educação**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BOURDIEU, P. **A força da representação**. In: A Economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer. São Paulo: EDUSP, 1996.

BRASIL. Decreto nº 80.481, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 set. 1977. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2011.

BRASIL, Decreto nº 91.364, de 21 de junho de 1985. Altera a redação do § 1º, do artigo 2º do Decreto nº 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, DF, 21 jun. 1985. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br> >. Acesso em: 17 jul. 2011.

BRASIL. **LEI No 6.932, DE 7 DE JULHO DE 1981**.. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providência. Brasília, em 07 de julho de 1981; 160º da Independência e 93º da República. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br> >. Acesso em: 17 jul. 2011.

BRASIL; Jornal do Senado. Educadora propõe regime de "Residência Pedagógica". 2011. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/>> acesso em 27/10/2012.

HONAWAR, V. **Aspiring Teachers Take up Residence**. Education Week, Out. 2008, nº 8, vol. 28, p. 28-31.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura)

GIRCOREANO, J.P. **Uma caracterização do diálogo significativo na sala de aula.** Tese (doutorado), São Paulo: USP, 2008.

LEE, R. E. *et al.* **Transforming Teacher Education: A Community-and School-Based “Residency” Model of Urban Teacher Preparation.** Evaluation Systems Publications. 2012. P. 96 – 118.

LÜDKE, M. ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas.** São Paulo: E.P.U., 1986.

LUMINI, Site do Grupo Lumini <http://fap.if.usp.br/~lumini/>

OLIVEIRA, D. A., JORGE, T. A. S. S., Carlos Alexandre Soares da. **Desempenho dos alunos e trabalho docente:** análise conjunta dos dois lados da mesma moeda. 35º Encontro Anual da Anpocs. GT06 – Desigualdade e estratificação social.

MINAYO, M. C. S., **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** – 12 ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

MARTINS, Luiz Antonio Nogueira. **Residência Médica: estresse e crescimento.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MORAES, I. N. Programa de Residência Médica. In. MORAES, I. N. **Formação do Médico.** São Paulo: Rocca, 1997. (p. 19-22)

MORAES, R. Mergulhos discursivos: análise textual qualitativa entendida como processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos. In: Gagliase MC, Freitas JV, organizadores. **Metodologias emergentes de pesquisa em educação ambiental.** Ijuí: Ed Unijuí; 2005. p. 85-114.

NEWMAN, K. **Teacher Training, Tailor-Made.** Education Next, vol. 9 nº 2. Spring 2009. p. 42 – 49.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar.** TRD. Patrícia Chittoni Ramos. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PACCA, J.L.A. **O profissional de educação e o significado do planejamento escolar: problemas dos programas de atualização.** Rev. Bras. Ens. Fís. v.14(1), 1992, 39-42.

PACCA, J.L.A. e VILLANI, A. **Estratégias de ensino e mudança conceitual na atualização de professores.** Rev. Bras. Ens. Fís. 14(4), p.222-129, 1995

PACCA, J.L.A. e VILLANI, A. **Um curso de actualización y câmbios conceptuales em professores de física.** Enseñanza de las ciências, 14(1), p.25-33, 1996.

PIAGET, J. e GREGCO, P. **Aprendizagem e conhecimento.** São Paulo

PIMENTA, S. G. Professor reflexivo: construindo uma crítica. In. Pimenta, S. G., GHEDIN, E. (orgs). **Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito.** São Paulo: Cortez, 2002.

PIMENTA, S. G. *et al* (orgs) **Professor reflexivo: gênese crítica de um conceito.** São Paulo: Cortez, 2002.

REED, U. C. R. **Neurologia: noções básicas sobre a especialidade** [online].

[acesso em 19 dezembro 2011]<<http://www.fm.usp.br/pdf/neurologia.pdf>>

RODRIGUES, M.I.R. e CARVALHO, A. M. P. **Professores-pesquisadores: reflexão e mudança metodológica no ensino de física – contexto da avaliação.** Ciência e Educação, v.8, nº1, p.39-53,2002.

SÃO PAULO. **Novo estágio para professores.** Diário Oficial do Estado de São Paulo. Vol. 122; Número 80. São Paulo, sexta-feira, 27 de abril de 2012.

SCARINCI, A. L. **Tirando o coelho da cartola: a atuação do formador em um programa de desenvolvimento profissional docente.** Tese (doutorado), São Paulo: USP, 2010.

SHAPIRO, I. **Doctor means teacher.** Academic Medicina, Vol 76, nº7/July 2001. p.711

SCHÖN, D. A. **Formar professores como profissionais reflexivos.** In. Nóvoa, António. (Ed.). Os professores e a sua formação. (pp. 79-91) Lisboa:D. Quixote. Uma primeira versão desse texto foi apresentada na 43ª Conferência Anual da ASCD (Boston, Massachusetts, 1988)

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem.** Trad. Roberto Cataldo Costa – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SHAKESPEAR, E.; BEARDSLEY, L.; NEWTON, A. **Preparing Urban Teachers: Uncovering Communities. A Community Curriculum for Interns and New Teachers.** Jobs for the future. Boston: 2003.

SILVA, E. L. **Ensinando e aprendendo em um programa de formação contínua – reflexos de um trabalho coletivo.** Tese(doutorado), São Paulo: USP, 2009.

URBAN TEACHER RESIDENCY UNITED. **Overview os Urban Teacher Residency.**

<http://www.utrunity.org/EE_assets/docs/Conceptual_Grounding-Core_Principles_final.pdf> Acesso em: 21 mai. 2012.

VILLANI, A. e PACCA, J. L. A. **Estratégia de ensino e mudança conceitual na atualização de professores.** Revista Brasileira de Ensino de Física, v.14 (4), pp. 222-228, 1992

VILLANI, A. e PACCA, J. L. A. Teoria e prática didática na atualização de professores de física. **Ver. Bras. Ens. Fís.** 14(2), p.113-119, 1992.

WIKIPEDIA

[acesso em 13 julho 2011]

<http://en.wikipedia.org/wiki/William_Stewart_Halsted>

ZEICHNER, K. M. **A formação reflexiva de professores:** ideias e práticas. Portugal: Educa, 1993.