

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação**

**Avaliação na educação médica: componente formativo em convergência ou
divergência com os desafios de transformação do ensino presentes nas
Diretrizes Curriculares Nacionais?**

Naiane Melissa Dartora Santos

Porto Alegre, junho de 2009.

Naiane Melissa Dartora Santos

Avaliação na educação médica: componente formativo em convergência ou divergência com os desafios de transformação do ensino presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Grupo Temático: Educação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre, junho de 2009.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Elizabeth Diefenthaler Krahe
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof. Dr. Giovanni Gurgel Aciole
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Dedico este trabalho aos que sonham com um ensino em saúde comprometido com a resolutividade das ações de cuidado prestadas em equipe no Sistema Único de Saúde e com a invenção cotidiana de práticas pautadas pelo real encontro com os usuários de nossas ações e serviços nesse setor.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Ricardo, que me ajudou neste percurso, enriquecendo de forma muito particular esta vivência. Muito obrigada pelo apoio, pela amizade construída, pela oportunidade de crescimento. Foi muito bom conviver com você!

Aos professores Elizabeth Diefenthaler Krahe, Alcindo Antônio Ferla e Cleoni Maria Barboza Fernandes, pela leitura crítica e preciosas sugestões à banca de qualificação de mestrado. Suas contribuições foram fundamentais para o seguimento do trabalho e complementação de leituras.

Aos professores que participaram como sujeitos desta pesquisa e que possibilitaram, antes de tudo, uma reflexão sobre nossas práticas e com os quais compartilho o desejo de realmente avançarmos no ensino dos nossos alunos. Obrigada pela disponibilidade.

A minha mãe, Liane, por toda a ajuda, pelo apoio incondicional, por sua presença nos momentos que necessitei (que não foram poucos) para a concretização desta meta. Muito obrigada por ser um exemplo para minha vida!

À minha família, que demonstrou apoio e compreensão durante esta trajetória.

Socorro

Socorro, não estou sentindo nada
Nem medo, nem calor, nem fogo
Não vai dar mais pra chorar, nem pra rir
Socorro, alguma alma, mesmo que penada
Me entregue suas penas
Já não sinto amor, nem dor, já não sinto nada
Socorro, alguém me dê um coração
Que esse já não bate, nem apanha
Por favor, uma emoção pequena
Qualquer coisa
Qualquer coisa que se sinta
Em tantos sentimentos
Deve ter algum que sirva
Socorro, alguma rua que me dê sentido
Em qualquer cruzamento, acostamento, encruzilhada
Socorro, eu já não sinto nada, nada

Cássia Eller (1996)
Composição: Arnaldo Antunes (música)/Alice Ruiz (poesia)

Resumo

Esta dissertação, em vista do projeto nacional de mudanças na graduação ensejado pelas atuais orientações curriculares à área da saúde, trata do processo avaliativo no ensino médico. Embora o foco seja na educação médica, possibilita transposição às outras áreas do conhecimento que, com a Medicina, compartilham do campo da educação em ciências da saúde. O trabalho de pesquisa se fez como um estudo de caso em um curso de Medicina, cuja mudança curricular relativa às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), atingiu o conjunto de suas turmas, independentemente do ano de ingresso dos alunos. O estudo de caso utilizou-se, então, das DCN e as mudanças curriculares no curso médico da Universidade de Caxias do Sul, estado do Rio Grande do Sul. O estudo toma o processo avaliativo como componente do processo formativo a ser focado e valorizado durante a educação médica. Explora, junto aos professores de Medicina, a presença – na avaliação – das habilidades e competências colocadas pelas DCN/Medicina e o seu desenvolvimento como perfil do egresso, escolhendo aquelas que sugerem maiores traços de mudança ao pensamento médico-hegemônico (liberal-privatista, orientado às doenças e na posição superior do profissional em relação ao trabalho na saúde). Se o modelo hegemônico de prática e ensino médico deve, segundo as DCN, mudar, pergunta-se se a sua reversão é objeto e objetivo de avaliação. Tendo como contexto as habilidades e competências arroladas como específicas, a pesquisa procurou considerar a intenção dos docentes em buscar a aproximação crítico-colaborativa com o sistema de saúde vigente no país, a integralidade no cuidado à saúde e a vivência e valorização do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Ciente de que o desenvolvimento destes aspectos coloca-se como diferencial do modelo hegemônico, este estudo se deparou com uma realidade de avaliação educativa que tem nos processos de desenvolvimento cognitivo e afetivo um processo de subjetivação inalterado e uma prática médica cristalizada. Ao perscrutar esta realidade em entrevista com docentes médicos, este estudo permitiu uma reflexão e uma tomada de consciência de que as mudanças colocadas pelas DCN geraram alterações na instituição de formação e no currículo (formato e conteúdos), mas não geraram os valores e rumos da mudança (seja no perfil do

egresso, seja na forma de praticar o cuidado em saúde), uma vez que não se expressam em estratégias avaliativas de sua aquisição ou desenvolvimento e nem avaliação do ensino ou institucional da educação médica. Aponta-se a avaliação como componente formativo e, nesse sentido, ela se faz mais em divergência que em sua convergência com as DCN/Medicina no que se refere a uma outra formação profissional em saúde, em ruptura com a racionalidade médico-hegemônica. O desafio, entretanto, foi lançado e o caminho já está anunciado, cabe a nós avançarmos por ele. A avaliação é o orientador qualificado dos percursos a fazer entre professores, com os alunos e na instituição.

Palavras-chave: Diretrizes Curriculares Nacionais, Avaliação em Educação, Educação Médica, Formação Profissional.

Abstract

This dissertation, regarding the national project for changings in graduation guided by the current curricular orientantions to the health field, is about the evaluative process in medical teaching. Although the focus is medical education, it is possible the transposition to other knowlegde areas that, including Medicine, share the field of education in health sciences. The research was developed with a case study in a Medicine school, in wich curricular changing due to National Curricular Guidelines (NCG) had reached all classes, regardless the year of students' admission. The case study considered the NCG and the curricular changings in the medical school of Caxias do Sul University, Rio Grande do Sul. The study has taken the evaluation as a component of the formative process that is focused and valued during medical education. It has explored, together with medicine teachers, the presence – in evaluation – of habilities and competences indicated by NCG/Medicine and its development in the graduated student profile, choosing among those witch suggest the most important changing points in the hegemonic medical thought (private-liberalist, disease-oriented and self-considering superior in the relationship with other workers). If the hegemonic medical practice and teaching model must change, as NCG says, it is asked if this changing is also the object and the aim of evaluation. Considering the context of habilities and competences listed as specific, the research tried to consider the teacher's intention in the search of critical-colaborative approximation with the current national health system, the integrity in health care and the experience with a multiprofessional and interdisciplinat team work, as well as its worthiness. Aware that the development of these aspects differs from the hegemonic model, this study has faced an educative evaluation reality that has in the cognitive and affective development process an unaffected subjective process and a crystalized medical practice. As we enter in this reality while interviewing medical teachers, the study has allowed a reflection and a consciousness awareness that the changings suggested by the NCG has created alterations in the educational institution and its curriculum (form and contents), but they hasn't created values and directions to these changings (graduated student profile, way of practicing health care), once that it doesn't express the evaluative

strategies to the development of the habilities nor the evaluation of teaching or of the institution of medical education. The evaluation is considered as a formative component and, likewise, it is diverging from the NCG/Medicine to promote the formation of a different health professional, disrupting with the medical hegemonic rationality. Therefore, the chalenge was made and the way was already announced, it is just up to us walk along it. The evaluation is the qualified guider to the ways to be walked by teachers, students and institution.

Keywords: National Curricular Guidelines, Educational Evaluation, Medical Education, Professional Formation.

Lista de Siglas

Abem – Associação Brasileira de Educação Médica

AprenderSUS – O Sistema Único Saúde e os Cursos de Graduação da Área Saúde: Política Nacional

APS – Atenção Primária à Saúde

CES – Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação

Cebes – Centro Brasileiros de Estudos sobre Saúde

CF – Constituição Federal Brasileira

CFM – Conselho Federal de Medicina

Cinaem – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CFE – Conselho Federal de Educação (transformado em CNE a partir da atual LDB)

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

Fnepas – Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

PPC – Projeto Pedagógico de Curso

Pró-Saúde – Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, do MS

SUS – Sistema Único de Saúde

UCS – Universidade de Caxias do Sul

UEM – Unidade de Ensino Médico, no curso de Medicina da UCS

Ufrgs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	14
Vivências com a avaliação: a caminhada da estudante à docente	19
Educação médica e as Diretrizes Curriculares Nacionais	26
<i>As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina</i>	<i>27</i>
<i>A reforma curricular em Medicina: o caso da Universidade de Caxias do Sul.....</i>	<i>39</i>
A avaliação como construção profissional.....	44
<i>As formas de avaliação no processo de ensinar.....</i>	<i>45</i>
<i>Dinâmica da avaliação e implicação de atores no curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul</i>	<i>58</i>
Avaliação como formação de perfil profissional	64
<i>O perfil profissional desejado pelos atores</i>	<i>65</i>
<i>As práticas constatadas pelos atores como processo de formação profissional ...</i>	<i>77</i>
Convergências e divergências na educação médica com relação às Diretrizes Curriculares Nacionais	91
<i>A avaliação como componente formativo</i>	<i>92</i>
<i>As subjetivações presentes no cotidiano: um nó crítico a ser desvelado</i>	<i>99</i>
Conclusões.....	105
Referências.....	108
Apêndices	113
<i>Apêndice I - Carta Convite</i>	<i>114</i>
<i>Apêndice II - Roteiro de entrevista para professores do colegiado do curso.....</i>	<i>115</i>
<i>Apêndice III - Roteiro de entrevista para professores do curso</i>	<i>117</i>
<i>Apêndice IV – Termo de consentimento livre e esclarecido</i>	<i>119</i>

Apresentação

Esta dissertação propõe-se a discutir a presença, na avaliação da aprendizagem durante o ensino médico, dos desígnios a esta formação segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em medicina. A discussão refere-se especificamente às “habilidades e competências” arroladas pelas DCN/Medicina como específicas ao perfil do egresso desta diplomação profissional. Trata-se de um estudo exploratório, sem a intenção de uma teoria para a avaliação na educação médica e distante de uma avaliação institucional como outros projetos, dissertações e teses já o fizeram, em especial a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem).

O foco da dissertação é a presença, na avaliação da aprendizagem, dos termos sugeridos pelas DCN/Medicina como perfil do recém-formado segundo a noção de habilidades e competências, isto é, segundo um perfil de capacidades profissionais, não segundo um percurso de conteúdos e cargas horárias ou demonstração em exames de apreensão cognitiva. Dito de outro modo, pretende a verificação da referenciação, pelos professores, de procedimentos de avaliação que considerem a tematização das DCN/Medicina ao exercício médico profissional. Uma vez que as DCN/Medicina são apresentadas em ruptura com a educação médica tradicional, fica evidente que uma avaliação do ensino precisaria estabelecer a mesma ruptura, buscando outro perfil à formação cognitiva e subjetiva. Independentemente de modalidades avaliativas, mais ou menos interessantes à formação, a pergunta recai sobre a inclusão ou não dos eixos previstos pelas DCN/Medicina como correspondentes ao perfil do profissional médico.

Como ponto de partida, considerou-se relevante a ressalva das DCN/Medicina de que o ensino de todas as habilidades e competências específicas devem contemplar o sistema de saúde vigente no País, a atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar de saúde e o atendimento integral à saúde, estabelecido em rede de atenção. Para isso, pautou-se interrogações sobre o trabalho com outras categorias profissionais, a política e o planejamento em saúde, a promoção e proteção da saúde, a comunicação e educação com usuários, a análise do mercado de trabalho e a abordagem integral do processo

saúde-doença. Embasada nesta *pauta*, busquei saber se a mesma configura agenda do ensino e se, em contra-partida, configura agenda da avaliação de resultados desse ensino.

Para o estudo exploratório, escolhi a Universidade de Caxias do Sul (UCS), universidade onde me formei como médica e onde leciono na graduação em medicina e exerço a preceptoria de residentes médicos em Medicina de Família e Comunidade. Esta Universidade apresenta uma história recente de transformação do ensino médico, referenciada nas acumulações da Cinaem, na implantação das DCN/Medicina e na participação em debates nacionais de educação médica promovidos pela Associação Brasileira de Educação Médica, tendo participado de Editais nacionais de mudança na graduação em medicina, como o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, dirigido aos cursos de graduação em Medicina, com o qual foi contemplada em 2005.

Sabe-se que o modelo hegemônico na educação médica tem enfoque na clínica das doenças, com caráter individualista e biologicista, está centrado no papel do médico como detentor de saber superior e dominante do campo da saúde e onde o planejamento e gestão setorial se desdobram apenas dos fazeres da epidemiologia de sistemas e serviços, logo, as habilidades e competências a serem desenvolvidas e, portanto, avaliadas pelas instituições formadoras se colocam em desafio e sob aspectos que exigem reformulações no ensino para serem alcançadas com sucesso. O estudo utiliza o processo avaliativo como uma forma de identificar a valorização de aspectos presentes no ambiente de ensino-aprendizagem (formação cognitiva e subjetiva) pela prática docente.

A metodologia utilizada foi de pesquisa qualitativa; os atores do estudo são médicos, professores do curso, sendo a coleta de dados realizada por meio de entrevista, utilizando-se um roteiro com perguntas abertas. As entrevistas foram analisadas e agrupadas de acordo com as respostas. Além de possibilitar uma reflexão e análise sobre as práticas utilizadas no cotidiano de ensino, o estudo permitiu, no próprio momento da coleta de dados, que os atores pudessem avaliar a sua ação didática.

A dissertação está apresentada fora de padrões tradicionais em estudos monográficos, se compõe por quatro capítulos antecidos por minhas “vivências com a avaliação: a caminhada da estudante à docente” e encerrados por uma sessão de conclusões. Os quatro capítulos são: “Educação médica e as Diretrizes Curriculares Nacionais”, onde situo as DCN/Medicina que darão suporte para a pesquisa e a justificam e situo a universidade “caso do estudo”; “A avaliação como construção profissional”, em que problematizo as formas da avaliação nos processos de ensinar, bem como coloco a dinâmica da avaliação e implicação de atores no curso de Medicina da UCS, tendo em vista anunciar o percurso metodológico; “Avaliação como formação de perfil profissional”, que me permite aportar os dados coletados, mediante a organização de uma entrada pelo perfil profissional desejado pelos atores e outra pelas práticas constatadas pelos atores como processo de formação profissional; por fim, então, as “Convergências e divergências na educação médica com as Diretrizes Curriculares Nacionais”, que dão título e mote à dissertação, apresentadas com o desafio da avaliação como componente formativo e as subjetivações presentes no cotidiano, estas um nó crítico a ser desvelado, posto que formadoras dos modos de agir, pensar e sentir.

O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, sendo aprovada a sua realização pelo Ofício CEP/UCS de nº 057, de 03 de julho de 2008. A pesquisa foi realizada seguindo as considerações recomendadas pela Resolução 196, da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa. Todos os entrevistados foram esclarecidos a respeito dos objetivos da pesquisa e informados a respeito do sigilo das informações e do seu direito de modificar ou retirar a sua participação no estudo a qualquer momento.

A pesquisa integra estudos do mestrado em educação e teve por objetivo analisar aspectos da avaliação na formação médica, tomando como caso o Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, Estado do Rio Grande do Sul. De maneira ampliada, espera-se fornecer subsídios aos docentes e gestores do ensino médico para o avanço da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em sua contrapartida à implementação do Sistema Único de Saúde. Os dados sistematizados oferecem suporte para introdução de práticas avaliativas que favoreçam o mais adequado desenvolvimento das habilidades e

competências profissionais presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais como específicas para egressos de graduação em medicina, mas que não distam das demais profissões atuantes em equipe na área do cuidado em sistemas e serviços de saúde.

Vivências com a avaliação: a caminhada da estudante à docente

Quando lembro da minha formação em Medicina, vêm na minha memória muitos momentos da minha avaliação, pois era ela que dizia a todos (professores, colegas, amigos e família) que tipo de médica eu seria. Boas notas: ah, eu seria uma boa médica! Más notas, eu seria uma médica ruim. Esse era um pensamento simplista, entretanto, ainda generaliza e categoriza os estudantes em formação e atesta o mérito da avaliação. Dentre os momentos de avaliação que vivi, houve alguns muito marcantes, que até hoje se refletem no meu fazer e no meu ser médica. Acho que alguns destes momentos devem ser descritos para que se possa entender a que tipo de situação submetemos e somos submetidos durante a formação acadêmica e que me surgem como questionamento ao realizar esta reflexão: o que na verdade está em avaliação na formação e o que queremos realmente avaliar nos alunos?

Relembrando a minha trajetória como estudante, recordo do primeiro semestre do curso de Medicina. Neste semestre, o grande *terror* era a avaliação de anatomia. Era uma prova individual, com perguntas orais e práticas realizadas no necrotério e, para completar o cenário, a prova acontecia à noite. Claro que todo esse contexto impressionava a todos os iniciantes no curso. Era como se esse ritual marcasse realmente a nossa entrada no curso, na verdade o ingresso em uma área específica de conhecimento, vista como privilegiada. Para *justificarmos* esses privilégios tínhamos que ter sacrifícios, tínhamos que passar por situações de estresse, de cobrança, situações *particulares ao estudante de Medicina*. Hoje, a leitura que faço deste *ritual* é a de que ali já nos estava sendo *incutido* o modelo hegemônico, uma mensagem implícita de que o nosso conhecimento era um conhecimento diferenciado, o que nos seria *cobrado* era um saber que só cabia à nossa profissão, o *saber médico*. Vale ressaltar que outros cursos utilizavam o necrotério, como o de Enfermagem, mas as provas eram apenas práticas, realizadas em duplas e durante o dia! Os professores eram outros e, segundo nos informavam, não poderiam ser os mesmos que ministravam aulas para a Medicina: o saber médico é apenas para os médicos! O que me pergunto, hoje, é o que o estudante de Medicina deve saber de anatomia no primeiro semestre do curso que é tão singularmente diverso daquilo que há de anatomia para ensinar em Enfermagem ou Educação Física! Escapar dessa subjetivação decorre das oportunidades fragmentárias que permeiam quaisquer processos hegemônicos, como *linhas de*

fuga.

Desde os primeiros dias de aula, já tínhamos conhecimento sobre a prova de anatomia e de como ela era difícil. Contava-se casos de estudantes que tinham chorado durante a prova oral, de professores atirando pinças nos estudantes e outras coisas mais, claro que isso aumentava a nossa ansiedade, que era crescente durante o transcorrer do semestre. Com todo este *entorno* da disciplina, ninguém faltava às aulas de anatomia, todos prestavam atenção, quase todos freqüentavam mais de uma aula prática semanal (embora a obrigação fosse de apenas uma por semana) e passávamos horas no necrotério, estudando os cadáveres, dissecando, repetindo, decorando. Tudo isso para que no *fatídico* dia da prova oral, nós nos saíssemos bem, para que a nossa nota fosse boa, para que não fôssemos reprovados e para que mostrássemos a todos da nossa turma e aos nossos familiares o quanto éramos inteligentes, capazes e principalmente o quanto éramos *bons médicos*, pois tínhamos passado por toda aquela pressão e tínhamos *sobrevivido*: estávamos, enfim, aptos para nos tornarmos médicos.

Questiono-me sobre o quanto isso me ajudou ou me ajuda a ser a profissional que sou hoje, o quanto esta situação e tantas outras vividas durante a minha formação contribuíram ao meu fazer como médica e como professora. Tento encontrar momentos em que não houve cobrança de saber técnico e sim compreensão, apoio e solidariedade na relação que estabeleci com meus professores. Lembro de algumas situações em que a relação que o professor estabelecia com os usuários era de carinho e afeto, ali se inscrevendo sua técnica. Estas lembranças me acalentam um pouco.

É impossível não relatar um acontecimento que me marcou muito e repercutiu até hoje tanto na minha relação com meus alunos quanto com meus pacientes. Foi no terceiro ano da graduação, na disciplina de semiologia. Esta disciplina era a que introduzia o contato com o paciente, nela é que iniciávamos a *clínica*, a avaliação era feita com uma prova teórica na metade do semestre e com uma prova oral ao final. Na madrugada do dia da prova oral houve o falecimento de um tio muito próximo, meu padrinho de batismo, pessoa que eu considerava como segundo pai. Passei a noite no velório, me sentia muito triste e também mobilizada emocionalmente, mas na hora da prova compareci para realizá-la, expliquei para a

professora o que tinha acontecido e solicitei se poderia realizar a prova oral em outro momento, pois achava que não estaria em condições de responder à prova oral. A resposta que obtive foi a de que a prova seria realizada naquele momento, assim estava programado e esta era a minha tarefa. Com meu padrinho na cabeça e no coração, tentei responder as questões orais que me eram solicitadas, estava frágil e o resultado da prova oral foi a minha reprovação na disciplina. Impressiona-me como, 15 anos depois, lembrar desde fato ainda me faz sentir desamparada. Num momento em que eu precisava de apoio, de compreensão, o que houve foi a cobrança de um saber e postura técnicas, completamente descontextualizados de como eu me sentia e de qual inserção me era possível naquele momento. Este fato me faz pensar e me ajuda a lembrar que cada estudante tem uma história, tem inscrições, situações ou acontecimentos de vida que ocorrem durante a sua formação, onde talvez o mais importante para a sua educação como médico, como alguém que deve embasar seu fazer em atos de cuidado, seja se sentir cuidado pelas pessoas que estão contribuindo com a sua formação, porque esses oferecem parâmetros e estão definindo um fazer profissional, um *estilo* de pensar e agir.

As situações vividas na formação se interrelacionam, as aulas teóricas, os atendimentos e as avaliações refletem um pensar e um agir em saúde. Como podemos querer que os alunos estabeleçam uma relação de confiança, de afeto, de compreensão e empatia com os usuários de suas ações profissionais se não oferecermos estas formas de relação durante a formação e não as incluímos na avaliação? Como é possível que os alunos ofereçam aos seus pacientes tempo, consideração e autonomia se eles não receberam nada disso durante a sua formação? Eles serão muito bons em prestar técnica e ciência, pois para isso foram *treinados*. Acredito que os médicos profissionais que hoje oferecem aos seus pacientes, além de técnica, uma escuta alargada, paciência e gestos de acolhimento, também aprenderam isso em algum lugar de sua formação, seja ela pessoal, familiar ou acadêmica e foram positivamente avaliados por isso.

Exemplifiquei o componente mais próximo do que chamamos por clínica, a relação médico-paciente, uma vez que no discurso hegemônico o que difere o médico de outros profissionais de saúde é a sua capacidade de interpretar o corpo humano na harmonia e desarmonia de seus órgãos, escutar seus *ruídos* e

proporcionar-lhes a possível homeostase. Se no dia da prova oral de semiologia em que fui reprovada meu coração estava disrítmico, minha respiração estava dispnéica e minha pressão arterial hipotensa, a recuperação do bem estar de meu coração, pulmão e vasos poderia ter sido a escuta de uma voz docente que me dissesse *fique aqui um pouco comigo hoje, amanhã fazemos a prova*.

A minha interlocução com o ensino, o outro lado, o da docência, iniciou há 7 anos, inicialmente junto à Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Hospital Geral de Caxias da Sul, hospital de ensino da Universidade de Caxias do Sul, atuando como preceptora de especialidade. Percebi o quanto estava em mim o desejo de ser professora, de poder ensinar e estar em contato com alunos. Há 5 anos ingressei no ensino de graduação, sendo professora na supervisão em cenário de práticas (atividades de ensino em campo) com alunos do terceiro semestre do curso de medicina, junto à Unidade de Ensino Médico de Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta nova forma de ser médica, pois que, nenhum médico se prepara exatamente para ser professor, dei-me conta do quanto a minha formação, os meus professores, estavam presentes em mim.

As atividades práticas permitem que o professor se coloque (ele próprio) como uma *ferramenta* de ensino, possibilitando que teoria e prática se juntem/acoplem num determinado modo de ser médico e fazer saúde. Este exercício, de “colocar-se em observação” e de “explicar e justificar” atos e fatos embasados em “modos de praticar” que intencionam a integralidade no cuidado à saúde, um sistema de saúde realmente universal e equânime e o compartilhamento horizontal entre colegas das várias profissões e níveis de escolaridade, permitiu-me que eu tivesse clareza em saber exatamente o que eu queria que meus alunos vissem em mim.

Há 2 anos passei a dar aulas teóricas, atuando em sala de aula junto ao terceiro e quarto semestres do curso médico. Esta nova realidade apresentou outros desafios: inéditos. Como “tocar” os alunos num ambiente tão “frio” como é a sala de aula, sem usuários, famílias, vizinhança, histórias concretas (pega ali o prontuário... lembra aquela paciente... sobre isso, aproveitamos para conversar com o fulano que retorna hoje às...) de atendimento. Ao mesmo tempo, me sentia em uma competição. Os alunos disputavam tempo de dedicação e ocupação do pensamento

para outras disciplinas, como Fisiologia e Semiologia no terceiro semestre e as várias clínicas no quarto semestre. Há 1 ano passei a ser, também, preceptora de estágio no Internato em Saúde Coletiva, onde tenho alunos do nono, décimo, décimo primeiro e décimo segundo semestres do curso, uma outra realidade. Esta nova realidade com que me deparei, exigiu de mim novas abordagens, pois o imaginário de prática médica com que os estudantes chegam está consolidado em experiências do curso e na identificação com docentes, configurando um grande obstáculo ao compartilhamento com as noções que apresento, ponho em roda ou problematizo, é como um diálogo entre estrangeiros que não desejam o risco da imigração. Em todas estas “entradas” eu me deparo com o tema da avaliação: exatamente o quê eu desejo avaliar nos meus alunos? Que habilidades realmente eu estou buscando no processo avaliativo que utilizo? Por meio da avaliação, demovo imaginários? Abro novos? Afinal o que os estudantes consideram relevante é aquilo que lhes foi inculcado nas avaliações que vieram recebendo? Essas avaliações são resultado das práticas docentes individuais ou das práticas docentes do curso de medicina? O curso tem direção para as práticas docentes?

Como professora, passo pelas qualificações docentes e apreendo sobre métodos e sentidos da avaliação, mas não me ocorria que a avaliação deveria ter sentido relativo às metas da educação médica como política pública nacional. As tarefas dessa educação, me parecem, não estão na avaliação, seja ela tradicional, democrática, autoritária, participativa, opressiva, emancipadora etc.. Onde aprendemos prática médica na formação? Saber que fatores emocionais interferem na fisiologia dos órgãos aprendemos em todos os livros, mas praticar a Medicina: como aprendemos? Praticar a Medicina, exercer a clínica, resume-se à relação médico-paciente? Onde aprendemos que os corpos humanos possuem história, inscrições e acontecimentos de vida? Quais dessas circunstâncias estão presentes na avaliação da formação profissional ou na avaliação que forma profissionais de Medicina, profissionais de saúde? A relação médico-paciente é relação um-um? Sempre? De onde surgiria a percepção de uma educação em saúde, a perspectiva coletiva da prática médica, a inscrição da prática médica na saúde coletiva? Saúde não é ausência de doenças, aprendem os alunos de Medicina nas aulas teóricas; também aprendem nas aulas práticas?

A aprendizagem *clínica* de que saúde não é ausência de doença é objeto de avaliação? No que se inscrevem saúde, doença e prática médica? Podemos oferecer essa pergunta à avaliação que fazemos? Pois bem, quero *pontuar* essa pergunta diante de um curso de Medicina. A mesma instituição em que me formei, mas sob um currículo novo, resultante de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que se orientam pela construção de capacidades para a atenção integral, o trabalho em equipe e a apropriação do sistema de saúde. Para pontuar essa pergunta, um estudo exploratório sobre a avaliação na educação médica, um estudo de caso em uma universidade do sul do país, a tematização sobre a avaliação no ensino-aprendizagem de Medicina no tocante àquilo que deve contemplar o conjunto de competências e habilidades específicas do egresso do curso de graduação em Medicina, conforme as suas DCN. Às competências e habilidades específicas do perfil do egresso em Medicina, um Parágrafo Único agrega que devem contemplar o sistema de saúde do nosso país, a atenção integral e em rede e o trabalho realizado em equipe de saúde.

Educação médica e as Diretrizes Curriculares Nacionais

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina

As lutas, no Brasil, por uma Reforma Sanitária incentivaram o acúmulo de ações propositivas no campo da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores, convertendo-se as mesmas em movimentos sociais de mudança na educação dos profissionais de saúde. Estes movimentos acabaram por envolver o Conselho Nacional de Saúde na disputa pela mudança dos perfis profissionais, fundamental para que a definição das novas diretrizes curriculares nacionais correspondessem às necessidades reconhecidas como relevantes ao sistema de saúde do País e à população (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

A necessidade de mudança na formação médica surge da necessidade de reversão das recomendações do mais memorável relatório de avaliação do ensino realizado no âmbito da saúde, que foi o Relatório Flexner. O Relatório Flexner representa a estratégia inaugural da avaliação institucional do ensino, empreendida no âmbito da educação médica nos Estados Unidos e Canadá, em 1910, pela Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino (Pagliosa e Da Ros, 2008). As recomendações do Relatório Flexner podem ser tomadas como *padrão* e qualquer estratégia de reversão de seu modelo de ensino como *mudança*.

O reconhecimento da necessidade de mudança no curso médico ganhou evidência em outro movimento de avaliação do ensino, realizado no Brasil, promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), entre os anos de 1990 e 2000, constitutivo da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). Dentro da política nacional de educação, houve um outro movimento, este relacionado à necessidade de uma pedagogia universitária em ruptura com a noção de currículo mínimo pela noção de diretrizes ao currículo. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no caso da saúde, foram resultantes de audiências públicas do Conselho Nacional de Educação (CNE) com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Convocadas em 1997, depois de muitas controvérsias sobre o método, até 2004 estavam aprovadas as DCN de um grupo de profissões reunidas em Edital como do segmento das Ciências Biológicas e da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde, entretanto, aprovou em 2003, uma política do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento para o setor designada como *caminhos para a educação permanente em saúde* (Resolução CNS nº 335, de 25 de

novembro de 2003). Chegamos em 2009 com o registro de acúmulos da Cinaem, refletindo, a partir de 2000, a necessidade de estabelecimento de diretrizes à educação médica; o debate e aprovação das diretrizes curriculares nacionais indicadas à educação médica, a partir de 2002, e a indicação pelo sistema de saúde de estratégias de aproximação com o ensino pela construção da *educação permanente em saúde*, a partir de 2003 (entenda-se a *educação permanente em saúde* como “íntima integração ensino-serviço-gestão-cidadania”, conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde).

Dos desafios iniciados e iniciativas consolidadas em 1990, a Abem, em 1991, junto com o Conselho Federal de Medicina (CFM), constituiu, com mais nove instituições relacionadas à profissão ou ao exercício profissional em saúde, a Cinaem. A composição da Cinaem contava com a representação de docentes e estudantes de Medicina, entidades médicas, universidades e gestores do sistema de saúde, inovando pelo protagonismo dos estudantes e pela interlocução com os gestores do Sistema Único de Saúde (Ceccim e Capozzolo, 2004, p. 352).

A Cinaem foi coordenada pela Abem e secretariada pelo CFM e realizou, por mais de uma década, um processo de diagnóstico da formação médica no país, demonstrando a força corporativa do interesse de avaliar o ensino nas escolas médicas brasileiras (Maia, 2004). A Cinaem desenvolveu um projeto que em sua primeira fase buscou uma aproximação com o perfil das escolas médicas brasileiras por meio de um Protocolo de Avaliação das Escolas Médicas, elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e modificado pela Cinaem. Na segunda fase, foram estudados três segmentos sinalizados na primeira fase: o médico formado, o corpo docente e o modelo pedagógico. Nesta segunda fase, que se constituía de uma pesquisa-ação, foram realizadas oficinas de trabalho para o treinamento de docentes e discentes das escolas médicas participantes.

Em 1997, um relatório dos resultados do trabalho foi entregue aos ministros da Educação e da Saúde, constituindo um marco importante das escolas médicas, junto com a corporação médica e instituições de ensino superior (Lampert, 2004, p. 248). Este relatório continha propostas de transformação das escolas, principalmente voltadas para cinco aspectos: a gestão; a docência médica profissionalizada; o processo de formação; a avaliação discente e a avaliação do

processo de formação propriamente dito (Maia, 2004, p. 124).

Em 1998, foi anunciada uma terceira fase da Cinaem, denominada Transformação do Ensino Médico no Brasil, que não teve uma produção avaliativa publicada, mas, como resultado de seus estudos, um conjunto de influências para o ensino médico, numerosas informações sobre a realidade dos cursos de graduação e o acúmulo de uma teoria da educação dos profissionais de saúde centrada nas necessidades de saúde da população e em ruptura com o pensamento médico-hegemônico (Ceccim e Capozzolo, 2004, p. 353).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde foram aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002, as primeiras foram de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia. Afirmaram que a formação do profissional de saúde deveria contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. As DCN constituem uma orientação político-educacional nacional, definem que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com as gerações futuras e com a sua própria educação. Para isso, o profissional deve ser dotado de conhecimentos e capacidades para a Educação Permanente, pois todos somos profissionais sob aprendizagem.

A Constituição Federal Brasileira firmou que as ações e os serviços de saúde, ao se constituírem por um sistema único, integram uma rede que deve ser organizada segundo três diretrizes, uma delas o atendimento integral (Ceccim e Feuerwerker, 2004), que toca ao exercício propriamente dito das profissões de saúde. Especificamente em relação aos trabalhadores para o setor da saúde, a Constituição Federal determina que cabe ao SUS ordenar a formação dos trabalhadores deste setor. Na Lei Orgânica da Saúde, o título relativo aos *recursos humanos* assevera que a política para os trabalhadores da área deve cumprir o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

As DCN e as determinações constitucionais ao setor da saúde configuram

instrumentos técnicos, políticos e legais que propõem a mediação entre o Sistema Único de Saúde e os currículos de graduação em saúde. Diversas políticas nacionais buscam induzir processos de mudança na formação dos profissionais de saúde. As normas legais de direção da mudança, para a formação médica, estão colocadas principalmente no Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001, e na Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001.

O Parecer CNE/CES nº 1.133/2001 relata a história relacionada ao quadro normativo das mudanças para o ensino de graduação na saúde a partir dos principais marcos legais e recomendativos da saúde (Constituição Brasileira, Leis Orgânicas da Saúde, Relatórios Finais das Conferências de Saúde, Leis do Exercício Profissional em Saúde) e da educação (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Plano Nacional de Educação, jurisprudências do CNE e do MEC), bem como documentos básicos de ambas as áreas. A importância desse histórico é o reconhecimento explícito de uma articulação entre as duas áreas, inédito na história nacional.

A proposição de diretrizes curriculares como estratégia de orientação das mudanças no ensino está colocada no Parecer da seguinte forma:

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (Parecer CNE/CES nº 1.133).

O Parecer coloca a necessidade das instituições de ensino saírem das propostas que definem conteúdos e modelos ideais e rígidos na formação. O desafio é permitir aos professores, alunos e instituições de ensino que inventem formas diferentes de implementação da formação estabelecendo metas de desenvolvimento profissional (“competências e habilidades”) diferentemente do percurso formal de um

currículo que apenas atesta o cumprimento dos créditos acadêmicos do curso por parte do aluno, não necessariamente seu *aprendizado*.

Os princípios definidos no Parecer CNE/CES nº 1.133 para a elaboração das diretrizes curriculares foram colocados da seguinte forma:

- assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando, ao máximo, a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. A CES, baseada neste princípio, admite a definição de percentuais da carga horária para os estágios curriculares nas Diretrizes Curriculares da Saúde;
- evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional;
- encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

A análise destes princípios permite verificar que o que está colocado é uma mudança principalmente no que diz respeito ao modo de ensinar e aprender, quer dizer, a mudança diz respeito à própria pedagogia universitária e, como conseqüência, aos modos de avaliar a aprendizagem, pois ao se ensinar e se aprender de forma diversa, utilizando-se o referencial das competências e não do currículo e com o estímulo à autonomia intelectual e profissional, a forma de avaliar,

de constatar e acompanhar a aprendizagem, também deve ser diversa da utilizada anteriormente. Trata-se de construir, durante o ensino, práticas de dar voz aos alunos no seu próprio processo de construção pessoal e profissional, com intermédio do professor. Espera-se que o aluno desenvolva durante o seu processo de formação as características desejadas pela sociedade para o trabalhador em saúde, principalmente, pela interferência recíproca entre área do ensino e área da saúde. As DCN buscam reformar a articulação entre a Educação Superior e o Sistema de Saúde, com o objetivo de produzir uma:

formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade (Parecer CNE/CES nº 1.133).

O Parecer CNE/CES nº 1.133 ainda registra o conceito ampliado de saúde e transcreve as diretrizes e alguns princípios do Sistema Único de Saúde:

- A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988);
- As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (Artigo 198 da Constituição Federal de 1988):
 - I - descentralização;
 - II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III - participação da comunidade.
- O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (Artigo 4º, da Lei 8.080/90). Parágrafo 2º deste Artigo: A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde, em caráter complementar.
- São objetivos do Sistema Único de Saúde (Artigo 5º, da Lei 8.080/90):
 - I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II – a formulação de política de saúde;

III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

- As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (Artigo 7º, da Lei 8.080/90):

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

O Parecer estabelece os objetos das diretrizes para os cursos da área da saúde:

- permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira;
- levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

As DCN (2001) estabelecem o perfil do formando (perfil do egresso / perfil do profissional médico desejado):

com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Resolução CNE/CES nº 4/2001).

As DCN levantam diversos pontos a serem trabalhados, direcionados para a mudança na educação na saúde. Quer dizer, uma necessidade dos cursos e universidades reverem suas posturas e os próprios currículos. Não se trata de uma mudança na grade curricular e na disposição das disciplinas, embora isso faça parte destas mudanças, mas se trata de uma mudança de concepção a respeito do que é saúde, a valorização do saber do usuário (“paciente”) sobre si mesmo e o estímulo a sua autonomia e responsabilização dos profissionais e serviços com a resolutividade da atenção. Trata-se de conhecer realmente as pessoas que se vai atender, suas vidas, suas casas, seu ambiente familiar, seus desejos, sonhos e decepções. Trata-se de possibilitar uma vivência, durante a formação, de um trabalho em equipe, de se colocar em diferentes e diversos espaços de práticas e saberes atuando de forma conjunta, contribuindo para o andar a vida com saúde para indivíduos e populações. Trata-se de conhecer o SUS (sistema de saúde vigente no país), saber da sua história e de se comprometer com ele.

A Resolução CNE/CES nº 4/2001 define quais as competências e habilidades a serem desenvolvidas durante a formação médica:

Art. 5º. A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - exercer a Medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do

médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Ao olharmos detalhadamente para estas competências e habilidades ficam claras as mudanças que o processo de ensino, a organização curricular e os métodos utilizados na avaliação devam encaminhar. Essas mudanças distam da educação médica tradicional (ainda atual). Podemos perguntar em que momentos da formação atual o aluno está exposto ao contato com grupos sociais e processos coletivos, diferentemente do contato com o usuário em atendimento individual. Podemos perguntar em que momentos o estudante de Medicina é colocado como membro de uma equipe de saúde, não como membro da *equipe médica*, que é o que ocorre em discussões de caso ou *rounds* à beira do leito (prática nascida no século XVIII como parte do Poder Disciplinar e ainda hoje utilizada, principalmente, na rotina dos hospitais sem qualquer indagação sobre o saber-poder que preserva).

Como pontos divergentes da educação médica tradicional, centrada na clínica das doenças, pode-se apontar as questões que se referem a *lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde; ter disposição para atuar em atividades de política e planejamento em saúde e ainda manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde*. Conforme nos alertam Stella e Batista (2004, p. 326) são competências que para serem desenvolvidas demandam novas formas e cenários para a formação médica. Outras competências como *considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência* são aspectos dificilmente vivenciados e explorados durante a educação médica pelos alunos. É nesta direção que temos que avançar, com o objetivo de realmente colocar as DCN como orientação do ensino médico.

O processo de construção e homologação das DCN para os cursos de graduação em Medicina teve um papel fundamental no movimento de construção de um novo modelo de assistência em saúde, que tem como eixos centrais a integralidade, o trabalho em equipe e o Sistema Único de Saúde. A implementação das mudanças se utiliza de dispositivos que pretendem aproximar as instituições de ensino, os serviços de assistência e a população, bem como comprometer os

Ministérios da Saúde e da Educação com políticas públicas que avancem nessa direção.

Um exemplo da integração dos dois Ministérios foi o AprenderSUS (Lampert, 2004, p. 250). O AprenderSUS foi uma política do setor da saúde para o fortalecimento e a ampliação dos processos de mudança na graduação em saúde mediante interlocução permanente com o setor da Educação. O AprenderSUS marcou uma construção entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, significava desenvolver o aprender sobre o SUS na universidade, seguindo os princípios da Educação Permanente em Saúde, base da política de formação e desenvolvimento em saúde.

A Portaria nº 198, do Ministério da Saúde, de 13 de fevereiro de 2004, caracteriza a Educação Permanente em Saúde como a continuidade da luta pela reforma sanitária e a ruptura dos monopólios do saber, caracteriza-a como a interface da universidade com a rede de serviços e de gestão do SUS e com os atores do controle social em saúde, que podem apontar as necessidades da população (Da Ros, 2004, p. 242).

Um dos objetivos pretendidos com a política “AprenderSUS – o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde” era o de orientar as graduações em saúde para a integralidade, buscando ampliar a qualidade da atenção à saúde da população (Ceccim e Pinheiro, 2006). Assim, o AprenderSUS estabeleceu uma ação conjugada dos Ministérios da Saúde e da Educação em apoio à implementação das DCN, um compromisso com as diretrizes do SUS e o compromisso da gestão do SUS com o ensino em saúde e deste com o SUS (Brasil, 2004). O AprenderSUS, como política, previa e mobilizou o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (Fnepas), a Comissão Nacional de Representantes Estudantis da Área da Saúde, a formação de ativadores de mudança na graduação em saúde (curso de especialização conduzido pela Escola Nacional de Saúde Pública), projetos de extensão e de apoio ao movimento estudantil para Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), uma pesquisa nacional sobre práticas de ensino da integralidade nos cursos de graduação em saúde (EnsinaSUS, cuja primeira etapa foi transformada em dois livros), Educação nos hospitais de ensino (construção das responsabilidades pedagógicas perante a rede de saúde,

acolhimento de estagiários e residentes e desenvolvimento educativo de preceptores), projetos de apoio pactuados junto às instâncias locais e intersetoriais de educação permanente em saúde e oficinas regionais de sistematização das acumulações e estruturação dos desdobramentos da formação e da pesquisa. Descontinuada como política em fins de 2005, foi sucedida por ações-programa, como o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), dirigido, inicialmente para os cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem (Pró-Saúde/Medicina, Pró-Saúde/Odontologia e o Pró-Saúde/Enfermagem). Por força da política AprenderSUS, reivindicada pelo Conselho Nacional de Saúde, essas ações-programa foram secundadas por outra mais abrangente, ainda focada em um único cenário (a integração ensino-serviço) pelo Pró-Saúde/Área da Saúde (14 profissões, podendo ser construído de maneira interprofissional e não mais por carreira).

O Pró-Saúde foi lançado em 2005 por meio de Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação (Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005). O Programa foi apresentado como ação política de indução da transformação no ensino da saúde. O Pró-Saúde, segundo a Portaria, visa à aproximação entre a formação de graduação e as necessidades da atenção básica que se traduzem, no Programa, pela Estratégia Saúde da Família. O objetivo geral do Programa é incentivar a integração ensino-serviço, descrita como reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações no processo de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviço à população (Brasil, 2007, p. 13). A Universidade de Caxias do Sul teve o seu curso de Medicina incluído no Pró-Saúde, por meio da Portaria nº 2.530, de 22 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde. Este contexto apresenta mais um fator para a reorientação e mudança na formação confluyente às DCN, à educação permanente em saúde para o SUS e à íntima relação entre ensino e cotidiano do trabalho em saúde, além de uma aproximação da instituição de ensino com gestores do setor da saúde.

A reforma curricular em Medicina: o caso da Universidade de Caxias do Sul

A Universidade de Caxias do Sul (UCS) está situada na Região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, caracterizando-se nos últimos anos como universidade regional. A UCS, cuja missão institucional foi definida como produzir conhecimento em todas as suas formas e torná-lo acessível à sociedade, contribuindo principalmente para o desenvolvimento integrado da Região, vem se colocando como referência ao ensino superior e à pesquisa para importante segmento social e econômico do Estado. A UCS se constitui como uma Universidade Comunitária, quer dizer, pública no seu sentido político, embora privada no sentido administrativo, assim a UCS tem responsabilidades estabelecidas com a população e com a região na qual tem atuação.

O curso de Medicina da UCS foi autorizado pelo Decreto n 61.692, de 13.11.1967 (DOU, de 17.11.1967, p. 11.614 e Parecer nº 260/67 do CFE, de 04.10.1967) e reconhecido pelo Decreto nº 73.761, de 07.03.1974 (DOU, de 08.03.1974, p. 2.540) e Parecer nº 60/74, do CFE, de 25.10.1979.

Associando o perfil de uma universidade comunitária com as diretrizes políticas de educação e de saúde, tem-se um esboço do projeto político-pedagógico demandado para a graduação em Medicina. Como colocado anteriormente, as referências normativas para o curso de Medicina estão sumarizadas no Parecer do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 1.133, de 07 de agosto de 2001, e na Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 4, de 9 de novembro de 2001.

No Brasil, as Universidades tem autonomia universitária, sendo as DCN uma indicação ou uma recomendação para as universidades e para a avaliação do poder público sobre o cumprimento de uma política de interesse social, como prevê a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). A autonomia universitária é definida na LDB, que em seu artigo 43, afirma que a educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual, destacando, em particular, os problemas nacionais e regionais, prestando serviços especializados à população e estabelecendo com a mesma uma relação de

reciprocidade (citado por Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Como a educação na saúde passa por mudanças e reformulações desde 2001, em 2002 a UCS iniciou um projeto de reorientação curricular com o objetivo de superar o modelo com enfoque predominantemente biológico do processo saúde-doença (Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UCS). Uma avaliação relacionada ao projeto pedagógico que vigorava demonstrou que:

o projeto pedagógico era centrado em especialidades médicas distribuídas numa grade curricular rígida, orientadas para a utilização de tecnologia de alto custo, pouco vinculadas às ações de saúde das redes de serviços públicos dos municípios. A interação com os outros cursos da área da saúde e das ciências sociais inexistia. As mais de noventa diferentes disciplinas que compunham o curso eram ministradas de uma forma professor-centrada, gerando uma visão extremamente fragmentada do indivíduo e alienada dos problemas sociais. O egresso tinha o objetivo principal era tratar o doente, com interesse somente nas informações provenientes de pesquisa quantitativa e com a prática centrada em ambulatórios e hospitais de níveis secundário e terciário. Havia uma tendência do aluno à busca de uma especialização antes mesmo de finalizar a graduação e de ter uma prática profissional em que o médico é o sujeito e o paciente o objeto. A saúde pública era desconsiderada em detrimento da valorização do complexo médico-industrial (UCS, 2002).

Como nos lembra Batista (2004), os conteúdos curriculares geralmente são trabalhados em cada disciplina, com objetivos e assuntos específicos, de forma fragmentada, mas os professores esperam que seus alunos desenvolvam uma visão integral na sua formação profissional. Embasado neste tipo de análise à mudança, o colegiado do curso estabeleceu, em 2002, os referenciais orientadores do novo curso de Medicina:

assistência integral do ser humano, com a revitalização do caráter humanístico da profissão médica e a visão não-segmentada do cliente e sua família (...) progressiva integração das práticas e dos cenários de aprendizagem em todos os níveis de assistência à saúde previstos pelo Sistema Único de Saúde (...). Devem ser propiciados cenários de prática reais e não modelos idealizados de consultório ou hospitais.

A proposta pedagógica e curricular do curso também estabeleceu modificações relacionadas aos professores que passariam a ser *orientadores* e não

mais centralizadores do processo de ensino-aprendizagem.

No que se refere aos alunos, o novo Projeto Pedagógico de Curso (PPC) colocou que:

é necessário que se proporcione um novo espaço para o aluno, diferente do aluno tradicional, passivo, que copia e memoriza a matéria, que estuda o que o professor disser que será conteúdo de prova, que valida seu conhecimento pela nota que obtiver e que não reconhece suas próprias demandas e desejo de aprender (...). Caberá ao aluno um planejamento do seu aprendizado, que envolva, necessariamente, a busca abrangente do conhecimento na literatura disponível, a exposição de suas dúvidas e carências ao professor/tutor, a inserção em projetos de pesquisa e extensão, a participação em encontros científicos e a realização de intercâmbios com outros centros de ensino médico (..). O aluno, dessa forma, assume a responsabilidade pelo seu aprendizado (...).

Assim, a proposta apresentada no curso de Medicina foi a de que o processo de ensino-aprendizagem proporcionasse espaço de troca e interação entre professores e alunos para o crescimento e o desenvolvimento de cada aluno, de acordo com a sua individualidade. No momento em que isso é colocado como um objetivo do projeto pedagógico do curso, é necessário que sejam revistos os papéis que cada um dos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem desempenhará. Como nos coloca Álvarez Méndez (2002) “se a aprendizagem realmente depende da atividade e da responsabilidade de quem aprende, é necessário redefinir o papel de quem ensina”. O aluno, nesse contexto, passaria a ser o criador das situações de aprendizagem e o organizador dos conteúdos a serem desenvolvidos. Ao mesmo tempo, o professor se transforma em um impulsionador para a aprendizagem. Assim, nessa nova forma de relação entre aluno e professor ambos se encontram construindo o saber que será significativo porquanto se fixa na compreensão intersubjetiva que medeia o sujeito disposto a conhecer o objeto do conhecimento (Álvarez Méndez, 2002, p. 61).

O PPC ainda define os objetivos do Curso de Medicina da UCS:

1. Propiciar a formação de cidadãos-médicos eticamente comprometidos com a sociedade que os cerca, proporcionando-lhes oportunidades para o desenvolvimento de competências e habilidades, bem como a incorporação de atitudes que os tornem

aptos a exercer a profissão:

- promovendo a saúde,
 - atuando na parte física e mental do indivíduo, compreendido como um todo,
 - desenvolvendo ações preventivas,
 - desenvolvendo ações diagnósticas, curativas e paliativas aos agravos de saúde mais prevalentes nas áreas de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso e Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente,
 - buscando aprimoramento contínuo nessas e nas demais áreas do conhecimento médico;
2. Produzir conhecimento segundo as necessidades da população brasileira e de acordo com a operacionalização do SUS.

O último item deixa claro e explícito o comprometimento do curso com o Sistema Único de Saúde, ou seja, o curso deseja, na redação de seu PPC, formar profissionais que partilhem do compromisso com o SUS.

A atual configuração do curso de Medicina tem um currículo organizado e definido como um conjunto de disciplinas agrupadas de tal maneira que a relação cooperativa é o relevante entre elas. A interdisciplinaridade, descrita na concepção pedagógica atual, deveria transcender o mero agrupamento de disciplinas e embasar-se preponderantemente na integração dos conteúdos a serem desenvolvidos.

O curso foi organizado em três ciclos:

1º Ciclo – Estudos gerais biomédicos e humanísticos. Estudos interdisciplinares com verticalização na Atenção Primária à Saúde.

Duração: três semestres, 118 créditos, 1.770 horas-aula.

2º Ciclo – Estudos interdisciplinares com verticalização nas áreas de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso e Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.

Duração: 5 semestres, 200 créditos, 3.000 horas-aula.

3º Ciclo – Estudos interdisciplinares em regime de internato médico incluindo as áreas de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Medicina Ambulatorial, Medicina de Urgência e Emergência.

Duração: 4 semestres, 200 créditos, 3.000 horas-aula.

Os ciclos relacionam-se com a distribuição das Unidades de Ensino Médico, a distribuição de atividades com características humanísticas e instrumentais e com a dispersão de atividades de ensino relativas à Atenção Primária à Saúde (APS) em todos os semestres. Creio ser interessante anotar que a dispersão de atividades de ensino relativas à APS em todos os semestres foi planejada como uma disciplina longitudinal, não como dispersão de atividades de ensino em todas as disciplinas, o que a tornaria transversal à formação dos estudantes e ao desenvolvimento do curso ou como objetivo da educação médica, segundo propõem as DCN/Medicina. Embora na linguagem do PPC a colocação da APS apareça como transversal, ela se oferece como longitudinal no transcurso do currículo, não aparece como transversal aos seus componentes de ensino (conteúdos, cenários e avaliação).

Foi na nova configuração do curso que surgiram as Unidades de Ensino Médico (UEM), que são assim definidas no Projeto Pedagógico do Curso:

As Unidades de Ensino Médico representam um conjunto de conteúdos afins, oriundos das disciplinas anteriormente oferecidas no Curso de Medicina e de novas áreas do Ensino Médico, fundamentalmente a Saúde Coletiva, que permitem ao aluno, em um mesmo momento do curso, a exposição a temas pertinentes aos ciclos básicos e profissionalizantes, de maneira a possibilitar a compreensão desses tópicos em sua integralidade e, essencialmente, onde inseri-los na prática médica diária.

O ensino das UEM deve priorizar a promoção da saúde e o estudo diagnóstico, preventivo e terapêutico dos agravos de saúde prevalentes na comunidade regional e propiciar o conhecimento de temas não prevalentes, mas que estejam integrados ao conhecimento médico. O estatuto de UEM é dado pela agregação de conteúdos afins, oriundos dos conteúdos mínimos exigidos para os Cursos de Medicina, apontados pelas Diretrizes Curriculares, que se somam a outras vertentes do conhecimento médico, tais como a visão humanista e social do ato médico.

Esta forma de agrupamento permite uma troca entre os próprios professores a respeito de suas aulas e dos conteúdos que antes eram ministrados individualmente. Nesse contexto, se faz necessário e obrigatório que sejam publicizadas as abordagens e as dinâmicas utilizadas no ensino.

A avaliação como construção profissional

As formas de avaliação no processo de ensinar

Durante o processo de formação nos defrontamos com situações de diferentes complexidades. Não é possível negar a necessidade do saber técnico ser adquirido durante este período, mas também não se pode acreditar que este saber técnico deve ser recortado da educação em saúde que ele proporciona, como se existisse de maneira neutra e natural.

O processo de subjetivação é dinâmico e se engendra de acordo com as experiências de cada um, é uma maneira própria e específica de cada um se colocar no mundo, sendo afetado por valores culturais internalizados ao longo da vida. De acordo com o contexto, com as relações e interações que estabelecemos na nossa vida ocorrem mudanças que desafiam as nossas subjetivações (Capozzolo e outros, 2005).

Faz parte do processo de formação e ocupa lugar relevante às subjetivações o processo avaliativo. A avaliação educativa, sobretudo, é constitutiva das subjetivações, uma vez que atividade prática que visa à formação e ao desenvolvimento das pessoas que participam dos processos educativos. Quer dizer que a formação abrange aspectos relacionados a questões éticas, não é apenas uma questão técnica e de saber (Álvarez Méndez, 2002, p. 55). Claro que o saber técnico é fundamental, pois irá subsidiar condutas e formas de atuação profissional, mas este saber técnico se inscreve e é guiado por princípios éticos. Assim, se entre os aspectos técnicos o que preocupa é capacidade de se ter objetividade na avaliação, entre os aspectos éticos, a preocupação centra-se na avaliação dos processos de subjetivação.

Quando o professor está real e verdadeiramente implicado com o processo formativo – como um processo de construção profissional – a sua prática avaliativa deve refletir este comprometimento, um comprometimento que vai além de se ter uma avaliação *objetiva* ou *justa*, mas que considera percursos, implicações, ofertas formativas e vivências. Considera o que já foi oferecido e o que ainda deverá sê-lo, mesmo que mais e mais, se for o caso, sempre devolvendo informação, revendo potências e possibilidades, dialogando. Não é um processo disciplinar no sentido do controle das subjetivações e nem no sentido dos conteúdos do currículo, mas

processo ético-político no sentido das recomendações da sociedade organizada em torno de um setor que oferta acumulações em negociações e pactuações (instâncias do SUS), em normativas e leis (arcabouço normativo-legal), em princípios e diretrizes (ao sistema de saúde e ao ensino da saúde), em conferências e conselhos (esfera de recomendação e decisão da sociedade sobre a saúde, as conferências realizadas a cada 4 anos e os conselhos com caráter permanente).

Conforme coloca Luckesi (2002), o ato de avaliar, antes de mais nada, implica a *disposição de acolher*. Isso significa a possibilidade de tomar uma situação da forma como se apresenta, seja ela satisfatória ou insatisfatória, agradável ou desagradável bonita ou feia. Avaliar um aluno implica, antes de mais nada, acolhê-lo no seu ser e no seu modo de ser. Acolher o aluno como ele está para, a partir daí, decidir o que fazer. Quer dizer que o professor deve estar aberto para aceitar e receber o aluno do modo como ele é para que possam criar o espaço de compartilhamento (implicação) e o de construção e desenvolvimento conjuntos (produção de perfil).

A participação e a cumplicidades necessárias entre os sujeitos implicados para o estabelecimento de uma relação que permita um processo de subjetivação, um espaço que legitime o outro como alguém capaz de estabelecer interação, é imprescindível para a ocorrência da aprendizagem e para a possibilidade do processo ensino-aprendizagem constituir-se como um uma forma de construção pessoal e profissional. Como nos lembra Álvarez Méndez (2002, p. 57), “a ética da responsabilidade obriga a levar em conta as conseqüências que se originam da ação do professor para com os sujeitos avaliados”. Deste modo, toda ação, comportamento e julgamento expresso pelo professor, com fins avaliativos ou não, terão repercussões e conseqüências no aluno em formação.

Ainda vale a pena ressaltar, como nos alerta Haydt (2008, p. 7), que o progresso alcançado pelos alunos reflete a eficácia do ensino, já que ensinar e aprender são dois verbos indissociáveis e considerados duas faces da mesma moeda. Nesse sentido, pode-se dizer que o rendimento do aluno é uma espécie de espelho do trabalho desenvolvido em aula. Portanto, o professor deve dar-se conta de que ao avaliar seus alunos, ele está, também, avaliando seu próprio trabalho, ele está necessariamente implicado neste processo, um desempenho inadequado dos

alunos na aprendizagem, quando relacionado com um ensinar comprometido, terá como repercussão uma análise por parte do professor do ensino praticado, e isso não está relacionado com simplesmente aplicar uma nova “prova” para que os alunos recuperem nota.

Até o século XX, a formação em saúde teve um enfoque biologicista (embasado na anatomoclínica e fisiopatologia), assim, o estudante em formação aprendia do corpo seus órgãos e sua citologia, não seus estados e seus afetos, aprendia um saber técnico-científico onde o corpo tinha uma história natural e não um corpo com as singularidades do viver e do sentir (Ceccim e Carvalho, 2006, p. 72). Este olhar, voltado para a patologia restringe o universo de atuação e de entendimento sobre o que é saúde, acaba propondo o ser humano do cuidado em saúde como alguém sem emoções e afetos, negando a experiência de vida singular de cada um como parte da clínica.

Há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde quanto ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Tendo esta prática docente um ensino centrado em conteúdos, organizada de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, tendo como centro da aprendizagem a clínica no hospital universitário e adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada (Ceccim e Feuerwerker, 2004). Na atual conjuntura, se faz necessária uma mudança nesta forma de entender o ensino em saúde. As vivências do aluno incluirão o contato com situações complexas que fazem parte da realidade da população e a exposição à alteridade. Esse contato e exposição devem ser geradores de desequilíbrio e desestabilização, impulsionando para o desejo de aprender, para a busca de adequada compreensão das situações de saúde como situações de vida, desenvolvendo capacidade para a proposição de soluções singulares diante das situações com que se defronte (Ceccim e Capozzolo, 2004). É sobre este aspecto que Maia (2004) se refere ao falar de inversão de rota pedagógica, onde a prática é que vai desencadear e determinar a busca pela teoria.

Portanto, é essencial para a formação que o aluno participe e se envolva com problemas mais complexos, na verdade, situações de vida. Assim, o aluno teria demonstrada a realidade onde a ação setorial, reduzida a um certo campo de

atuação, muitas vezes, é uma intervenção limitada e não alcança a origem do problema. É justamente nestes contatos com situações, trabalhando com esses problemas mais *difíceis* que o aluno passa a implicar-se com o usuário, envolver-se com uma situação de vida, desenvolvendo responsabilização nele próprio e autonomia no usuário. O aluno que se permite estar em locais não convencionais, participando das reuniões das associações de moradores, dos conselhos de saúde e de outros espaços onde esses problemas são debatidos adquire *aprendizados* não limitados ao saber médico disciplinar (Marins, 2004, p. 100).

Conforme diz Humberto Mariotti (citado por Maturana, 2001) *se a vida é um processo de conhecimento, os seres vivos constroem esse conhecimento não a partir de uma atitude passiva e sim pela interação. Aprendem vivendo e vivem aprendendo*, ou seja, é na interação que se estabelece o conhecimento, na troca com o outro, seja ele o professor, o colega ou o usuário de nossas ações de saúde. Esta troca deve acontecer durante o processo de formação e principalmente no ato de exercer o cuidado. A interação, com desenvolvimento de processos na subjetividade, é que provoca aprendizagem e crescimento.

A avaliação faz parte do processo de formação e de aprendizagem, ela se constitui como uma atividade crítica, porque tem conseqüências que repercutem nos comportamentos e atitudes dos envolvidos. Quando é educativa, a avaliação é uma ação realizada entre sujeitos e sobre sujeitos, isto é, não há avaliação se não houver um sujeito avaliado (Álvarez Méndez, 2002, p. 58). Afirmar que existe um *sujeito* avaliado, implica reconhecer um sujeito particular, com experiências de vida e com singularidades, que ao vivenciar situações de aprendizagem e de cuidado vai internalizando estas situações, transformando-as em subjetivação e conhecimento.

Maturana (2001, p. 22) coloca que *toda a experiência cognitiva inclui aquela que conhece de modo pessoal*. Esse seria o motivo pelo qual *toda experiência de certeza é um fenômeno individual cego em relação ao ato cognitivo do outro*, solidão que só é transcendida no mundo que criamos junto com ele. Portanto, cada aluno e cada professor experiencia o mesmo campo temático de forma particular e singular, sendo na interação destes dois sujeitos que surge a possibilidade de um espaço comum. Neste espaço é necessário existir liberdade para a expressão de diferenças de entendimento e diferentes formas de ser, pensar e agir. O respeito ao espaço de

cada sujeito na interação, permite e faz surgir um espaço de autonomia, com liberdade para pensar e ser diferente, espaço este necessário para a criação na docência, mas, principalmente, para o aluno, que está em processo de formação, que utiliza deste espaço para a construção do seu modo de cuidar, recriando sua própria subjetividade.

Considerando que o conhecer se faz na interação, não se pode tomar este fenômeno como se houvessem fatos ou objetos lá fora, que alguém capta e introduz na cabeça. A experiência de qualquer coisa lá fora é validada de uma maneira particular pela estrutura humana (Maturana, 2001, p. 31), quer dizer, de forma singular e individual, sendo esta captura um processo de subjetivação. Portanto, o ambiente de aprendizagem durante a formação deve permitir e facilitar o conhecer respeitando a particularidade de cada sujeito, o professor não é alguém que vai introduzir formas de pensar ou agir em seus alunos, cada aluno passa por um processo que permite absorver e codificar as informações recebidas para serem posteriormente utilizadas ou não.

O professor deve buscar uma aprendizagem reflexiva, conforme nos diz Álvarez Méndez (2002), isto é, “para a aprendizagem reflexiva de conteúdos concretos, quem aprende necessita explicar, argumentar, perguntar, deliberar, discriminar, defender suas próprias idéias e crenças e, simultaneamente, aprender a avaliar”. O professor deve oportunizar no ambiente de aprendizagem um fazer criativo e argumentativo. Nas situações de atendimento e de contato com os usuários deve ser permitido e, mais que isso, estimulado que o aluno questione, argumente e construa uma forma própria de prestar o cuidado. A qualidade das relações estabelecidas no ambiente de aprendizagem seja entre professor-aluno, seja entre alunos e usuários funciona como mediação no processo de formação e subjetivação, com forte potencial para a aprendizagem.

Uma das tarefas do professor consiste em estimular e possibilitar que os alunos despertem para estas necessidades de aprendizagem, colocá-los em contato com seus sentimentos para deste modo colocá-los em contato com o sofrimento do outro. O professor deve ajudá-los a *sentir, agir, internalizar* os modos e cuidados, práticas e comportamentos, estados e afetos, que serão utilizados no seu exercício profissional. A preocupação está centrada, não no que fazem os alunos que

aprendem, mas em como eles adquiriram aqueles conhecimentos que lhes permitem atuar de modos diferentes em contextos novos não-conhecidos (Álvarez Méndez, 2002, p. 33).

O ambiente de aprendizagem construído pelo professor, envolve o tom afetivo ou agressivo na condução das atividades, os tempos destinados às situações, os recursos disponibilizados e outros aspectos, envolve também a maneira de estar em interação com os usuários, este contexto pode ser diretivo e limitador das respostas tanto dos alunos quanto dos usuários ou, ao contrário, pode ser provocativo e convidativo à aprendizagem, ao crescimento pessoal e à autonomia do usuário. Contudo, alerta-nos Hoffmann (2006), *não bastará apresentar o desafio adequado em termos intelectuais e afetivos, será necessário que o contexto de aprendizagem esteja organizado de forma significativa*. Para o alcance dessa meta será necessário criar e oferecer *cenários educativos que permitam aos alunos terem a confiança, os recursos, a liberdade de tempo e o espaço para suas descobertas*. Assim, deve ser permitido ao aluno um *tentar fazer diferente*, uma garantia de liberdade para arriscar-se, não repetir modelos idealizados e condutas prescritivas. Segundo Marins (2006, p. 102) as habilidades, atitudes e formas de relacionar-se que o aluno pode desenvolver durante a sua formação, ao atuar diante de problemas concretos da realidade, influenciam enormemente sua postura futura como profissional.

Cabe lembrar que o profissional de saúde tem a sua intervenção fundamentalmente voltada para o cuidado na dimensão do corpo vivo, um corpo sob processo de subjetivação, em movimento e sensível (Ceccim e Carvalho, 2006, p. 72) e que também é assim no ambiente de formação, onde o professor tem um determinado saber que deve entrar em contato/interação com o aluno, sendo o aluno alguém com um processo de subjetivação que não está apenas recebendo informações, mas transformando-as de acordo com o seu entendimento particular. Assim, o conhecimento teórico não pode estar desvinculado da dinâmica das relações, a prática presente na formação não pode ser a da dissecação do corpo em sinais e sistemas orgânicos, mas voltada para a escuta e o contato com a alteridade (Ceccim e Carvalho, 2006, p. 73), isto deve se fazer presente nas relações entre alunos e professores e destes com os usuários.

Como profissionais de saúde, detemos um vasto conhecimento sobre as doenças e os sofrimentos por elas causados, não sobre aflições e suas conseqüências sobre a saúde. Conhecemos um certo número de ações capazes de interferir em algum grau sobre o modo de *andar a vida*, expressão utilizada por Canguilhem (1978) para se referir aos diferentes estreitamentos que a vida possui. Devemos reconhecer as doenças como adoecimentos, isto é, não como *natureza*, mas circunstâncias de *estretar a vida*. Esse reconhecimento permitirá aos profissionais que atuem, como cuidadores, diante de adoecimentos e de sofrimento existenciais, não de nosologias médicas. Ao utilizarmos à perspectiva da atenção integral, desafiamos o profissional a que mantenha uma perspectiva de intersubjetividade, isso significa, que deve levar em conta, além dos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interage nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados (Mattos, 2004).

Oliveira (1997, p. 23) referindo-se aos pilares básicos do pensamento de Vygotsky, lembra-nos que o funcionamento psicológico fundamenta-se nas relações sociais entre os indivíduos e o mundo exterior. A relação homem-mundo é uma relação mediada por sistemas simbólicos. Logo, dentre eles, os conceitos médicos de saúde, doença, cuidado, tratamento e cura. Assim, cada sujeito no seu desenvolvimento estabelece uma relação com o mundo, com o seu entorno; esta relação é mediada. No processo de aprender utilizam-se diferentes e diversos mediadores, sendo um deles, o professor, que tem o papel de mediar a relação do aluno com os conteúdos de aprendizagem, com o conhecimento de um certo *saber técnico*.

Nesse contexto de entendimento, de acordo com Álvarez Méndez (2002, p. 61) a interação e a colaboração não são garantias suficientes, se o diálogo não estiver mediando o encontro no qual professores e alunos colocam-se como pessoas, sem categorias nem traços discriminatórios, e no qual o respeito profundo é mutuamente compartilhado. O *encontro* constitui a passagem ao entendimento em coincidência com a atitude antidogmática que destaca Emilio Lledó (citado por Álvarez Méndez), para quem o pensamento é abertura aos domínios do possível.

No momento do encontro, da interação e da troca é que se instala para

Ceccim (Ceccim e Pinheiro, 2006, p. 15-16) o *contato com a alteridade*, com produção de efeitos de subjetivação, aprendizagem de si, sobre entornos e sobre mundos. Para Álvares Méndez, é o *diálogo como uma possibilidade de conhecimento*, com garantia de crescimento e possibilidade de expressão do pensamento crítico. Este encontro se constitui como um processo dinâmico, que exige autonomia dos sujeitos e entre os sujeitos, entre quem ensina e quem aprende. Segundo Álvarez Méndez (2002, p. 61), “o conceito piagetiano de aprendizagem construtiva aponta nessa direção, já que a participação ativa de quem aprende é um requisito imprescindível em sua concepção”.

A avaliação tem um caráter de mediação, pois as situações avaliadas são sempre interpretadas pelos professores, e o contexto onde estas situações ocorrem é o da singularidade: *o olhar avaliativo deve abarcar as singularidades dos educandos para que as estratégias pedagógicas se ajustem a cada um* (Hoffmann, 2006, p. 16). O professor necessita ter a capacidade de valorizar as *individualidades*, inerentes ao ambiente de aprendizagem, sem deixar de valorizar o contexto de *interatividades*. O processo avaliativo tem contribuição importante na construção da subjetividade do aluno uma vez que é sua função criar espaços interativos e ações mediadoras que tenham sentido para o desenvolvimento individual e para o coletivo. Como nos diz Batista (2004), devemos, como professores, pensar a formação como um processo pessoal, mas que somente ocorre em interação.

A auto-avaliação na concepção mediadora envolve a tomada de consciência do aluno sobre o seu processo de aprendizagem, o aluno necessita implicar-se com o seu aprendizado, perceber-se aprendendo e querer aprender mais. Para isso, ele não pode aprender para alguém ou para alguma coisa, apenas para ser aprovado ou para ter uma boa nota, mas aprender pelo prazer da curiosidade, pela superação intelectual, pelo aprender para si próprio. A tomada de consciência sobre o processo de aprendizagem só é possível por meio da ampla oportunidade de expressão de pensamentos, de sentimentos e de expectativas. Expectativas estas, relacionadas com o próprio ambiente de aprendizagem, mas também com o do exercício profissional. Esta capacidade de aprender para si próprio amplia a responsabilidade do aluno para com sua própria aprendizagem, mas isso só é possível se o aluno é incluído no seu processo de construção profissional, quer dizer, se ele participa do

processo, se este é interativo, com desafios cognitivos e capaz de apontar-lhe os movimentos percorridos, aquisições cognitivas e desenvolvimento afetivo (desdobrando de Hoffmann, 2006, p. 36).

Assim, os processos de subjetivação fazem parte do nosso desenvolvimento, subjetivação esta diferente em cada um dos sujeitos colocados em interação. Esses processos de subjetivação sofrem influência do ambiente em que cada um está inserido e na forma como cada um estabelece relações. Desta forma, os processos avaliativos aos quais os alunos são submetidos durante a sua formação profissional fomentam processos de subjetivação, contribuem na determinação de um modo de olhar e entender conceitos mediados como saúde e doença. Se o conhecimento e o aprender se dão na interação, na troca e na construção com o outro, não há como o saber técnico estar desvinculado das relações, este saber só tem sentido se inscrito em um perfil de práticas da relação. A aprendizagem se faz possível em um contexto que permita a troca, a interação, a construção, um espaço de criação, espaço este com sujeitos implicados com o desenvolvimento e que considera as diversas formas de andar a vida dos sujeitos.

A avaliação é um ponto importante no processo de formação. Na verdade, a avaliação precisa funcionar como componente formativo, mediador da aprendizagem. A avaliação é um indicativo do que está sendo aprendido, mostrando qual o caminho que o aluno está tomando e em que pontos tem dificuldades. Entretanto, muitas vezes a avaliação acaba sendo um fim, uma formalidade que deve ser cumprida pelo professor, que acaba por não fazer uma reflexão em cima do que o aluno demonstrou na sua avaliação, ela acaba servindo para atribuir uma nota, um conceito ou um score que o tornará apto ou não apto a seguir adiante no curso, sem verificar, em verdade, o que foi aprendido, o que foi apenas decorado e repetido, o que foi circunstancial e não apropriado (tomado para si).

Segundo Álvarez Méndez (2002) ao se tratar da avaliação no âmbito educativo ela deve ser entendida como uma atividade crítica de aprendizagem, porque se assume que a avaliação é aprendizagem no sentido de que, por meio dela, adquirimos conhecimento. Nesse sentido, o professor aprende a conhecer, a melhorar a sua prática docente e, principalmente, a colaborar na aprendizagem do aluno, conhecendo as dificuldades que ele deve superar. O aluno aprende sobre e a

partir da própria avaliação e da correção, da informação que o professor oferece embasado nas suas respostas. Argumentação que deve ser crítica, nunca punitiva. Desenvolver estes aspectos de entendimento do processo avaliativo com os sujeitos implicados com o processo avaliativo é um desafio a ser colocado como meta.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001) orientam que o curso de graduação em Medicina deve ter o seu projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Desta forma, o professor deixa de ser o detentor de todo o conhecimento e transmissor deste, para ser um mediador no processo de aprendizagem individual e singular de cada aluno. O aluno é o centro do processo de aprendizagem e esta o centro do processo de avaliação, que deve, por sua vez, ser conduzido pelo professor. Uma derivação relevante deste “texto” é o entendimento de que o ensino é aquele que acontece na ordem do encontro, quando o professor transmite a si mesmo como um aprendiz, alguém que se faz perguntas em ato de pensamento ao ensinar. O centro no aluno passa, então a centro no encontro, na alteridade, no diálogo, dito de outro modo, ensino centrado nas vivências e na interação. A avaliação passa a dizer respeito a duas pessoas responsáveis pelo processo de aprender-ensinar.

Cabe lembrar que a maioria dos professores, principalmente quando se fala do nível universitário, tem como embasamento para o ensino a sua própria experiência vivida como aluno. Vivência esta que desenvolveu um determinado modo de pensar e de agir, isto é, uma tradição recebida e que reforça normas e critérios assumidos de um modo acrítico ao qual se adere ou se integra (Álvarez Méndez, 2002, p. 43). Quer dizer, as experiências que os professores tiveram em suas vidas orientam o seu modo de ensinar e a sua forma de colocar-se no ambiente de aprendizagem. Uma vivência de relação unidirecional, em que o professor explica e lança perguntas, o aluno copia e responde, típica da educação médica tradicional, está hoje sob questionamento e pretende-se a sua modificação. Quando se busca a aprendizagem significativa, o pensamento crítico, a formulação de posicionamentos que considerem o contexto e o potencial formativo do espaço ensino-aprendizagem na construção de um fazer profissional, a experiência vivida por si só não dá conta de encontrar as respostas e os recursos necessários para

esta aprendizagem, deve-se lançar mão de outros dispositivos que encontrem caminhos para estas construções, Estes caminhos necessariamente deverão ser buscados e trilhados pelos professores, acolhendo abertura de canais pelos alunos e pelos serviços de saúde que constituam cenários de prática.

Oliveira (1997, p. 24) destaca que, para Vygotsky, a relação do homem com o mundo não é uma relação direta, mas uma relação mediada, sendo os sistemas simbólicos os elementos intermediários entre o sujeito e o mundo. Sendo a mediação um processo essencial para tornar possível atividades psicológicas voluntárias, intencionais, controladas pelo próprio indivíduo (Oliveira, 1997, p. 33), como é o caso da aprendizagem. Assim, sem a mediação do professor e de outros elementos simbólicos não há como ocorrer o processo de aprendizagem.

A interação que acontece entre professor e aluno (face a face) tem um papel fundamental na construção do ser humano, pois é por meio da relação interpessoal que se interioriza as formas culturalmente estabelecidas de funcionamento psicológico. Quer dizer que a interação e a relação que se estabelece entre estes sujeitos irá influenciar a forma de lidar e reagir com situações concretas de vida. Embasado nesta relação que os indivíduos estabelecem, cada sujeito internaliza – como *matéria-prima* – as relações, não uma absorção passiva, mas um processo de transformação, de elaboração singular. Um processo em que as funções/relações interpessoais transformam-se em atividades internas, intrapsicológicas (Oliveira, 1997, p. 38).

Por meio de uma ação mediadora e utilizando a tomada de decisão, o professor afetará vidas e influenciará aprendizagens individuais. Da mesma forma, cada aluno irá estabelecer maiores ou menores vínculos intelectuais e afetivos com cada professor, resultando em atitudes e respostas diversas por sua parte (Hoffmann, 2006, p. 13). Para Vygotsky, o aprendizado está relacionado ao desenvolvimento e é *um aspecto necessário e universal do processo de desenvolvimento das funções psicológicas culturalmente organizadas e especificamente humanas* (Oliveira, 1997, p. 56).

Segundo Oliveira (1997, p. 57), Vygotsky destaca que a idéia de aprendizado inclui a interdependência dos indivíduos envolvidos no processo, incluindo sempre

aquele que aprende, aquele que ensina e a relação entre essas pessoas, envolvendo a interação social. O que significa realmente esta interdependência? Que a interação que se cria no momento da aprendizagem entre os sujeitos acontece, como diz Merhy (2005), em ato. Essa interação possibilita a aprendizagem. É importante ressaltar que a interação que se estabelece contribui ou não para o processo de aquisição cognitiva, não é o saber técnico do professor que fará o aluno aprender mais ou aprender menos, mas a maneira com que a relação com o conhecimento acontece. Neste processo, o professor também está sujeito, e particularmente deve estar aberto, a sofrer transformações. Uma relação professor-aluno ruim ao ensino-aprendizagem pode ser superada pelo aluno que experimenta outras mediações “docentes”. “Docentes leigos” podem estar presentes em casa, nos cenários de prática, em departamentos diversos das universidades. O que pretendem os docentes de ofício contratual?

No processo de aprendizagem, Vygotsky trabalha com o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal, que corresponde ao intervalo do desenvolvimento real, estimado pela solução independente de problemas e o desenvolvimento potencial, estimado pela solução de problemas sob a orientação ou com a colaboração de parceiros, que se refere ao caminho que o indivíduo vai percorrer para desenvolver as funções que estão em processo de amadurecimentos (Oliveira, 1997, p. 60). Assim, o professor pode avaliar em que momento do processo de aprendizagem o aluno se encontra para construir as ações de mediação no sentido de propiciar este desenvolvimento e o crescimento demandado por seus alunos.

Hoffmann (2006, p. 22) explora esta Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) no sentido da mediação. Há diferença entre o que uma pessoa pode aprender sozinha, desenvolver realizando sozinha uma tarefa ou realizando-a com a ajuda de outra(s), principalmente com mais apropriação ou que lhe proporcione desafios adequados. A autora destaca que estudos associados com a noção de ZDP demonstram a importância do papel mediador exercido pelo professor no processo de ensino e a necessidade de uma observação simultânea sobre o que o aluno *já é ou conhece* e sobre tudo o que *ele pode vir a ser ou conhecer*, isto é, sobre o desenvolvimento real (conquistas ou capacidades já construídas e consolidadas) e sobre a área de desenvolvimento proximal (os conhecimentos a construir, as

funções cognitivas a desenvolver).

Como nos lembra Haydt (2008, p. 7) há alunos que aprendem mais rapidamente, enquanto outros o fazem de maneira mais lenta. Há também aqueles que retêm e aplicam melhor o que lhes é ensinado. Cabe ao professor reconhecer as individualidades na capacidade de aprender dos alunos, para poder ajudá-los a superar suas dificuldades e avançar na aprendizagem. Deste modo, faz parte do trabalho do professor verificar e reconhecer em que momento do desenvolvimento os alunos se encontram para poder colocar desafios capazes de estimular a aprendizagem, seja ela em que nível for, seja na aquisição de conhecimento teórico, seja no desenvolvimento de habilidades de comunicação ou expressão.

Na concepção Vygotskyana a idéia de reconstrução ou de reelaboração, por parte dos indivíduos, sobre os significados que lhe são transmitidos pelo grupo cultural, assim como a inserção do indivíduo num determinado ambiente cultural é parte essencial de sua própria constituição como pessoa. Nesta concepção, o aprendizado é o processo fundamental para a construção do ser humano e pode ser avaliado de maneira mediadora, interferindo o professor na formação subjetiva do aluno. Ainda segundo Vygotsky, o aprendizado sempre envolve a interferência, direta ou indireta, de outros indivíduos e a reconstrução pessoal da experiência e dos significados (Oliveira, 1997, p. 63-79). Portanto, o ambiente em que o aluno é colocado durante a sua formação irá influenciar seu aprendizado e, conseqüentemente, a sua construção como profissional de saúde. Outro aspecto que tem influência é o processo de subjetivação presente em cada aluno e em cada situação que acaba possibilitando a sua reconstrução pessoal e individual. Ressalto que o ambiente com seus significados e suas mensagens implícitas de como se portar, a quem se dirigir ou qual o tom de voz a utilizar são variáveis que estão presentes na formação e influenciam o modo de entender saúde. No entanto, são variáveis e, geralmente, não mencionadas como existentes, muito menos consideradas no momento avaliativo.

Hoffmann (2006) afirma que tanto Piaget quanto Vygotsky sugerem que a intervenção pedagógica deva ser desafiadora, acreditando, como princípio, que o bom ensino é aquele que acompanha o desenvolvimento dos alunos, toma em referência a íntima relação de confiança estabelecida no processo ensino-

aprendizagem entre professor e aluno, presentificando a função representativa e simbólica da linguagem no processo de aprendizagem.

Com a clareza de que função representativa e simbólica da linguagem não se resume à relação professor-aluno, no caso da educação, e nem à relação médico-paciente, no caso da assistência médica, escolho a docência profissional, aquela por força de ofício contratual com uma instituição de ensino, como centro para minha pesquisa (da mesma forma que os estudos da avaliação da aprendizagem na sala de aula) em educação médica. A avaliação é componente formativo em convergência ou divergência com os desafios de transformação do ensino na graduação em Medicina após a formulação, aprovação e homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Medicina? Exploro o campo entrevistando professores e gestores de um curso de Medicina, atores com implicação objetiva e indiscutível nos processos de ensinar. O curso em causa funciona como “estudo de caso”, ponto de partida para o pensar da avaliação na condição implicada com uma questão nacional, a formação de pessoal para o Sistema Único de Saúde.

A metodologia de pesquisa que foi utilizada foi de caráter qualitativo, os “sujeitos” são atores políticos do ensino médico na UCS, são todos médicos por profissão e professores da graduação em medicina. Os dados para análise foram obtidos em entrevista aberta, orientada por roteiro estruturado. Quanto ao tipo de pesquisa científica empreendida nesta dissertação, pode-se classificar, segundo os objetivos, como exploratória; segundo a fonte de dados, como pesquisa de campo, com dados primários; segundo os procedimentos, como levantamento a partir de entrevista; e segundo a estratégia de análise, como análise temática em estudo de caso (Santos, 2004, p. 25-30). A análise e interpretação de dados seguiu indicações de Yin (2001) quanto à metodologia do estudo de caso.

Dinâmica da avaliação e implicação de atores no curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul

Os atores (sujeitos) participantes desde estudo são médicos, professores do curso de graduação em Medicina da Universidade de Caxias do Sul. Dentre os professores que participaram do estudo, metade compõem o colegiado de curso e

metade integra o corpo docente de graduação. O colegiado de curso tem como objetivo definir as diretrizes do projeto pedagógico da formação, sendo aquele que estabelece o funcionamento do curso, as disciplinas que serão oferecidas, a carga horária e tudo o que tem relação com o transcorrer do curso. O colegiado de curso de Medicina definiu como diretrizes do PPC 12 componentes políticos:

- a) descrição do Perfil do Egresso por definição de competências e habilidades;
- b) definição de componentes curriculares por Unidades de Ensino Médico – desenho para a interdisciplinaridade;
- c) ensino do diagnóstico, prevenção e terapêutica das patologias prevalentes na realidade local;
- d) trabalho de ensino-aprendizagem sob a noção de promoção da saúde;
- e) valorização dos diferentes níveis de cuidados em saúde;
- f) professor como orientador do processo de ensino-aprendizagem;
- g) emprego de tecnologias ativas de ensino-aprendizagem;
- h) aluno comprometido com a busca do conhecimento;
- i) carga horária distribuída em 30% de atividades teóricas e 70% de atividades práticas;
- j) período de estágio curricular com extensão de vinte e quatro meses;
- k) cenários de aprendizagem integrados à rede de serviços públicos de saúde;
- l) avaliação somativa e formativa, permitindo a possibilidade de resgatar conhecimentos, competências, habilidades e atitudes ao longo de todo o período letivo.

A escolha de professores do colegiado e também daqueles que exercem atividade de ensino buscava alcançar dois olhares sobre o processo de avaliação e sua expectativa de correspondência às determinações das DCN no curso, o olhar de quem *ordena* o curso e o olhar de quem *implementa* o curso de graduação. O número de professores que participariam deste estudo foi definido com base no número de integrantes do colegiado. O colegiado conta com quatro membros, todos os membros foram convidados a participar do estudo por meio de carta-convite (Apêndice I). Para a realização do estudo foi estabelecido que a totalidade dos membros do colegiado seria incluída como atores da pesquisa. De acordo com o número de professores do colegiado do curso, foi feita uma seleção intencional de membros com o mesmo número de professores e mediante a mesma carta-convite. Para este grupo, como critérios de seleção, os professores deveriam estar vinculados ao curso, tendo função de ensinar, mas, sem função de coordenar o

processo coletivo. Além disso, a seleção priorizaria que os professores participantes fossem de diferentes Unidades de Ensino Médico, com o objetivo de que se investigasse o processo avaliativo em áreas diversas. Ainda relacionado à docência universitária foi realizada a identificação da avaliação proposta nos planos de ensino de cada “disciplina” (componentes curriculares das Unidades de Ensino Médico), tendo em vista o entendimento e a comparação com os dados obtidos *em conversa* com o grupo de professores. Esforço que se mostrou nulo, uma vez que os Planos se mostram como “peças frias”, são padronizados, vagos ou pouco expressivos para uma busca de sentidos. Ainda que se tentasse apontar nesse fato algum tipo de “evidência”, ela seria frágil.

O roteiro de entrevista utilizado para a obtenção das informações pretendidas a respeito da confluência entre as DCN, o projeto pedagógico-educacional do curso e os processos avaliativos foi organizado em três blocos temáticos. O primeiro bloco constou de uma aproximação com o tema em estudo, formado por uma pergunta mais geral. O segundo e o terceiro blocos de questões relacionaram-se com o colocado na Resolução CNE/CES nº 4/2001. O segundo bloco pretendeu aproximar-se dos aspectos relacionados à atuação profissional, este bloco questionou a respeito dos incisos IV, XIII, XVI, XX e XXI do Art. 5º das DCN/Medicina. O terceiro bloco procurou identificar possibilidades de uma abordagem integral à saúde, questionando os incisos VI, VII e XII do mesmo Art. 5º. Considerando as particularidades de cada um dos grupos entrevistados e pretendendo alcançar diferentes olhares foram pensadas diferentes abordagens para cada um dos grupos a respeito dos mesmos incisos. Os roteiros de entrevista aberta, formada por *perguntas norteadoras* estão colocados nos Apêndices II e III.

A carta-convite foi enviada por e-mail para todos os professores do curso de Medicina, inclusive os membros do colegiado, num total de 95 professores convidados. Relacionado aos membros do colegiado do curso convém destacar que nenhum dos membros respondeu à carta convite enviada por e-mail, todos os membros foram, então, contatados por telefone para participarem da pesquisa. Três dos quatros membros que compõem o colegiado do curso demonstraram disponibilidade a participar do estudo, com interesse de marcar a entrevista. Um dos membros agendou entrevista, entretanto, no dia marcado recusou-se a responder às

questões, solicitando analisar o instrumento de entrevista antes de respondê-lo. Apesar da ressalva de tratar-se de uma entrevista aberta com roteiro e não um questionário de perguntas, foi-lhe assegurado o acesso ao roteiro e, assim, reagendada a entrevista. O instrumento de pesquisa foi repassado para este membro no dia anterior ao do contato marcado. No horário agendado, ao chegar ao local marcado pelo professor, este não se encontrava mais, havia deixado com a secretária suas respostas escritas, como se diante de um questionário. A secretária foi instruída para a entrega das respostas, consideradas respondidas e, portanto, dispensada a ocasião de entrevista. Essas respostas não foram incluídas na análise de dados, pois distavam da oportunidade exploratória de posições, pensamentos e formulações ensejados pela estratégia de entrevista.

De todos os professores do curso que receberam o e-mail com a carta convite para participação na pesquisa, apenas 6 professores responderam positivamente ao chamamento. Nas respostas ao e-mail, 2 destes professores colocaram-se à disposição por alegarem que já haviam realizado pesquisa de mestrado e doutorado e sentiam-se convocados à colaboração, relatando conhecimento sobre a dificuldade de realizar “o campo” em pesquisa qualitativa. Outros 4 professores aceitaram o convite por nossas relações de amizade na esfera pessoal. Com os 6 professores que responderam afirmativamente ao convite foram agendadas entrevistas até o número equivalente ao de membros do colegiado (4 professores), adotando-se o critério de ordenamento na precedência de resposta por e-mail.

Todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes, depois foram transcritas e analisadas, agrupadas de acordo com as repostas e reagrupadas conforme os temas tratados, uma vez que cada resposta atravessava vários temas intencionados e não justificavam a recolocação de perguntas. Na utilização das informações qualificadas, os entrevistados foram identificados por letras para garantir o seu anonimato. Foram entrevistados 7 professores no total. Como os professores membros do colegiado também falavam como professores do curso e as respostas, de forma geral, não foram de gestores do processo de organização do curso, mas a respeito da sua atividade como docentes, não foi feita a distinção entre membros do colegiado e professores. Deve-se assinalar que os roteiros usados foram distintos, assim o que se observou é a indistinção da função

ordenadora do curso no que se refere a sua condução. Quando as respostas eram do lugar de gestores elas distavam da *realidade* e tratavam dos temas questionados na esfera da *possibilidade*. Fato que corrobora a proposição de uma UEM de Atenção Primária à Saúde designada como transversal, quando em verdade era apenas longitudinal. Destaca-se a indisponibilidade de um docente na “função gestora” em participar da pesquisa, ou seja, desconhece importância ou privilégio de apresentar os desígnios do curso, sua relação com a política nacional de ensino e suas correlações com o campo de atuação dos egressos.

Os entrevistados foram identificados apenas por letras (ordem alfabética das entrevistas, de A até G). Foram em torno de 10,5 horas de entrevista, realizadas entre abril e maio de 2009, somando 62 páginas de transcrição. Quanto aos “sujeitos”, estes se distribuíram em exatamente 4 homens e 4 mulheres, embora um dos homens não tenha ofertado a oportunidade do contato em entrevista. Dos 7 entrevistados, 57% (4 entrevistados) estão na faixa etária entre 40 a 50 anos; 29% (2 entrevistados) tem menos de 40 anos e 14% (1 entrevistado) tem mais de 50 anos. Quanto ao tempo de docência na UCS, 57% são docentes há mais de 10 anos; 29% entre 5 e 10 anos e 14% há menos de 5 anos. Quanto às áreas de ensino, cabe ressaltar que todos os entrevistados dão aula em mais de uma etapa (semestre) do curso e em mais de uma UEM ou em UEM e estágio curricular de internato, assim 6 são professores em estágio curricular (internato); 4 tem inserção na primeira e segunda etapas (semestres) do curso; 4 tem inserção nas clínicas médicas; 1 dá aula na área de pediatria e 1 dá aula na área de ginecologia e obstetrícia.

O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul para a sua realização. Foi submetido a este Comitê de Ética por pertencer à instituição com a qual se realizou a aproximação com o curso de graduação em Medicina. Posteriormente a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os professores foram convidados por meio de carta-convite a participarem do estudo. Previamente à entrevista, os participantes foram informados e esclarecidos a respeito da mesma e, no momento da entrevista, confirmaram a sua intencionalidade de participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV).

Além de possibilitar uma reflexão e análise sobre as práticas utilizadas no cotidiano de ensino, o estudo permitiu, no próprio momento da coleta de dados, que os atores pudessem avaliar a sua ação didática. Evidenciou-se que tudo o que “foge” ao saber técnico objetivo (biomédico) é assinalado como difícil de ser avaliado, pois é “subjetivo” e, por isso, não é valorizado. Constatou-se também que aspectos importantes dentre as habilidades e competências dispostas nas DCN não são enfocadas no processo de formação, não sendo reconhecidas como habilidades importantes de serem desenvolvidas.

Avaliação como formação de perfil profissional

O perfil profissional desejado pelos atores

O Projeto Pedagógico de Curso estabelece um “perfil à formação”/“perfil do egresso”. No caso da UCS, o perfil médico-profissional desejado embasa suas diretrizes curriculares em consonância com as DCN/Medicina. Como afirma Maia (2004), um perfil do egresso desdobra-se em competências a serem desenvolvidas no curso; estas por sua vez, transformam-se em objetivos, conteúdos, estratégias e procedimentos de avaliação. Quando o centro do processo de ensino-aprendizagem é constituído pelas *experiências vivenciadas pelo aluno*, estas se tornam um importante determinante no seu processo de formação. No caso da UCS, o PPC refere ensino “centrado no aluno”, não na experiência, no encontro ou na interação.

Além dos objetivos institucionais de qualificação do ensino superior e do atendimento das necessidades de atenção à saúde da população regional pela designação de compromisso social da universidade, o curso de Medicina da UCS deve atender não apenas às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina como deve corresponder à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), originários do Ministério da Saúde, uma vez que contemplado em suas linhas de apoio e de financiamento, seja para a interação entre ensino superior em saúde e Sistema Único de Saúde seja para a mudança curricular na graduação pela orientação à integralidade do cuidado. Seu PPC revela afinidade com as históricas recomendações à formação médica advindas das proposições da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, como sugere a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), com a qual busca entabular identificação, tendo em vista uma dimensão de atenção integral. Estas considerações indicam tarefas político-sociais a cumprir, passíveis de tradução ao ensino levado a efeito no cotidiano e de possível constatação em instrumentos de avaliação.

Como a vinculação entre educação, trabalho e práticas sociais deve ser meta da educação superior e como é atribuição constitucional do SUS o ordenamento da formação dos trabalhadores que lhe são afetos, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde e as Diretrizes Constitucionais Nacionais para o setor da saúde constituem referência obrigatória para propor o “perfil do egresso” / “perfil do

profissional a ser formado”. As relações estabelecidas pela educação superior com o sistema de saúde local devem, portanto, ser aspectos que fundamentem o perfil do profissional a ser formado e permitam que se dimensione as mudanças no modelo hegemônico de atenção à saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004), inspirando as oportunidades e os fatores de exposição à aprendizagem, a organização e a orientação do currículo, as práticas de ensino e a política de avaliação. Para Ceccim e Feuerwerker (2004) o “atendimento integral”, diretriz constitucional do SUS, deve orientar a educação profissional da saúde no âmbito da clínica. Na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde a integralidade da assistência está definida como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (LOS, art. 7º). No atendimento integral, há “prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (CF, art. 198).

A mudança na formação pode ou deve ser relativa à orientação dos cursos e não limitar-se aos processos de ordenamento do ensino no interior da organização didático-curricular. Como nos alertam Ceccim e Feuerwerker (2004), a mudança das práticas *antiintegralidade* não se dará pela reconfiguração conteúdo-curricular, simplesmente metodológica ou pela introdução pontual de fatores de exposição à aprendizagem, ainda que os desenhos curriculares hegemônicos, organizados segundo o paradigma biologicista, sejam indiscutivelmente obstaculizadores de outros padrões de educação para a clínica. Faz-se necessária, por conseguinte, a capacidade de contemplar as prioridades expressas pela própria população quanto aos seus cuidados em saúde e uma formação para uma atenção que procure a *produção da saúde* e não só o *tratamento de doenças*.

As competências e habilidades colocadas nas DCN abordam aspectos relacionados a uma atenção à saúde que não tenha como foco apenas o tratamento de doenças, isto pode ser visto no Inciso XIII do Art. 5º. Este inciso trata da capacidade do aluno de atuar na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Este item foi especialmente abordado no roteiro de entrevista. Foi possível notar que existe grande diferença de abordagem em cada uma das disciplinas, mas vale a pena indicar alguns destaques nas respostas. Em primeiro lugar, como é senso comum e natural uma *história da doença e sua evolução*, os professores fazem

referência ao momento da doença em que contatam um usuário/paciente. Embasado neste “estadiamento” se pode fazer a prevenção e/ou a promoção em saúde. Se o *contato* é pela doença, o *encontro* provavelmente é com a doença. Em segundo lugar, aspectos externos acabam controlando comportamentos, o enfoque que é dado à importância de se atuar na prevenção e promoção é relativo ao que é “aceito” e “preconizado” em sistemas de legitimação, isto é, por uma determinada sociedade de uma determinada área. Assinalo:

a formação dos professores é de especialista, mas as próprias organizações internacionais das especialidades vêm fazendo isso, cada vez mais. Mesmo os estadiamentos das doenças... as diretrizes clínicas têm se preocupado em mudar estilos de vida. (entrevistado B)

me parece que isso é inerente ao desempenho profissional. Sempre se fala em promoção e prevenção à saúde, todo o enfoque é no sentido da prevenção, no sentido de não adoecer, e na promoção da saúde. (entrevistado C)

na discussão de caso clínico é colocado como se pode prevenir a doença, uma vez feita ou não a prevenção como se dá a evolução e como se pode interromper essa evolução. Os alunos têm que saber toda a história da doença, não a patologia uma vez instalada, mas porque isso aconteceu, quais são as incidências, as pessoas predispostas a isso... (entrevistado D)

falo para eles para que a gente eduque as pessoas a fazer prevenção. Enquanto isso não acontecer não vamos curar gente, vamos fazer tratamento paliativo. Sempre enfoco em que momento da doença encontramos o paciente, se tu encontrar bem no início tu vai curar, se tu encontrar bem no fim tu só vai confortar, se educarmos as pessoas a prevenir, nós vamos curar mais gente e nosso serviço vai ser mais gratificante. (entrevistado E)

na nossa UEM não se vê isso de aspecto preventivo, um olhar mais amplo, a gente não têm isso. Talvez essa seja uma das coisas que se tenha que corrigir, é impossível tu só tratar e não prevenir. (entrevistado F)

Segundo os professores, promoção e prevenção colocam-se relativamente às doenças. A noção de intervenção em saúde é de evitar ou tratar as doenças, a saúde se coloca na perspectiva da cura, do estabelecimento. O olhar abrangente é sobre o comportamento da história pregressa e atual de ou da doença/doença.

Sabe-se que os aprendizados resultam dos fatores de exposição que são proporcionados (proporcionar uma zona de desenvolvimento proximal) e que os alunos não aprenderão apenas por transmissão cognitiva, desse jeito apenas farão uma memorização de conteúdos. Para incorporar modos e perfis são necessárias exposições de si e contato com a alteridade (o outro despertando diferença-em-nós), quer dizer, para se re-produzir um certo modo de fazer em saúde é necessário que seja permitido durante a construção profissional um *experimental* de modos diversos do fazer e uma exposição a situações que favoreçam interações sociais e simbólicas durante o seu processo formativo. Assim, a implicação dos estudantes revela-se determinante de seu protagonismo, a ser reconhecido e incentivado (Ceccim e Carvalho, 2006; Ceccim e Pinheiro, 2006).

A educação da saúde envolve um aspecto que a constitui por meio da própria estrutura pedagógica do curso (um currículo e uma avaliação das aquisições), mas envolve outro aspecto relacionado às relações de aprendizagem (processos cognitivos, processos afetivos e processos sociais). Estes dois aspectos devem estar associados, o saber técnico deve estar inscrito no perfil de prática, nas relações. Os ambientes de exposição tornam-se desta forma campos de construção cognitiva (aprendizagem formal) e afetiva (socialidade) onde a vivência nos convoca a novas percepções, novos olhares, novos processos de subjetivação (Ceccim, 2008).

É necessário que se entenda que o crescimento das especializações médicas não garante a satisfação da população no que concerne ao atendimento, aos serviços e à própria relação com os profissionais de saúde. Os alunos devem estar cientes de que a superespecialização não irá garantir uma boa relação médico-paciente, mas é bem sabido, e faz parte da nossa realidade atual, a forte tendência entre os estudantes de procura pela superspecialização e um dos fatores predisponentes a esta postura é justamente a fragilidade do ensino sobre o SUS na formação básica. Há desconhecimento em relação à história da organização do sistema de saúde no Brasil, ao processo de sistematização, organização e implementação do SUS. Além deste desconhecimento, em que o aluno se coloca e é colocado, como se não lhe dissesse respeito, quando ocorre debate neste campo de atuação o enfoque com que se opera a discussão sobre os serviços está

concentrada na suposta diferença das condições de trabalho no setor privado e no setor público (Ceccim e Carvalho, 2006, p. 88).

As DCN pretendem que os profissionais saibam lidar criticamente com a “dinâmica do mercado de trabalho”, conforme colocado no Inciso XVI do Art. 5º. Para que esta habilidade seja desenvolvida ela deveria necessariamente fazer parte do processo de formação, deveria ser abordada na construção profissional do futuro médico. Este aspecto, abordado no roteiro de entrevista, aportou a detecção, primeiro, de que esta abordagem tem caráter informal (absolutamente coloquial) e, segundo, de que a lógica do capital ou liberal-privatista vem agregada à abordagem do assunto:

eu pergunto: vocês sabem quanto um médico ganha? Sabem cobrar uma consulta? Não sabem, não tem noção nenhuma e estão se formando. Ao longo da faculdade isso não é falado, isso é meio velado. Sabem que o consultório tem que ter um alvará pra funcionar? Eles não têm nem noção. (entrevistado A)

eu vejo o médico já no mercado também. Eu vejo o que tem de bom e vejo os equívocos, vejo o interesse e o desinteresse, vejo o desleixo, vejo gente não envolvida com o processo de trabalho. Exemplo: pensem num gestor de saúde tendo um profissional que sabidamente trabalha mal. Ele passou no concurso e ele tem que colocar ele em algum lugar, porque ele é um profissional também, e o gestor tem que pensar: qual é a unidade básica que eu vou estragar com esse profissional, porque eu preciso colocar ele em alguma. Quem quer ser este profissional? Tem que ter cuidado para não ser esse profissional, não ser esse profissional tão difícil de tratar ou tão rudimentar nos seus conhecimentos que vai estragar o lugar que trabalha. A gente corre esse risco, ainda mais numa equipe, de ser o pior da equipe. (entrevistado C)

se ele quiser saber e quiser puxar assunto com o professor e conversar ele vai saber, se ele não puxar essa conversação não vai ficar sabendo, porque não tem uma disciplina específica (...). Isso não é dado em livro, nem é dado durante as aulas com planejamento de disciplina, isso é dado durante as aulas para enriquecimento das dificuldades que eles vão ter. (entrevistado D)

digo para eles, escolher uma especialidade é um desafio porque tem que ser uma especialidade que tu goste, que esteja de acordo com o estilo de vida que tu quer ter e que te traga a remuneração necessária pra ti fazer o que tu imagina que tu quer fazer. (...) Não adianta tu dizer: ah eu gosto muito é de fazer Medicina comunitária se com isso tu não conseguir pagar as tuas

contas, então mesmo que tu goste muito disso se tu não conseguir pagar as tuas contas tu não vai ser um bom médico comunitário. (entrevistado E)

eles não têm a mínima idéia de como é a nossa vida e a nossa rotina em relação a ter que cumprir as coisas, para ter um aporte financeiro que supra as necessidades. Eles reclamam que vai ter plantão hoje e prova amanhã, eu falo: olha vai ter muitos dias que teremos plantão, consultório, cirurgia de noite e no outro dia tem plantão de novo. Acho que é muito sonhador quem tem outra idéia, meio romântico isso. A maioria não tem idéia disso, esse é outro ponto falho. (entrevistado F)

entro nesse assunto mais por acaso, alguma conversa informal sim, mas não que eu tenha um programa de falar sobre isso com todos os alunos, todas as turmas. Pergunto o que eles pretendem fazer, e para quem quer fazer clínica e consultório digo: hoje em dia vai ter que ter outro lugar para ganhar dinheiro. (entrevistado G)

De pronto chama a atenção o enfoque que é dado nestas abordagens e que realmente direcionam os alunos a analisarem qual a especialidade médica a que se vincularão, com um tom de aquisição de renda e o que é mais lucrativo. A prática generalista não se apresenta ao discurso. Igualmente chama atenção o tom de casualidade com que se trata o tema, apenas colocado em espaços informais, muitas vezes por iniciativa dos próprios alunos que expressam questionamentos.

A formação que busque uma prática de saúde resolutiva exige que os alunos desenvolvam, além de alta competência técnico-científica, compromisso e permeabilidade aos aspectos relacionais e competência política no contexto sanitário. Como nos dizem Ceccim e Capozzolo (2004), *requer uma combinação de tecnologias de dimensões materiais e imateriais*, tecnologias duras, leve-duras e leves, em que, a disponibilidade de equipamentos e exames de apoio diagnóstico e terapêutico seja tão importante quanto o acolhimento, o estabelecimento de vínculo, a garantia de um espaço de interação e troca entre profissional e usuário e de uma criação de potência de vida no caminho indicado para a melhora dos estados de saúde. Para Merhy (2005), as tecnologias em saúde podem ser leves, quando se referem às relações (encontro) entre profissionais e usuários como na “produção” do cuidado, do acolhimento e da gestão do processo de trabalho; leve-duras, quando se relacionam aos saberes estruturados que operam no processo de trabalho (assistência, epidemiologia, pronto-atendimento etc.); e duras, quando se referem a

equipamentos, máquinas, normas e estrutura organizacional.

Ao procurarmos estes aspectos nas DCN, encontramos no Inciso IV do Art. 5º como competência e habilidade a ser desenvolvida a capacidade do aluno de educar os seus usuários, familiares e comunidade. Este tópico foi questionado na entrevista e pode-se observar que os professores relatam sua abordagem pelo aspecto do auto-cuidado. Outras vezes, esse é um aspecto que fica a cargo do próprio aluno desenvolver ou não. Foi ilustrado:

naquele momento funciona, de educar, de procurar, de mostrar pro outro que eles têm que se preocupar com o seu organismo, que se tu não cuidar de ti ninguém cuida. (entrevistado E)

isso que eu pretendo que eles façam, mas eu quero mais é que eles aprendam o conteúdo. (...) não tenho esse objetivo como primordial, a minha preocupação é que eles entendam o que está sendo explicado, para eles saberem fazer um diagnóstico. (entrevistado G)

Contudo, os professores também reconhecem as limitações observadas no desenvolvimento destes aspectos, como exemplificado:

eles deveriam informar e educar melhor, muitas vezes eles travam e esperam que tu intervenha, que tu oriente. Essa coisas da comunicação com pacientes e com os familiares, dentro dos consultórios acho que a gente não consegue, sinto que eles terminam o internato e ainda não estão prontos (...) não se comunicam como gostaria. (entrevistado A)

Houve muita concordância entre os professores de que a comunicação é aprendida na exposição a que os alunos são submetidos e ao verem seus professores atuando, pois que servem como parâmetros e modelos a serem seguidos. Citaram:

eles aprendem no momento em que são expostos e enfrentam os problemas. Médico foi feito para resolver problemas. Ele tem que identificar problema e resolver os problemas (...). Ele não vai aprender isso estudando teoria, porque ele não vai sentir necessidade. (entrevistado B)

eles tem que ser educados a isso, tem que ser enfatizado isso, como falar pro paciente, seja ele do tipo que for. Eles acompanham o professor pra isso, para saber como examinar, como falar, como abordar determinado assunto, assuntos mais

complicados que tem o que passar pro paciente. (entrevistado C)

eles aprendem com o professor, eles se espelham nas recomendações que os professores falam, isso é verificado nos ambulatórios. A gente fazendo ambulatório eles te vêem explicando a doença, explicando as recomendações e tudo. E mais isso. Na próxima vez eles têm que fazer. Isso eles aprendem não é no livro, é junto com o professor. (entrevistado D)

tenho firme convicção de que isso tu aprende enxergando o professor fazendo, e aprende vendo pacientes. E isso é por repetição também, não adianta enxergar o teu professor fazendo isso uma ou duas vezes. (...) Nesse sentido, não se tem especificamente uma orientação para o aluno, a gente costuma abordar isso, mas não é específico. (...) Porque junto com isso tem cada vez maior avanço tecnológico na Medicina, fica muito mais do que examinar, ver o exame e dar o resultado do exame. Muitas vezes, a gente se depara com um caso, coloca um determinado exame com uma patologia: ah, isso é tal coisa, eu iria fazer isso e aquilo. Tudo bem, mas alguém iria examinar o paciente? Alguém iria dar um analgésico pro paciente? (entrevistado F)

Reforçando a importância da interação estabelecida entre os sujeitos envolvidos no ambiente de aprendizagem, seja o aluno observando seu professor, seja ele se colocando em troca com o próprio usuário. Importante lembrar como é que o professor se porta ao ser exemplo para o aluno, se como proprietário de um saber técnico e alguém que vai realizar uma determinada intervenção sobre o outro ou se é um espaço com oportunidade de criação de possibilidades e caminhos para a definição da conduta a ser seguida. Ainda se enfatiza muitas vezes a importância atribuída a *tecnologia dura* ou *leve-dura* em detrimento do estabelecimento de uma ação de cuidado entre sujeitos envolvidos e implicados em ato. Quando se consegue perceber que o mais valorizado é a tecnologia dura (o exame) e se questiona isso, o objetivo não é o de “parar e olhar” para o usuário ou de “parar e falar” com ele (tecnologias da relação), mas para utilizar o conhecimento estruturado (tecnologia leve-dura) examinando e medicando.

Outros dois aspectos pontuados pelas DCN como competências e habilidades a serem desenvolvidas são a disposição para diagnosticar e tratar as doenças mais prevalentes (Inciso VII do Art. 5º) e atuar em atividade de planejamento em saúde (Inciso XX do Art. 5º). Estes dois aspectos foram abordados nas questões de entrevista.

Relacionado ao item que trata do planejamento em saúde, alguns admitem não abordar este assunto, outros o fazem de uma maneira geral e, outros ainda, têm o entendimento de um planejamento para intervir em patologias sob sua atenção e na sua história natural, o enfoque predominante foi o individualizado, com um olhar biologicista. Foi vocalizado:

estava conversando com eles: por que não se faz triagem para todos (...)? Porque não tem dinheiro? Aí faço eles pensarem: onde vai o dinheiro? Onde ele poderia estar? Se conversa bastante sobre política de saúde. Faço eles pensarem sobre essas coisas. (entrevistado A)

as intervenções são ensinadas em grande parte do curso, de planejamento individual de cada caso. Planejamento de grandes ações, não. (entrevistado B)

na disciplina da especialidade não é contemplado esse planejamento. Como planejamento que se deva fazer em saúde... não dá tempo pra isso. (entrevistado C).

nas especialidades, inúmeras vezes se faz uma progressão e uma regressão da doença em que se avalia do seu início até o seu final e em quês pontos se deve interromper esse processo da doença, desde a sua origem. (entrevistado D)

sem dúvida, porque tem determinados assuntos que não tem como falar sem falar de política de saúde, sem falar de prevenção. Sempre conto que em 1998 se fez uma campanha enorme de prevenção do câncer ginecológico, se diagnosticou um monte de casos precoces (...), e ninguém fez o planejamento do que fazer com as pacientes diagnosticadas. Foi uma falha muito grande do Programa (...), não adianta encontrar o problema e não saber o que fazer com ele. (entrevistado E).

nós na UEM não tratamos. (entrevistado F)

Contextualizando essas colocações em suas verbalizações, percebe-se a veiculação de uma mensagem de “incompetência” e “falta de gerenciamento” nas ações realizadas na esfera pública, que administra mal as suas verbas ou não planeja adequadamente as suas ações, transmitindo uma mensagem para os alunos de que realmente não há como dar certo. No fundo, a mensagem é do desafio: afinal, alguém quer trabalhar em, ou pode respeitar, um lugar onde as coisas não funcionam e nada dá certo? Não são interrogações ao pensamento de um possível planejador/empreendedor da área pública ou da área de especialidade na saúde

coletiva e nem de matriciamento do especialista à APS.

Com relação a abordar os temas mais prevalentes houve consenso entre todos os professores de que só são abordados em aula os temas de alta prevalência, pois, com a reforma curricular, as disciplinas tiveram seus espaços para aula teórica diminuídos, e os componentes de prática aumentados. Todos os professores colocaram que apenas aquilo que é mais prevalente é dado em aula. Foi referido:

tem que priorizar algumas coisas e se prioriza o que é mais prevalente, sem dúvida. (entrevistado A)

sim, porque como se reduziu muito a carga de aulas teóricas, só sobraram as doenças mais prevalentes. Nas UEMs, as aulas teóricas são 30% da carga horária total, então em aulas magistrais só sobraram as doenças mais prevalentes mesmo, tem que realmente dar em aula só as doenças mais prevalentes. (entrevistado B)

Quando falamos de perfil do egresso, o que estamos colocando em questão é qual o comportamento que esperamos do profissional formado. Maturana (2001) coloca que comportamentos são posturas ou posições que um observador descreve como movimento ou ação relativa a um determinado ambiente. O professor e a sociedade, por conseguinte, ao formularem um perfil de egressos descrevem comportamentos que desejam ver em movimento ou ação na forma de se relacionar, de se expressar, de se expor e de se colocar em prática um profissional.

Maturana (2001, p. 153-154) destaca, ainda, que *a conduta não é alguma coisa que o ser vivo faz em si, pois nele só ocorrem mudanças estruturais internas (...)*. Na medida em que as mudanças de estado de um organismo dependem de sua estrutura, essas mudanças de estado do organismo em seu meio serão necessariamente congruentes ou comensuráveis com ele, por isso, o comportamento parecerá ou não adequado a depender do ambiente em que o descrevermos. *O êxito ou fracasso de uma conduta são sempre definidos pelo âmbito de expectativas especificadas pelo observador*. Portanto, a expectativa que a sociedade/população tem em relação ao profissional ou a sua atuação será decisivo para um certo modo de ensinar em saúde. É necessário haver uma sincronia entre o que se coloca nas DCN como competência e habilidades pretendidas, o que a

sociedade quer dos egressos de sua educação superior e o que a população necessita para promoção, proteção e recuperação de sua saúde, o que o sistema de saúde requer como projeto de Estado e aquilo que as instituições de ensino se organizam para oferecer.

As competências e habilidades colocadas nas DCN abordam claramente o comportamento esperado dos profissionais ao colocar que estes devem ser capazes de atuar em equipe multiprofissional, como colocado no Inciso XXI do Art. 5º. Este aspecto foi abordado na entrevista. Fica muito clara a inexistência de atividades concretas e de vivências que estimulem positivamente o aluno a desenvolver habilidades para trabalhar em equipe e desenvolver um trabalho em colaboração. Como narrado:

a gente fala muito disso, mas na não prática não tem muito disso. (...) Especificamente como a gente entrosa as pessoas no serviço, acho que isso não tem interface ainda, não temos reuniões em conjunto, nada sistemático, isso não tem. Agora, fora exemplo, fora dizer que eles precisam respeitar outros profissionais... (entrevistado A).

(...) sempre pontuo qual é o papel do médico entre as profissões. Porque o médico tem que desenvolver o seu papel. (entrevistado C)

esses encontros são mais a nível de internato. No currículo não tem espaço para isso (...), não tem crédito para isso, senão encarece muito o currículo do aluno. (entrevistado D)

procuro falar para eles que é necessário trabalhar em grupo, que eles precisam um dos outros (...) Não é porque a gente é médico e o outro é fisioterapeuta que ele é melhor ou pior, não é o título que faz o profissional ser bom, tu podes ser um ótimo médico ou pode ser um medíocre, e tem o mesmo diploma. (entrevistado E)

tem vários ambulatórios muito interessantes que trabalham de forma interdisciplinar, onde se atende junto com a fisioterapia, a psicologia, a nutrição, o serviço social, a enfermagem... Saber se colocar dentro de uma equipe, isso é muito importante, saber se colocar, saber falar e saber escutar, mas não é essa a tônica nesses ambulatórios. (entrevistado F)

Os espaço de encontro com outras categorias profissionais não é explorado como uma forma, uma possibilidade de trabalho, a integração e o compartilhamento de saber permanece cerceado pela lógica de atuação médico-centrada. Existe o

espaço e o contato com outros profissionais, mas a lógica vigente ainda é a de que cada um cuida “da sua parte”. Lembrando ainda que esses encontros são mais evidentes no período de estágio de internato, que ainda ocorre, em grande parte, no ambiente hospitalar, que reproduz e mantém um modelo de assistência fragmentado e hierarquizado.

O resgate da integralidade e da humanização da atenção à saúde de que tanto se fala, se faz necessário para ampliar a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, para que os alunos, profissionais em formação, se tornem mais capazes de incluir as histórias de vida, familiares e culturais que acompanham os processos de adoecimento nas suas anamneses; sejam mais responsáveis pelos projetos terapêuticos propostos e com uma real implicação neste processo, mais interessados em desenvolver a autonomia dos usuários, tornando-os mais ativos na produção de seu estado de saúde (Ceccim e Capozzolo, 2004, p.368).

As DCN demonstram esse sentido e importância ao colocarem como uma das competências e habilidades a serem buscadas o desenvolvimento de uma atuação que garanta a integralidade, conforme disposto no Inciso XII do Art. 5º. No roteiro de entrevista, a abordagem desta habilidade foi buscada. Nesta questão, a própria formulação da pergunta causou um certo “estranhamento” para os entrevistados, muitos solicitaram esclarecimentos sobre o que estava sendo questionado antes de darem a sua resposta. Algumas colocações encontradas a este respeito foram:

tu não consegue ver um paciente num pedaço, embora eu seja especialista, acho que nós não vemos só um pedaço, o paciente é um todo. (entrevistado C)

nas partes básicas das UEMs eles aprendem as coisas e vislumbram que as doenças tem um meio em que ela está inserida e etc.. Mas o reconhecimento disso se dá no internato é lá que eles vêem que aquilo é verdade. (...) Isso é muito colocado, essas condições de doença, pessoa e meio ambiente, isso é muito colocado, inclusive no manejo da patologia, manejo da medicação, tem que se ter uma idéia dessas condições gerais, não adianta exigir uma coisa que o paciente não vai conseguir fazer. (entrevistado D)

sempre procuro colocar a pessoa como um todo (...) na verdade o paciente é um filme e tu vai correndo ao redor dele tentando se inserir e entender o que está acontecendo (...) é claro que a maior

parte de nós vai ser especialista, mas tem que entender que atrás da especialidade tem um todo e pode ser que algo que esteja acontecendo com aquela pessoa seja de outra especialidade, seja reflexo de outra. (entrevistado E)

atualmente, não vejo a integralidade muito colocada no currículo, como espaço formal. (entrevistado F)

quando abordo casos clínicos... Exemplo: quando se mede a pressão arterial... isso gera desconforto para o paciente, tem que lembrar que aquele braço é de uma pessoa, não é um braço separado da pessoa, não é só olhar se o aparelho está certo, mas olhar a pessoa que está ali. (entrevistado G)

Com relação a algumas respostas colocadas, nota-se que ainda é muito presente a idéia da especialidade e uma tentativa, por parte de alguns professores, de não fragmentar o usuário, mas uma reflexão embasada nas respostas permite verificar que a integralidade abordada limita-se a uma integralidade orgânica, biológica, de olhar e pensar que “outra especialidade médica” pode estar influenciando. Muito há que se avançar para alcançar o “humano” e englobar outros aspectos de vida da pessoa, da sua situação de vida, de conflitos e sofrimentos inerentes aos processos de viver ou adoecer e, mais que isso, incluí-los na elaboração do seu projeto terapêutico, no desenvolvimento da sua autonomia e na construção de uma responsabilização com a cura que implique o *andar a vida* individual e coletiva (não a sobrevivência, a qualidade de vida por parâmetros de normalidade biológica ou moral).

As práticas constatadas pelos atores como processo de formação profissional

A orientação da avaliação do ensino médico presente no curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, de acordo com seu Projeto Pedagógico de Curso tem características formativa e somativa. Retiro do PPC algumas informações que, a seguir, transcrevo:

a avaliação é formativa, ao permitir a correção, a reformulação e a melhoria do processo de ensino e aprendizagem e do desempenho dos alunos. Os aspectos somativos estão relacionados à verificação dos fatores críticos para a prática profissional e a certificação do progresso do conhecimento cognitivo ao final do período de graduação e estão relacionados

aos conteúdos programáticos planejados para cada Unidade de Ensino Médico.

a avaliação formativa é representada pela criação de um instrumento que contempla tópicos de verificação de postura do aluno e também permite a avaliação de situações práticas vivenciadas durante sua atuação em laboratórios, ambulatório, hospital e comunidade. A adequada inserção deste instrumento implica em reuniões periódicas entre os docentes (Conselhos de Classe) para que se identifiquem alterações de percurso das atividades discentes e, ao identificá-las, que se institua um planejamento de correção cabível, permitindo ao aluno ajustes que o reabilitem e o mantenham em consonância com seus colegas.

a avaliação formativa é contínua e procura identificar a aquisição de aptidão específica para as competências e habilidades essenciais à profissão médica, conforme os objetivos de cada UEM. Se, no decorrer do semestre e ao seu final, o aluno não estiver apto no conjunto de competências e habilidades essenciais da UEM, o mesmo não obterá aprovação. Aos conceitos obtidos na avaliação formativa são agregados os conceitos obtidos pela avaliação somativa, caracterizada por provas de avaliação de conteúdos teóricos.

Parece fundamental saber a que os atores (professores) se referem quando informam *avaliação formativa* e verificar como transcorre o processo de avaliação no curso, ciente de que, muitas vezes, mudamos terminologias e palavreados, mas não mudamos as práticas. Nesse sentido, o roteiro de entrevista colocou como primeira questão, não só uma aproximação ao tema a ser tratado – a avaliação na educação médica – como também um esclarecimento a respeito do que os professores consideravam como avaliação formativa e avaliação somativa.

As respostas encontradas abordaram diferentes aspectos relacionado ao que se entende por avaliação formativa e avaliação somativa, segundo entendimentos pessoais e não o desdobramento do PPC, como se pôde escutar:

o que se prioriza na avaliação formativa é avaliar a construção do conhecimento pelo aluno, muito mais que a memorização. E a construção de posturas médicas, de habilidades e competências (...), mas o entendimento disso por grande parte do corpo docente é bem complicado, porque eles tomam como avaliação formativa pré-requisitos como ser pontual, ser asseado... e não realmente como uma situação de retro-alimentação quase que instantânea do desempenho e da evolução do aluno. (...) A avaliação

somativa tem várias maneiras, variam entre as várias escolas médicas: instrumentos como provas e trabalhos (...) Na avaliação formativa, muitas UEMs fazem conselho de classe, (...) quando os alunos, após serem considerados pelos professores como inadequados e inaptos em muitas das habilidades e competências que tinham que ser desenvolvidas, são chamados para uma reunião pelo coordenador da UEM. Os alunos têm uma resposta positiva a isso. (entrevistado B)

acho que não existe esta diferença entre avaliação formativa e somativa. No meu ponto de vista, a avaliação tem que ser única e nessa avaliação única tu vais avaliar o conhecimento e a aplicabilidade desse conhecimento (...). Para qualquer ato formativo de aplicabilidade do conhecimento, tu precisas do somativo (...) e cada área, cada disciplina, estabelece suas melhores avaliações (...). (entrevistado D)

Estes posicionamentos nos servem de “entrada”. Vê-se como é difícil colocar na prática os termos utilizados rotineiramente e presentes nos documentos. Sem questionamento, sua implementação na realidade do ensino e sua utilização, como objetivo e objeto de pensamento, não elabora condutas. Colocar a avaliação como formativa necessitaria uma apropriação de sentidos, motivos e processos.

O curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul pretende “formar cidadãos-médicos aptos a identificar e resolver os problemas prevalentes de saúde nos seus vários âmbitos de atenção”, assim, o aluno deverá, segundo o PPC, construir as competências e habilidades previstas pelas DCN/Medicina.

As competências e habilidades (capacidades) referidas no PPC estão plenamente de acordo com o que é definido pelas DCN/Medicina. Dentre todas as competências e habilidades listadas, existem as que se colocam como verdadeiros diferenciais da formação hegemônica, estas são as *capacidades* que o roteiro de entrevista buscou identificar e explorar, pretendendo identificar fatores ou formas de ensino-aprendizagem que favoreçam os seus desenvolvimentos, pois entendo que a concordância formal (por meio do projeto pedagógico do curso) não significa necessariamente implementação curricular ou mudança na formação. Este estudo pretendeu considerar a presença destas habilidades e competências na construção da avaliação da aprendizagem dos alunos.

A avaliação é um dos componentes fundamentais ao modelo pedagógico e,

muitas vezes, seu valor é ainda maior, pois funciona como a motivadora da aprendizagem. Os métodos e instrumentos de avaliação, de forma geral, estão fundamentados em concepções de educação, de sociedade e de pessoa e em valores morais. São essas concepções e valores que regem o fazer avaliativo e que lhe dão sentido. Assim, em todo o processo de mudança é preciso, então, pensar primeiro em como os educadores pensam a avaliação antes de mudar metodologias, instrumentos de testagem, formas de registro etc... *Reconstruir as práticas avaliativas sem discutir o significado deste processo é como preparar as malas sem saber o destino da viagem* (Hoffmann, 2006, p. 13).

A avaliação permite que se conheça a qualidade dos processos de ensino e dos resultados, expressos pelo conhecimento. No âmbito da educação, este conhecer deve estar relacionado a formas de valorizar os processos que produzem certos resultados e intervir a tempo, se necessário, com a sincera intenção de assegurar o êxito dos que participam do processo educativo. Este deverá ser, segundo Álvarez Méndez (2002, p. 64), o sentido da avaliação formativa, que também será necessariamente contínua e pessoal. A avaliação necessariamente deve estar a serviço da aprendizagem. Como alerta Álvarez Méndez (2002) “ela não é um apêndice do ensino”, mas uma atividade que deve convidar a continuar aprendendo, colocando-se a serviço da prática docente, no sentido de melhorar a formação. O professor deve, sim, questionar-se sobre os instrumentos de avaliação e sobre o que está avaliando nos seus alunos, se avalia simplesmente para ter algo que justifique a nota dada no final do período letivo ou se para considerar o aprendizado alcançado pelos seus alunos, bem como, questionar-se sobre as práticas enfocadas, os comportamentos adquiridos e condutas internalizadas.

Este componente das entrevistas trouxe momentos em que os professores permitiram-se a questionar o seu processo avaliativo, dando-se conta do que realmente estão tomando como objeto e objetivo de avaliação. Puderam demonstrar sentimentos, mesmo que um pouco contraditórios, com a forma com que avaliam os alunos, exemplificando:

à medida que o aluno avança no curso, ele precisa adquirir habilidades, então temos que ter outras formas de avaliação, além da escrita. Uma avaliação que se faz junto ao aluno, de como ele está adquirindo habilidades, desenvolvendo as habilidades,

corrigindo distorções e vendo como ele se coloca na frente do paciente, como que ele examina o paciente, como ele trata o paciente, que interesse ele tem pelo que ele está realizando. Acho fundamental este tipo de avaliação (...), mas, acho que na universidade está se dando peso quase somente à prova objetiva. (entrevistado C)

Muitas vezes, conhecer a maneira como o aluno aprendeu é muito mais importante do que conhecer aquilo que ele aprendeu, porque qualifica o sujeito para continuar aprendendo permanentemente. Frente a todas as mudanças que ocorrem diariamente, o avançar em tecnologias e em conhecimentos científicos e habilitar os alunos a aprenderem a aprender constitui algo de extremo valor, mostra-lhes o caminho que devem seguir depois como profissionais.

A avaliação adquire diferentes noções de acordo com a perspectiva com que é analisada. De acordo com Saul (2006, p. 29), a noção de avaliação como sinônimo de medida é valorizada pelas suas características de objetividade, fidedignidade e possibilidade de manipulação matemática dos dados, mas é criticada por ser simplista, inflexível e limitada. Nesta simplicidade corre-se o risco, geralmente inevitável, de se relegar a um segundo plano aspectos importantes do processo ensino-aprendizagem. Um dos entrevistados exemplifica com a seguinte colocação:

acho que o conhecimento científico tem que ser relativizado na hora da avaliação e as coisas afetivas, de comportamento, de atitudes deles com os pacientes, são importantes. A gente vê que eles saem muito crus, talvez porque a gente não cobre isso deles, as atitudes, o jeito com que eles se portam. E a gente não exige isso deles (...). Na prática, essa avaliação fica subjetiva, tem uma pontuação que se usa: assiduidade, pontualidade, participação, habilidades técnicas e conhecimento teóricos. (entrevistado A)

Os testes de rendimento ou os exames conhecidos como tradicionais (provas objetivas) carecem de interesse e de valor formativo, porque não nos dizem nada que nos ajude a entender os processos envolvidos na aprendizagem do aluno. Assim como as formas mais habituais de corrigir acabam não possibilitando o aprendizado, estes mesmos meios de avaliar também não permitem que os professores aprendam com os resultados para melhorar suas práticas. Ao passo que, se o professor entender os modos de aquisição e de assimilação que seus alunos utilizam, ele pode agir adequadamente no plano didático. Por se tratar o ensino na saúde de uma aprendizagem que colocará o estudante em relação com

outros sujeitos (usuários), ao se considerar que a técnica não deve vir só, mas acompanhada de um modo de cuidar, o professor passa a desempenhar na sua prática de ensino, em ato, no momento vivo da interação, o instrumento de ensino. Um dos entrevistados coloca seu entendimento sobre a avaliação objetiva:

as provas de assinalar que a gente faz, até pelo tempo que se usa para corrigir, não avaliam tão adequadamente. Mas usamos para facilitar e poder dar uma nota, por isso se faz muita questão de ter que pensar e com interpretação de texto no enunciado, para tentar dificultar um pouquinho. Acho muito ruim de avaliar a prova de assinalar. (entrevistado G)

Como ressalta Álvarez Méndez (2002, p. 64) a avaliação mais comum e mais centrada em técnicas tradicionais ou do tipo teste, como são as provas objetivas, não chega a níveis de pensamento complexo nem à habilidades mentais superiores, a capacidade de avaliar nunca entra nos planos de ensino nem faz parte das tarefas de aprendizagem. Foca a atenção em ocupações que requerem e premiam a memória mais episódica, a lembrança parcelada sobre o imediatismo, a repetição automática. Os alunos são colocados como receptores de informações, quando na verdade se desperdiça a oportunidade de, ao aprender conteúdos concretos, aprender a valorizar aquele conhecimento.

Todos os sujeitos envolvidos com o processo de formação necessitam aprender *sobre* e *com* a avaliação. Pois ela atua a serviço do conhecimento e da aprendizagem. Aprendemos com a avaliação (professores e alunos) quando a transformamos em atividade de conhecimento e em ato de aprendizagem, isso pode e preferencialmente deve ser feito, no momento da correção. Quando o professor consegue assegurar a aprendizagem, também pode assegurar a avaliação, a boa avaliação que *forma*, transformada ela mesma em meio de aprendizagem e em expressão de saberes. Só então se pode falar com propriedade em avaliação formativa (Méndez, 2002, p. 14). Um dos professores entrevistados coloca isso ao afirmar que:

é a avaliação que conforma a ação, o desempenho da pessoa, como ele vai jogar o jogo. (entrevistado B)

Demonstrando que, ao colocarmos determinados aspectos em avaliação, estamos valorizando estes aspectos, isso fica implícito no processo de

aprendizagem, passando para o aluno o que “realmente importa”.

Ao se tratar do modelo de avaliação *quantitativa*, a educação passa a ser um processo tecnicista, com nítida diferença entre fatos e valores, entre determinação de fins e objetivos da educação e a neutralidade técnica da intervenção avaliativo-tecnológica. Sua preocupação é comprovar o grau com que os objetivos previamente estabelecidos foram alcançados. Neste caso, a avaliação cumpre o papel de apoio ao planejamento que é, por sua vez, externo ao processo de ensino. Neste tipo de abordagem, situam-se modelos de avaliação embasados em objetivos comportamentais, análise de sistemas e com enfoque na tomada de decisões (Saul, 2006, p. 44).

Por outro lado, ao se tratar da avaliação *qualitativa*, a posição do avaliador não é neutra, ela não é livre de considerações de valor. A avaliação qualitativa tenta compreender uma determinada situação onde interagem seres humanos com intencionalidades e subjetividades, levando em consideração as diferentes opiniões e posições mediante as quais os sujeitos interpretam os fatos e objetivos e reagem nas diferentes situações (Saul, 2006, p. 45). Um dos entrevistados colocou essa questão da sua implicação ao “dar” uma nota subjetiva, referindo a nota dada para a aula prática, e da importância de compartilhar as informações com outros professores como modo de ser “justa” a nota atribuída, como colocado a seguir:

a nota subjetiva é na avaliação prática, agora quando começamos a nos reunir para dar nota vemos que tem diferenças de um professor para o outro. Eu tenho muito medo de errar. Nesse sentido, não tenho um parâmetro muito seguro na avaliação prática. (entrevistado G)

Ainda se faz necessário lembrar que a avaliação sobre haver ou não acumulação de conhecimento deve ocorrer sempre num contexto relacional. É em relação a este efeito que cada um de nós, professores, usuários e alunos fazemos uma avaliação de comportamento, de mudança de comportamento e de conhecimento e aprendizagem. Um dos entrevistado destaca que após a mudança curricular foi possível observar uma mudança de comportamento por parte dos alunos:

pode não ter mudado o imaginário, mas eles têm mudado em

atitude. Como eles tratam os pacientes, isso já é um ganho. Essa nova relação médico-paciente, como eles tratam os pacientes, olhar a pessoa mais como um todo, cumprimentar, dar informações, essas coisas todas que são importantes. (entrevistado B)

De acordo com Luckesi (2002) nenhum ato de avaliação é um ato neutro, e ele não se encerra na sua constatação, ele é um ato dinâmico que implica na decisão de “o que fazer”. Chegar ao diagnóstico é apenas uma parte do ato de avaliar, se o que foi encontrado e constatado não gera uma ação, uma reflexão, um debate, uma nova prática de ensino, uma decisão, na verdade não se completa o ato de avaliar. Ao se constituir a avaliação da aprendizagem apenas num processo objetivo, normativo e padronizado há uma deturpação de seu significado essencial, o aprendizado como uma estratégia de si e capacidade de operar atos na realidade.

O que se pretende é que o aluno utilize em suas avaliações os critérios destinados a justificar a sua própria valorização, o seu próprio juízo. Ao fazê-lo, necessariamente deverá pôr em prática o seu conhecimento, implicar-se com o seu próprio conhecimento, refletir e argumentar sobre o seu aprendizado. A partir dessa proposta, as finalidades e os objetivos da avaliação adquirem outro sentido e devem levar, necessariamente, a outras formas de ação (Álvarez Méndez, 2002, p.65).

Segundo Hadji (2001), existem diferentes formas de se *fazer/olhar* o processo avaliativo. Quando a avaliação precede a ação de formação, fala-se de avaliação prognóstica. Esta avaliação tem a função de permitir um ajuste recíproco entre aprendiz e programa de estudos (seja pela modificação do programa, que será adaptado aos aprendizes, seja pela orientação dos aprendizes para subsistemas de formação mais adaptados a seus conhecimentos e competências atuais). Quando a avaliação ocorre depois da ação, fala-se de avaliação cumulativa, que tem a função de verificar se as aquisições visadas pela formação foram alcançadas, fazendo-se um balanço das aquisições no final da formação, com vistas a expedir, ou não, o certificado de formação. Quando a avaliação situa-se no centro da ação de formação, é chamada de formativa, porque sua função principal é contribuir para uma boa regulação da atividade de ensino (ou de formação, no sentido amplo). Trata-se de levantar informações úteis à regulação do processo ensino/aprendizagem. Sempre se faz o balanço das aquisições dos alunos e toda

avaliação tem uma dimensão prognóstica, no sentido de que conduz a um melhor ajuste ensino/aprendizagem. Como nos diz Hoffmann (2006, p. 20), o processo de avaliação formativa, tem como pressuposto básico a continuidade do processo de aprendizagem e a intervenção pedagógica desafiadora. A essência da concepção formativa está no envolvimento do professor com os alunos e na tomada de consciência acerca do seu comprometimento com o progresso deles em termos de aprendizagem, na importância e natureza da intervenção pedagógica.

A avaliação formativa tem seu sentido na intenção do professor estar efetivamente a serviço das aprendizagens. Segundo Hoffmann (2006, p. 34), a avaliação formativa é de caráter longitudinal (acompanha o desenvolvimento das aprendizagens nos vários tempos e nos espaços dos múltiplos fazeres) e alcança significado por meio de uma visão de conjunto (diversas situações e manifestações do aluno em articulação e complementação). Haydt (2008, p. 14) afirma que, nesse sentido, a avaliação é *orientadora*, pois “não visa eliminar alunos, mas orientar seu processo de aprendizagem para que possam atingir os objetivos previstos”. O processo avaliativo deve permitir que o aluno conheça seus erros e acertos, servindo como um meio para auxiliá-lo a fixar as respostas corretas e a corrigir as falhas.

Como afirma Álvarez Méndez (2002, p. 13-14), deve-se entender que avaliar com intenção formativa não é o mesmo que medir, nem qualificar e nem sequer corrigir; avaliar tampouco é classificar, examinar, aplicar testes. Paradoxalmente, a avaliação tem a ver com atividades de qualificação, medição, correção, classificação, certificação, exame, aplicação de prova, mas não se confunde com elas. Elas compartilham um campo semântico, mas diferenciam-se pelos recursos que utilizam e pelos usos e fins aos quais servem. Em relação a elas, a avaliação transcende, pois justamente onde elas não alcançam é que a avaliação educativa começa.

O projeto pedagógico do curso de Medicina da UCS define a avaliação como de modalidade formativa, não necessariamente implementa o ensino como orientação docente e não necessariamente coloca o processo de aprendizagem como o centro da ação educativa. Sob esta forma, a realidade vivenciada por professores e alunos seria a de uma construção conjunta no processo de ensino-

aprendizagem, ensino orientado pelo encontro e aprendizagem como cartografia em ato. A avaliação revelaria uma capacidade de ação-reflexão-ação que permitisse a revisão crítica das práticas tanto de alunos quanto de professores e um organizador qualificado de informações sobre as aprendizagens.

Aos serem questionados em entrevista sobre os processos avaliativos utilizados, constatou-se, junto aos professores, diversas formas de avaliar, que na verdade consistem em formas de examinar o que foi aprendido, a grande maioria dos professores utiliza a prova objetiva como forma de avaliar a “parte teórica” e uma avaliação subjetiva diz respeito a “parte prática”. Sendo a prova objetiva mesclada com diferentes tipos de questão, mas que, de forma geral, obedecem ao raciocínio da classificação. Algumas respostas dão conta:

na avaliação escrita, a prova, as questões são objetivas.
(entrevistado C)

isso, quando a avaliação é dissertativa, eles colocam muito bem. A avaliação não pode ser toda ela objetiva, tem coisas que não têm como pedir, às vezes a objetividade tira do aluno a possibilidade dele colocar da maneira como ele vê as coisas.
(entrevistado D)

em termos de instrumentos, sempre faço provas, prova comum com perguntas e respostas. Uso perguntas dissertativas, de correlação, de verdadeiro e falso, assertivas. A prova prejudica o aluno que é muito nervoso, esse se sai muito bem nas dinâmicas, nos jogos, na construção de trabalhos, então procuro usar estes outros instrumentos e isso fica mais ou menos com o mesmo peso. (entrevistado E)

se faz a prova teórica de assinalar, que se faz duas por semestre, até para fazer eles estudarem. A nota final é 50% teórica, 25% de aula prática (presença, atitude deles, como se comporta com os professores, postura dele na sala, assiduidade, capacidade de lidar com o paciente) e 25% um trabalho que eles fazem em grupo. (entrevistado G)

A parte prática das atividades das disciplinas tem uma avaliação *subjetiva*, que varia em peso e em itens avaliados, de acordo com a disciplina. Os professores referem dificuldades em lidar e em avaliar estes aspectos não tão mensuráveis e acabam utilizando uma espécie de *check list*, para atribuir uma “nota” referente a este aprendizado. Na verdade, não se conseguiu ainda explicitar formas de

acompanhar o desenvolvimento das relações dos alunos com os usuários e seus processos de subjetivação, como exemplificado:

a prática tem uma avaliação subjetiva, uma coisa que eu nunca gostei muito é que os alunos te entregam a folha e tu tem que dar a nota na frente deles, na hora (...), eu sempre dei nota a mais do que achava, eu sempre fui bonzinho demais.(entrevistado A)

às vezes os professores não conseguem objetivar mesmo, por não ter criado dentro de algumas UEMs instrumentos para avaliação. Como uma parte desta avaliação é bastante subjetiva, muitos professores se sentem temerosos de fazer algumas injustiças e, muitas vezes, são mais condescendentes do que se fosse uma avaliação puramente teórica. (entrevistado B)

no processo avaliativo da prática, até o momento, o aluno tem um conceito, nesse conceito entra: interesse, participação e assiduidade. São avaliados esse elementos. (entrevistado C)

na nossa grade de avaliação se avalia: consegue diagnosticar, consegue encaminhar o tratamento, sabe solicitar exames pertinentes, sabe olhá-los e fazer o encaminhamento? (entrevistado F)

Segundo Hadji (2001, p. 21) a idéia de avaliação formativa corresponde ao modelo desejável de uma avaliação:

- colocando-se deliberadamente a serviço do fim que lhe dá sentido, ou seja, tornar-se um elemento ou momento determinante da ação educativa;
- propondo-se tanto a contribuir para o desenvolvimento do aluno quanto a dizer o que atualmente ele é;
- inscrevendo-se na continuidade da ação pedagógica, ao invés de ser simplesmente uma operação externa de controle, cujo agente poderia ser totalmente estrangeiro à atividade pedagógica.

Podemos considerar como praticamente inerente ao processo de avaliação o seu entendimento como ação de julgamento, mas, segundo Hoffmann (1995), o fenômeno da avaliação é indefinido. Professores e alunos utilizam a avaliação com diferentes significados, relacionados principalmente aos elementos constituintes da prática avaliativa tradicional: prova, nota, conceito, boletim, recuperação, reprovação (Hoffmann, 1995, p. 14). Na prática, ainda se presencia uma elevada arbitrariedade e grande autoritarismo no exercício da avaliação. Loel Martins (citado por Hoffmann,

1995, p. 18-19) diz que *o que deveria estar presente no paradigma da avaliação do aluno e do professor, como indivíduos humanos, é que a essência do relacionamento fosse sempre um encontro em que ambos os participantes se modificassem*. Todavia, a avaliação, compreendida como julgamento, considera apenas as modificações que se produzem em um dos lados, o do aluno. A prática avaliativa embasada em julgamento é construída numa autoridade e respeito unilaterais, apenas dos professores. Que se impõe e se faz *ouvir* pelo poder que lhe é inculcado de avaliar e, por conseguinte, julgar a capacidade ou aprendizagem dos alunos. O aluno, assim, tem limitado o desenvolvimento de sua autonomia moral e intelectual, posto que neste tipo de abordagem não se valoriza a reciprocidade na ação educativa.

O relatório da Unesco para a Educação do Século XXI, coordenado por Jacques Delors, também conhecido como Informe Delors, publicado em 1996 com o título: Educação, um Tesouro a Descobrir, apresentou, como compromisso deste século, uma educação que abrangesse as dimensões do aprender: aprender-conhecer; aprender-fazer; aprender-conviver e aprender-ser. Neste sentido, é importante perceber que momentos estanques ou esporádicos não respondem sobre o desenvolvimento ou o aprendizado. O olhar avaliativo deve buscar sempre captar a dinâmica do processo de aprender (suas dimensões). Testes e tarefas escritas, por exemplo, são adequados para observar algumas expressões de aprendizagem, tais como a apropriação de conceitos e informações e o dimensionamento de leituras e pesquisas realizadas e o interesse dos alunos pelos assuntos. No entanto, estes testes não possibilitam aproximar-se do aluno como alguém singular no processo de aprender, como sujeito do seu próprio conhecimento, muito menos permitem a análise das dimensões de um fazer prático, de um tornar-se e do conviver (Hoffmann, 2006, p. 31-32).

Isso adquire significado especial quando se fala do aprendizado em saúde, na verdade aprendizado do cuidado em saúde, pois a Medicina é uma profissão que tem seu foco de atuação na atenção ao outro; assim, não é adequado que se exija dos alunos uma mesma conduta e um mesmo comportamento frente a uma determinada patologia sem considerar a diversidade existente nesta relação, dito de outro modo, não é adequado deixar de avaliar como o aluno considerou a

diversidade existente na relação com o usuário ao formular sua conduta ou interpretação. Cada aluno vai experienciar a situação de modo próprio e singular, vai estabelecer um determinado contato com a alteridade e internalizar esta vivência transformando-a em aprendizado. É isso que se busca no aprender como um conviver, uma apropriação das singularidades presentes no cotidiano da vida, e no aprender a ser como um tornar-se, isto é, a capacidade de colocar-se em escuta e colocar-se em relação de troca com o sujeito do cuidado.

O desafio consiste no encontro, pelos professores, de novas formas de ensinar que possibilitem e provoquem modos de aprender nos alunos e que o resultado seja relevante, além de significativo. Quer dizer, que gere mudança no aluno, possibilidade de implicação e abertura à alteridade, não apenas nos ambientes de aprendizagem formal, mas em extrapolação para os espaços de relações do aluno, significativos em sua vida. Nessa dinâmica, as formas tradicionais de avaliar ou a avaliação por meio de testes, de qualquer tipo que seja, não servem para ensejar essas funções (Álvarez Méndez, 2002, p. 38).

A subjetividade ganha contorno e sentido quando inscrita nas interações sociais, assim o aprender-ser implica saberes e experiências que vão além dos conteúdos das disciplinas, envolve valores que se traduzem por atitudes e comportamentos a serem significados (Batista e Batista, 2005, p. 29). Deste modo, os alunos exercem participação ativa em sua construção, pois quem aprende participa ativamente da aquisição e da expressão do saber. No entendimento do conhecimento como algo dinâmico o professor deve ajudar o aluno a desenvolver um conjunto de *modos de pensamento ou modos de aprendizagem de conteúdos* valorizados pela sociedade / população, mais que respostas prontas e padronizadas em livros ou outros espaços (Álvarez Méndez, 2002, p.32).

A tarefa da educação que surge dessa visão dinâmica de construção do conhecimento é ajudar quem aprende a desenvolver, em condutas específicas, aqui propriamente falando do cuidado em saúde, *modos de agir*. Os alunos demonstram se o que aprenderam foi o respeito ao outro na relação ou simplesmente a *superioridade* do saber acadêmico que permite que se decida pelo outro e que o coloca como sujeito passivo na relação. Se o professor toma para si a preocupação de entender e conhecer o que o aluno sabe e como ele aprendeu isso que ele sabe,

o ensino não se dará por meio da transmissão de informação, e sim pelo incentivo à curiosidade, ao arriscar-se, ao permitir-se envolver e sentir.

Um processo avaliativo que procure alcançar estes aspectos pode ser considerado como *formativo*, o professor caminha nessa direção quando realiza uma reflexão sobre a sua prática e procura melhorar as práticas de ensinar e aprender. De outra forma, a avaliação permanece desempenhando funções de controle e qualificação, relegando a outro plano as funções formativas tão essenciais para a formação do aluno (Álvarez Méndez, 2002, p. 78). É importante avaliar o conhecimento técnico, sem dúvida, mas isso não pode ser o único fator a ser avaliado, não há como manter o ambiente hostil e competitivo em que formamos os nossos alunos, não há como não falar em um cuidado mais atencioso, uma escuta com interesse, uma reflexão sobre o que as nossas vivências despertam em nós, se queremos atingir a *alma* do cuidado, se queremos realmente exercer a Medicina como uma profissão que possa dar antes de tudo a quem nos procura suficiente *conforto*. Afinal de contas, como nos lembra Álvarez Méndez (2002), a avaliação supõe um processo complexo que se remete prioritariamente ao âmbito dos valores morais, “uma vez que, quando avaliamos o rendimento de um aluno, indiretamente estamos avaliando todo o sujeito”.

**Convergências e divergências na educação médica com relação às
Diretrizes Curriculares Nacionais**

A avaliação como componente formativo

Se a universidade, o curso e, principalmente, o professor entendem e aceitam que o tempo em que o aluno está estudando é um tempo de formação contínua, é coerente exercer a avaliação com caráter formativo. Álvarez Méndez (2002, p. 82) coloca que a avaliação deve constituir uma oportunidade real de demonstrar o que os sujeitos sabem e como o sabem. Isso necessariamente implica uma reflexão sobre o que estamos ensinando, avaliando e, mais que isso, qual o profissional que estamos formando. No momento em que o processo avaliativo serve apenas para demonstrar erros e aplicar uma punição, ele não serve para estes propósitos, neste caso ele rompe e detém a dinâmica do processo de conhecimento.

Uma perspectiva formativa em avaliação, segundo Saul (2006, p. 46), coloca a avaliação *voltada para focar os processos da prática educativa com a intenção de proporcionar a informação necessária para a formulação e reformulação racional da ação didática*. Ao se lidar com um processo que facilite e permita um olhar sobre a ação didática em si, é possível uma análise que nos mostre algumas características do profissional de saúde que está sendo formado. Neste contexto, os entrevistados deram-se conta de que muitos aspectos relevantes na formação profissional ficam externos ao processo avaliativo, como ilustraram:

interessante isso que tu abordas da avaliação, tem coisas que a gente não cobra, isso tem que ser magnificado na avaliação para que eles realmente passem a prestar atenção nisso. Realmente, não sendo cobrado não parece nem que foi dado, fica perdido. Acho que tem que colocar na avaliação. (entrevistado C)

De acordo com a avaliação que utilizamos é possível incorporar ao processo de avaliação os aspectos relacionais previstos pelas DCN/Medicina, mas que não estão relacionados diretamente com a *ciência* médica, por exemplo, o conjunto de práticas relacionadas à interprofissionalidade, à real natureza dos problemas de saúde (sua inscrição em contextos de vida), à integralidade da abordagem clínica (medir-se pelo outro), ao encontro educativo com os usuários (promoção e proteção da saúde) e à capacidade de extrapolar a ação de tratamento para a de planejamento de serviços e sistemas de saúde com os valores coletivos da saúde. Quer dizer, existem recursos avaliativos que nos possibilitam abordar aspectos diversos desde que isso seja considerado relevante pelo professor. Neste ponto é que

verdadeiramente se coloca a questão desta pesquisa, continuamos a não atribuir valor, a não avaliar aspectos que não se “encaixam” no que está socialmente legitimado, disciplinarmente incorporado, tradicionalmente replicado.

O professor avalia o que considera correto e moral e intelectualmente valioso, além disso, quando a avaliação é realmente utilizada em sua dimensão *orientadora* ela não serve apenas para fornecer dados para que o professor possa realizar um trabalho de recuperação, ela oferece ao aluno informação sobre o seu desempenho em decorrência da aprendizagem, fazendo-o conhecer suas estratégias (erros e acertos) e dando-lhe oportunidade para recuperar suas deficiências e alcançar os objetivos propostos pelo ensino (Haydt, 2008, p. 21). Uma narrativa é especialmente elucidativa:

tem uma coisa que eu acho muito ruim, é que os alunos se portam pensando muito em como o professor quer que ele faça. Se tenta dizer: faz a tua consulta. Mas eles ficam preocupados com “o que será que o professor quer que eu pergunte agora”, isso trava um pouco eles com a história clínica ou com a história do paciente, às vezes não focam e ficam pensando em o que o professor estará pensando. (entrevistado A)

Acontece que os objetivos, na área da saúde, são traduzidos pela competência em estabelecer um “diagnóstico” e justificar a “terapêutica” tendo em vista recuperar o “equilíbrio das capacidades vitais”, não pela competência em aspectos relacionais, valores morais do trabalho em equipe, princípios éticos da interprofissionalidade, alteridade com os usuários e a responsabilidade com os resultados práticos do sistema de saúde, o que contrapõe as tradições e o dispositivo de mudanças das DCN/Medicina.

Para os alunos, isso significa que o que vale nota é o que é avaliado pelo professor (o que vale a pena aprender). O que é valorizado pelos professores no ambiente de aprendizagem? A forma com que ele se relacionou com o usuário, com uma possibilidade de criação de vínculo, com possibilidade de elaboração de um projeto terapêutico singular e capaz de desenvolver a autonomia do usuário ou se ele questionou todos os aspectos da doença atual, foi capaz de elaborar uma lista de hipóteses diagnósticas e pensar na investigação laboratorial mais adequada para o esclarecimento e elucidação da patologia em questão? Valorizamos igualmente

todos estes aspectos? Dizemos para os nossos alunos que todas estas abordagens são importantes?

Sabemos que o que não é objeto de avaliação carece de valor e, portanto, de interesse. Uma avaliação qualitativa permite uma pluralidade e uma flexibilidade metodológica na sua aplicação, assim como na sua interpretação, permitindo que diversidades sejam valorizadas, respeitadas e que se lide com as singularidades existentes entre os alunos sem excluí-los do processo de aprendizagem. Ao se formularem questões dissertativas, como afirma Haydt (2008, p. 122) se pode alcançar os processos superiores de pensamento. A formulação de opinião, de posicionamento, de argumentação, tão importantes para o estabelecimento de posturas e valores morais, fazem parte do processo de subjetivação em que os alunos se encontram e influenciará sua forma de colocar-se na sua vida profissional futura. Este é um dos recursos que pode ser utilizado no processo avaliativo, mas mais importante do que o que é utilizado para avaliar é o que estamos avaliando, qual o tipo de conhecimento, qual o tipo de habilidade. Dito de outro modo: *como* avaliamos o *que* temos que avaliar?

Deste modo, é contraditório termos um discurso que preconize um atendimento integral e continuarmos a ensinar e avaliar “partes” (fragmentação do currículo), colocarmos que os alunos precisam oferecer uma escuta que valorize o subjetivo do usuário que o procura e avaliarmos um conhecimento teórico desvinculado de qualquer tipo de singularidade ou, ainda, colocarmos a necessidade de uma formação generalista e isso ter na prática de sala de aula um “tom” de perda, como destacado por alguns entrevistados ao ser questionada a abordagem de doenças mais prevalentes e com maior morbidade. Para exemplificar:

para escolher os temas, por exemplo: já são escolhidos só os relevantes. Sim, tu tem que priorizar, não tem como dar tudo que precisa (...). Sempre se vai priorizar temas. (entrevistado C)

à medida que tu só fornece ao aluno a possibilidade de discutir e ver casos prevalentes tu forma esse médico generalista que depois não tem vaga de residência e ele vai saber *isto*. Acho que neste sentido vamos pagar um preço muito caro. (entrevistado F)

A avaliação tratada como atividade de aprendizagem acaba sendo uma fonte de conhecimento e um impulso para conhecer. Permite uma análise e reflexão

porque participa de um exercício intencional que trata *de* e *com* pessoas, e tem a preocupação de ser justa, o que não deve ser confundido com uma avaliação objetiva (Álvarez Méndez, 2002, p. 83). Os modelos tradicionais de avaliação consideram o aprender como aquisição de saber, mas desconhecem ou desconsideram aspectos como a construção do trabalho coletivo, a alteridade com os usuários, a capacidade de trabalho em equipe, a apropriação da interprofissionalidade no momento da avaliação.

Nas entrevistas, foram abordados aspectos relacionados ao desenvolvimento de certas habilidades e competências e sua colocação no processo avaliativo, dentre elas a capacidade do aluno trabalhar em colaboração com outras categorias profissionais e a capacidade de informar e educar os usuários. Os professores avaliaram que isso não é objeto formal de avaliação, que isso fica implícito nos momentos de atividades práticas ou, como exemplificado:

o trabalho com outros profissionais é desenvolvido na prática. No internato o aluno vivencia esta interface com várias disciplinas: com nutrição, com enfermagem, com fisioterapia, com serviço social, com psicologia, mas na avaliação isso não é colocado, não é analisado, não é salientado isso na avaliação. (entrevistado C)

se eles educam os pacientes? Isso não é cobrado em escrito, (...) é uma colocação do conhecimento. (entrevistado D)

não avalio se ele sabe educar o paciente, avalio mais em relação aos conhecimentos específicos e as habilidades que ele vai desenvolver e passo tarefas relacionadas a isso. (entrevistado F)

Na formação em saúde, estas avaliações não são impossíveis. Ceccim e Carvalho (2006, p. 91) colocam que a avaliação da aprendizagem nos cursos de graduação da área da saúde deve envolver recursos de auto-avaliação da implicação (pelos alunos), avaliação em grupo das implicações, avaliação docente do conteúdo e das habilidades (conforme pactuação com os campos de prática e com os estudantes) e avaliação por tutores dos campos de práticas.

Quando paramos para analisar, o recurso rotineiramente utilizado como forma de “avaliação” é a prova objetiva. Nos damos conta de que, na verdade, a prova acaba sendo uma forma de “controle” da aprendizagem e do tempo que se dedica a ela. Mais que isso, a prova acaba também controlando comportamentos,

controlando o que os alunos estudaram mais do que comprovando o que aprenderam; controlando a atenção focada às explicações mais do que verificando a compreensão e a assimilação da informação recebida; controlando as respostas dos alunos mais que estimando o valor formativo das perguntas que o aluno se vê obrigado a responder (Álvarez Méndez, 2002, p. 85).

A dificuldade é deixar claro que a prova (seja ela qual for) é um artifício usado para avaliar. O que não se deve permitir é que ela defina e decida o que é importante relacionado aos conteúdos de aprendizagem, pois frequentemente se observa que o que é valorizado como conhecimento a ser adquirido é o que “cai” na prova. Conseqüentemente, como coloca Álvarez Méndez (2003, p. 23), “o principal propósito de quem se submete ao exame consiste em superá-lo, porque só ele garante *perante os outros* o êxito da sala de aula”. O que se observa nos ambientes de aprendizagem é que, em primeiro lugar está o interesse em estudar em função da prova, das perguntas que podem cair na prova, e isso se coloca, sem nenhum tipo de questionamento, acima do valor e do interesse dos conteúdos que se deve aprender. Aspectos como desenvolvimento de autonomia, formas de comunicar-se e de educar os usuários ou ser capaz de desenvolver um trabalho em colaboração são relegados a um outro plano, estes aspectos não são ofertados aos estudantes como processo avaliativo, como sendo relevantes para serem incluídos ou cobrados, nem sequer mencionados como existentes.

A prova, como instrumento de avaliação, será importante se o conteúdo das perguntas forem importantes. Será didaticamente formativa se os usos que se façam dela estiverem a serviço dos que aprendem. Isso implica necessariamente em argumentarmos e debatermos sobre o que foi questionado, já que a avaliação deve estar a serviço de quem aprende e assegurar a correta aprendizagem mediante as devidas correções (Álvarez Méndez, 2003, p. 23). Não nos afastemos da interrogação da avaliação na educação médica como componente formativo do médico desejado pela sociedade que o forma, conforme asseveram as DCN/Medicina em desdobramento do movimento de avaliação do ensino médico proporcionado por 10 anos de estudos da Cinaem e do movimento de reforma sanitária em nosso país ao longo de 13 anos, considerada a criação do Centro de Estudos Brasileiros sobre Saúde (Cebes) em 1975 e a aprovação do texto da saúde

na Constituição Federal de 1988, além da urgência em implantar o Sistema Único de Saúde pela execução de suas diretrizes e princípios, dentre os quais a integralidade da atenção, a descentralização da gestão e a participação da população.

É fundamental para a avaliação a idéia de que os processos de aprendizado movimentam os processos de desenvolvimento. O percurso do desenvolvimento se dá *de fora para dentro*, por meio da internalização de processos interpsicológicos. As postulações de Vygotsky destacam a importância da atuação de outros membros do grupo social na mediação entre a cultura e o indivíduo e na promoção dos processos interpsicológicos que serão posteriormente internalizados (Oliveira, 1997, p. 104-105). As idéias de Vygotsky têm grande importância para a educação, em especial por sua postulação de que o desenvolvimento do indivíduo deve ser olhado de maneira prospectiva, isto é, para além do momento atual, com referência ao que está por acontecer em sua trajetória, ligado a isso está o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (é o aprender a aprender). Essa concepção é central para a educação médica na medida em que focaliza a atenção nos processos de desenvolvimento e na emergência daquilo que é novo na trajetória do indivíduo; a idéia de transformação ocupa lugar de destaque em suas colocações. Para que uma prática se desenvolva, uma concepção se instaure, um modo de agir se organize é preciso ofertar zonas de desenvolvimento/campos de aproximação dessas práticas, valores, naturezas do pensar e fazer. Se forem ofertas reais do PPC, serão avaliadas.

O processo avaliativo atua como um mediador entre o que há por saber (plano de ensino) e os atores a implicar (alunos), proporcionando um aprendizado que irá estimular um determinado desenvolvimento no agir e cuidar em saúde. Nas formas de agir, incluindo a capacidade de trabalhar em equipe, a forma de comunicar-se com o usuário e sua família e, nas formas de cuidar, englobando o planejamento em saúde, uma abordagem com base na integralidade e na elaboração de um raciocínio crítico ao identificar a “real” natureza dos problemas, buscando construir não só outro tipo de relação com o usuário, mas um outro tipo de profissional, um outro tipo de prática médica. Portanto, o valor da avaliação não está no instrumento em si, mas no uso que se faça dele, para o que ele vai ser utilizado. Como o desenvolvimento do aluno deve ser olhado e pensado de maneira

prospectiva, mais que o instrumento que é utilizado para a avaliação, importa o tipo de conhecimento que põe à prova, o tipo de perguntas que formula, o tipo de qualidade (conhecer, ser, conviver, fazer) que exige e as respostas que espera obter conforme o conteúdo das perguntas ou problemas em contexto que sejam formulados. Quais as possibilidades que um instrumento de avaliação utilizado tem para subsidiar a transformação no desenvolvimento do aluno.

O professor, ao utilizar as *provas objetivas*, muitas vezes busca um recurso que assegure o tratamento objetivo e imparcial dos seus alunos e que controle a possibilidade de correção subjetiva, pois que, já que somos todos pessoas, é esperado do processo relacional afinidades, empatias e interesses, e no momento avaliativo se deseja que estas variáveis não interfiram no “julgamento” e na nota do aluno (já que esta lógica obedece a uma racionalidade científica, em que estes fatores não devem interferir). Operativamente, a estrutura das provas objetivas consiste em um enunciado em termos precisos e exatos de forma que admite uma única interpretação e que valide uma única resposta, logo impõe uma subjetivação ao ser, ao conhecer, ao conviver e ao fazer. Troca-se a subjetividade de um processo “entre-dois” para a objetividade de um processo em série, das singularizações que individualizam e promovem o crescimento de cada um conforme suas necessidades para a serialização que despessoaliza e culmina em práticas assistenciais despessoalizadas.

Como ressalta Álvarez Méndez (2002, p. 95-99), a prova objetiva acaba por sacrificar os valores formativos, os processos complexos de elaboração principalmente, e representa uma ideologia conservadora, pois que nasce com claros propósitos de controle e de seleção. Tecnicamente evita interpretações que motivem respostas que não estejam controladas anteriormente. Quando só se trata com o dado objetivo, o número de questões em que foi assinalado a alternativa correta, acaba-se eliminando, pelo caminho da simplificação, os valores do mundo sensível e da intencionalidade que caracteriza as relações educativas e as ações humanas. Deixa-se fora do processo de aprendizagem, a subjetividade e a capacidade de alteridade e empatia necessárias no processo formativo e aprendizado do cuidado em saúde.

Como poderíamos fazer para “objetivamente” avaliar e considerar estes

aspectos tão subjetivos das relações e dos conhecimentos? Como avaliar de forma “justa”, mantendo uma imparcialidade que nos garanta uma aprendizagem significativa? Como colocar valores “morais” e “comportamentos esperados” como objeto de avaliação numa área que se tem um saber técnico tão bem instituído e legitimado? Na verdade, a resposta pode estar dentro de cada um de nós, na nossa forma de ver e valorizar o processo formativo, de considerar que realmente estamos influenciando a construção de um modo de cuidar em saúde. Cada professor faz considerações a respeito de fatos ou intuições, de juízo e também de pressuposições e preconceitos. O primeiro passo é tomarmos consciência do valor formativo dessas valorizações que, genericamente, chamamos informais, é introduzir-se no caminho da recuperação de sua potencialidade formativa. De qualquer forma, precisamos documentar esse tipo de avaliação mediante diários ou anotações que podem ser registros documentados sobre os quais seja possível fornecer a informação oportuna e conveniente para quem aprende (Álvarez Méndez, 2002, p. 106).

Da mesma forma que a avaliação com a participação do aluno contribui para a formação e o desenvolvimento de qualidades morais e pessoais positivas, de capacidades criativas e críticas, a proposta de intervenção terapêutica com participação e valorização do que o usuário considera importante sobre a sua vida e o seu *andar na vida* também desenvolve nele autonomia, responsabilidade e autocuidado. Em ambos os casos se exige das *pessoas* em interação (professor/aluno; aluno/usuário) uma atitude criticamente objetiva e consciente frente à realidade, uma responsabilidade e um comprometer-se com o que está sendo compartilhado e pactuado.

As subjetivações presentes no cotidiano: um nó crítico a ser desvelado

Todo e qualquer ato em saúde tem implícito um processo de subjetivação anterior a este ato concreto. Quer dizer, todas as nossas ações foram antes elaboradas interiormente (tenhamos consciência disso ou não). Assim, muitas vezes se faz desnecessário um *discurso* a respeito de uma determinada prática se, *em ato*, o que temos incorporado na nossa vivência é discordante deste discurso. As posturas e a própria comunicação não-verbal explicitam as nossas crenças e

pensamentos, demonstram, na verdade, no que realmente acreditamos, mas só vamos nos dar conta do quanto destas normas, regras e fatalidades de funcionamento estão presentes e intrinsecamente fazem parte do nosso cotidiano se *olharmos* para este mesmo cotidiano como questionamento e dispostos a fazer uma reflexão.

Esta postura tem relação com a capacidade de questionar o instituído, o que já está dado como verdade absoluta. Para criarmos a capacidade de questionamento é necessário que durante a formação profissional exista um debate que interrogue sobre os diversos aspectos da prática médica e do cuidado em saúde. Aspectos estes que não envolvem apenas qual a medicação mais adequada para determinada patologia, mas um pensar sobre quais foram as dificuldades ou qual foi o *caminho* que este usuário percorreu para chegar aqui; se o serviço em que estou inserido e se minha prática favorece ao acolhimento; eu ofereço uma escuta de qualidade no meu cotidiano; quais os procedimentos pedagógicos que utilizo para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si (Ceccim e Carvalho, 2001, p. 87).

Os processos de subjetivação fazem parte do cotidiano de todas as profissões. Assim, quando se fala em atuar em equipe multiprofissional, se pretende diferentes núcleos de conhecimento atuando conjuntamente em prol de uma ação: a promoção da saúde ou a afirmação da vida. Durante as entrevistas, houve referência a um núcleo de estudantes que surgiu na universidade quando se começou a implantar as reformas curriculares na área da saúde: o Núcleo dos Acadêmicos da Área da Saúde (Nasucs). Hoje este Núcleo não existe mais, ele se extinguiu pelos próprios alunos. Significa que houve um movimento, por parte dos próprios alunos, em busca de um espaço multiprofissional, mas este espaço não foi incentivado a se manter. O que levou a sua extinção? O que na verdade desagregou esta tentativa dos alunos de partilharem um espaço? Provavelmente o modelo de mais impacto no cuidado e atenção à saúde seguisse aquele que fragmenta e hierarquiza o conhecimento e os “poderes”, ao qual nós nos submetemos e ativamos. Nenhuma iniciativa interprofissional se sustenta sem a emergência e crescimento de novos e singulares “poderes”.

Mesmo existindo mediadores do processo de aprendizagem e de

desenvolvimento, cada um, cada indivíduo, é ativo no seu processo de desenvolvimento, não existe desenvolvimento embasado na passividade, apenas no recebimento de informações sem se fazer o processo de subjetivação que é intrínseco a cada um de nós, este, por sua vez, nos compromete e nos envolve com o nosso próprio desenvolvimento.

A prática diária nos espaços de ensino geralmente caracteriza-se pela ausência de interrogações; sejam a respeito das formas de ensinar, ou mais claramente sobre a natureza e as causas da própria avaliação, sobre suas conseqüências na *vida* dos alunos, seus interesses, sobre as ideologias que vêm implícitas no processo avaliativo, os comportamentos e concepções que arrastam consigo e, muitas vezes não consideram que indiretamente influenciam na forma com que os alunos irão atuar numa dada realidade após o seu período de formação.

A avaliação tem sempre implicados e subentendidos juízos avaliativos, quer dizer é impossível que se consiga explicitar por completo e sempre o que nos leva a considerar algo bom ou ruim. Devemos, sim, ter a certeza de que sempre somos movidos por critérios que nos levam a julgar o que vemos, que esses critérios são subjetivos, sofrem influência de nossos conhecimentos e experiências de vida (Hoffmann, 2006, p. 53). A própria qualidade da aprendizagem é de natureza subjetiva, cada pessoa a compreende e a experiencia a partir de seus próprios conhecimentos e valores.

Quero retomar o tema da integralidade. Ressalto, como colocado anteriormente, a “estranheza” com que grande parte dos entrevistados reagiram a pergunta em si e a solicitação de esclarecimentos quanto ao que se referia a pergunta. Este simples fato nos coloca, obrigatoriamente, frente a um contexto que parece desconhecer os próprios princípios do SUS. A ponto de que ao responder a questão algumas colocações vieram a seguinte forma: “nunca vi nenhum esboço de avaliação dessa integralidade”. Como se este conceito fosse algo completamente fora de propósito ou, ainda, sua ligação com o cunho biológico onde integralidade diz respeito a ver o *todo* do paciente: “se ele está séptico é necessário descartar todas as possíveis causas”; “se ele sofreu um acidente se deve avaliar todas as possibilidades de fratura”. O *todo* relacionado à parte orgânica, não evidencia nenhuma integralidade na sua abordagem.

Outro aspecto que desejo destacar é a forma com que se lida objetivamente com determinadas noções. Se define “um” lugar onde vão estar “todas estas coisas”: integralidade, trabalho em equipe, planejamento em saúde, SUS. O restante do curso e das disciplinas acabam não se comprometendo com o desenvolvimento destes aspectos, nem sua incorporação em ensino ou prática médica. É lá naquele lugar que se vai falar disso: sobre acolhimento, sobre escuta, sobre humanização, sobre autonomia do usuário. Nos outros espaços se mantém a mesma lógica, a mesma clínica centrada no médico, o mesmo raciocínio biológico, a mesma fragmentação do cuidado. Isso apareceu nas entrevistas como respostas a alguns questionamentos: “a disciplina de Atenção Primária à Saúde deve fazer isso, deve falar sobre isso, abordar isso”, pois que, “na minha disciplina eu tenho o conteúdo da minha área ou da minha especialidade para desenvolver”. Como se fossem coisas separadas, como se estes aspectos não fizessem parte da formação médica indiferente e independente ao local onde cada um dos alunos vai atuar.

Ao mesmo tempo, entretanto, observamos que os conteúdos “orgânicos” ou relacionados a “patologias” têm inserções em diferentes disciplinas, como por exemplo: se aborda o câncer de colo uterino na patologia, na ginecologia, na oncologia; se aborda o infarto agudo do miocárdio na semiologia, na cardiologia, na urgência, e assim por diante. Isso se deve a importância destes temas, são assuntos relevantes, temas que os alunos obrigatoriamente devem saber e, por isso, são “cobrados”, “recolocados”. Os alunos são “expostos” a eles em diversos contextos. Se utilizarmos a mesma lógica e consideramos realmente o que está colocado nas DCN/Medicina como objetivos prioritários a serem alcançados no desenvolvimento das habilidades e competências dos alunos, podemos estabelecer que conhecer o SUS (no lugar de criticá-lo), trabalhar em equipe ou entender o que significa garantir a integralidade são temas também importantes e que, portanto, devem estar colocados em diferentes contextos e espaços.

Devemos necessariamente tornar objeto de avaliação aspectos que queremos focar como importantes para a formação médica, o que não é ético é submetermos os alunos às mesmas práticas de ensino anteriores as DCN. Devemos “olhar criticamente” para os conteúdos (formais ou não) que trabalhamos com nossos alunos e questionar: quais são os valores que estamos desenvolvendo e o

que estamos ensinando que possibilita que eles possam desenvolver outros modos de praticar a medicina?

No transcorrer desta pesquisa, tive a preocupação de trabalhar com dois grupos de atores, os membros do colegiado e os professores do curso, esta distinção e esta separação não demonstraram aspectos relevantes. A análise do que acontece na gestão do curso, demonstra que o colegiado acaba por não buscar identificar o que está colocado nas DCN, não prioriza o desenvolvimento das habilidades e competências ali colocadas e acaba por não induzir que estes aspectos se tornem parte do processo de ensino. Muitas vezes nas respostas surgiram colocações como: “se espera que isso esteja sendo feito” ou “acho que isso é abordado sim”. Demonstrando um distanciamento do conhecimento a respeito do que realmente é ensinado ou cobrado no processo avaliativo.

O que se pode perceber de verbalização relativa ao ordenamento é a queixa quanto à destinação de vagas docentes para construir a mudança e seus professores se mostrarem mais teóricos que práticos e a encomenda de cursos de esclarecimento dos docentes, mas que não conseguem dialogar com a linguagem predominante no professorado. Expressam o entendimento de que o conhecimento se revela por sua aplicabilidade, embora não refiram a construção de aplicabilidades, apenas o chamamento de teóricos. A implementação da reforma curricular arquitetada pelos gestores governamentais da educação e da saúde surge como “jogada de mestre” para sucatear a profissão, reprimindo o acesso às especialidades e às melhores remunerações. A integralidade é citada como assunto novo, que a maioria dos professores não sabe o que é, e o ensino por núcleos comuns de saberes citado como inaplicável, pois não haveria homogeneidade entre alunos de diferentes carreiras em conteúdos prévios e expectativas de aprendizagem. Essas anotações não se distinguem em nada da fala dos docentes, apenas se pode assinalar que a função ordenadora não cumpre papel especialmente diferenciado ou diferenciador à condução do curso em seus termos pontualmente atuais.

A leitura desta “falta” de apropriação por parte dos gestores do curso do que realmente está sendo avaliado nos alunos, em quais aspectos estes processos avaliativos são divergentes com o que está colocado nas DCN, pode ser entendida

como uma dificuldade do grupo gestor em coordenar o processo de formação e trazer para si o compromisso de fazer cumprir o que diz o Projeto Pedagógico do Curso. Como também pode representar a dificuldade de alcançar os desafios de mudança propostos nas DCN/Medicina. Não posso deixar de fazer referência à mensagem passada pelo membro do colegiado que acabou não sendo entrevistado, uma pessoa que deveria demonstrar comprometimento com a organização do curso e ter interesse em refletir sobre as práticas utilizadas na avaliação dos alunos em formação, prefere eximir-se de comunicação com uma pesquisa sobre esse tema.

Conclusões

Embora se saiba que os desafios propostos nas DCN/Medicina não sejam simples à transposição para a sala de aula, os cenários de práticas e as estratégias de avaliação não podemos ignorá-los, temos, sim, que viabilizá-los em nosso espaço e tempo de formação. Um dos entrevistados salientou: “muitos progressos foram feitos e o curso melhorou bastante, é uma questão de evolução”. Trata-se de um compromisso com a sociedade, o sistema de saúde do País é um valor da cidadania. Não podemos formar profissionais na educação superior para a obtenção de um diploma que habilita e torne competente um técnico para o exercício de uma tecnologia de saberes em um lugar qualquer do planeta, diante de “histórias naturais” de doenças e corpos, supondo-se em ambientes que nada mais sejam que a garantia da plenipotência dessas habilidades e competências para aquilo a que se destinam em delimitado foco.

Teoricamente, as DCN/Medicina estão contempladas em qualquer curso de medicina, pois elas são abordadas por diferentes professores, em diferentes contextos, ao longo de seis anos. De forma geral, todos os aspectos questionados nesta pesquisa foram demonstrados como importantes pelos entrevistados. Existe, neste caso em estudo, o reconhecimento dos aspectos arrolados nas DCN/Medicina como valorosos à formação profissional. O grande nó crítico que se coloca é como, de posse destas “novas” indicações ao ensino, torná-las objeto de formação cognitiva e subjetiva, realmente torná-las objeto de aprendizagem e, por conseguinte de avaliação. Na prática, não estamos produzindo *outro* tipo de profissional, então o que mudou no ensino a partir das DCN/Medicina? O processo de subjetivação não está sendo alterado nesse processo de ensino, a subjetivação continua inabalável e embasada no modelo médico hegemônico. A finalização do trabalho da CINAEM ocorreu em 2000, em 2001 já estavam aprovadas as DCN/Medicina. A produção da CINAEM foi contemporânea dos esforços de implantação do SUS, desdobrou-se e compôs-se com a Reforma Sanitária brasileira. Seriam motivos de subjetivação docente e institucional em cursos de medicina. Poderíamos pensar em uma prática docente e avaliativa identificada com as tarefas ético-políticas de *mudar* ensino e prática médicas. Encontramos uma formulação relativa à mudança que não implica mudança, assim como uma expectativa de ativação da mudança que não culmine em mudança, exceto de formas e domínio de palavras.

A avaliação é a evidência, não desse estudo, que se fez como “caso” e com sentido apenas exploratório, talvez estudos de profundidade no campo das ciências humanas ou tão densos como um dia foi o estudo de avaliação institucional da educação por Abraham Flexner, também profundamente identificado com motivações ético-políticas, em seu caso ensinar padrões científicos em Educação correspondentes à sociedade entabulada pelos Estados Unidos em sua introdução no cenário internacional de país formulador, executor e avaliador de processos e métodos de formação.

Avaliamos nossos alunos, falamos das *outras* coisas, os colocamos em *outros* cenários, discursamos sobre os contextos do usuário, mas o que “continua valendo” é apenas o conhecimento técnico, o conhecimento médico estruturado, a história da doença atual e uma forma de “interferir” nos “adoecimentos”. Tem uma prática discursiva que não se desmaterializa, não ensina a mudança de perfil profissional.

Aspectos como ter uma abordagem pautada na integralidade, desenvolver o sistema de saúde, atuar/pensar em equipe, comunicar-se e educar os usuários como parte de um processo de mundo em produção de saúde, capacidade de operar processos de trabalho em colaboração por diversidades e outras questões são relegados para um outro lugar, para a vida ética e de relações que cada um queira, se assim lhe aprouver e, quem sabe, “lhe der dinheiro”.

Os aspectos não “sentidos” pelos sujeitos docentes, não são sentidos pelos sujeitos estudantes, não estão envolvidos no processo avaliativo, não sendo relevantes à aprendizagem. O que não está incluído e não é cobrado nos momentos avaliativos não pertence ao roteiro de habilidades e competências a desenvolver. Aspectos entendidos como “externos” ao ensino não estão na avaliação. É justamente isso que precisamos mudar, precisamos deslocar o nosso foco de ensino para outras habilidades e competências, aquelas colocadas pelas DCN/Medicina para que nossos estudantes se tornem outros profissionais, com possibilidade de outros modos de praticar a Medicina, ensiná-la, pesquisá-la e exercê-la na assistência.

Referências

ÁLVAREZ MÉNDEZ, Juan Manuel. A avaliação em uma prática crítica. *Pátio*, 2003, ano VII, n 27, ago/out, p.21-24.

ÁLVAREZ MÉNDEZ, Juan Manuel. *Avaliar para conhecer, examinar para excluir*. Tradução Magda Schwartzhaupt Chaves. Porto Alegre: Artmed, 2002, 136p.

BATISTA, Sylvia Helena. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena da Silva (Orgs.). *Docência em Saúde: temas e experiências*. São Paulo: Editora Senac, 2004, p. 57-74.

BATISTA, Sylvia Helena; BATISTA, Nildo Alves. Docência Universitária em saúde, formação e interdisciplinaridade. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena; ABDALLA, Ivily Guimarães (Orgs.). *Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Arte & Ciência, 2005, p. 21-37.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Resolução CNE/CES nº 4*, de 7 de novembro de 2001.

BRASIL. *Constituição Federal Brasileira*, 1988.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Lei Federal nº 9.394*, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. *Lei Federal nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Educação; *Parecer CES 1.133/2001*, de 07 de agosto de 2001 (homologada em 03 de outubro de 2001).

BRASIL. Ministério da Saúde. Homologação dos resultados do processo de seleção do Pró-Saúde. *Portaria nº 2.530*, de 22 de dezembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministérios da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198/GM/MS*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-Saúde. Para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Portaria Interministerial nº 2.101*, de 03 de novembro de

2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense; 1978.

CAPOZOLLO, Ângela e outros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Unidade de Aprendizagem "Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde"*. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Rubens Araújo (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 69-92.

CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. *Revista Ciência & Saúde* (Porto Alegre), v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg e PINHEIRO, Roseni. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Rubens Araújo (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 13-33.

Da ROS, Marco Aurélio. A ideologia nos cursos de Medicina. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 224-244.

HADJI, Charles. *Avaliação desmistificada*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HAYDT, Regina Cazaux. *Avaliação do processo ensino-aprendizagem*. 6 ed. São Paulo: Editora Ática, 2008, p.159.

HOFFMANN, Jussara Maria Lerch. *Avaliação: mito e desafio - uma perspectiva construtivista*. 18 ed. Porto Alegre: Mediação, 1995.

HOFFMANN, Jussara. *O jogo do contrário em avaliação*. 2 ed. Porto Alegre: Mediação, 2006.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 245-266.

LUCKESI, Cipriano Carlos. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem? *Pátio*, 2000, ano 3, nº 12, fev/mar, p. 6-16.

MAIA, José Antônio. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena da Silva (Orgs.). *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: Editora Senac, 2004, p. 101-134.

MARINS, João José Neves. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 97-108.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 2004, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416.

MATURANA, Humberto e VARELA, Francisco. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athenas, 2001.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

OLIVEIRA, Martha Kohl de. Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico. 4 ed. São Paulo: Scipione, 1997.

PAGLIOSA, Fernando Luiz e DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2008, v. 32, n. 4, p. 492-499.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 6 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SAUL, Ana Maria. *Avaliação emancipatória: desafios à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo*. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

STELLA, Regina Celes Rosa; BATISTA, Nildo Alves. Interiorização do trabalho médico e formação profissional. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de (Orgs.). *Educação*

médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 325-345.

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Medicina. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, 2007, 17p.

YIN, Robert. *Estudo de caso: planejamento e método*. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Apêndices

Apêndice I - Carta Convite

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação / Programa de Pós-Graduação em Educação
Área de Educação em Saúde**

Carta Convite

Olá, me chamo Naiane Melissa Dartora Santos, sou médica e professora desta Universidade, no Curso de Medicina. Atualmente, curso mestrado em educação, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde estudo a educação médica e as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Estou iniciando a coleta de dados do meu projeto de dissertação, cujo título da pesquisa de campo é “Avaliação na educação médica: componente formativo em convergência ou divergência com os desafios de transformação do ensino presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais”. O estudo visa a verificar a correspondência da avaliação ao desenvolvimento das competências e habilidades específicas previstas nas DCN como componentes do perfil do egresso da graduação em medicina e espera fornecer subsídios aos docentes e gestores do ensino médico para o avanço da implementação das DCN.

Esta entrevista ocorrerá individualmente, de acordo com a disponibilidade de horário dos professores interessados em participar e tem uma estimativa de duração em torno de 30 a 40 minutos. A todos os interessados em participar fica assegurado o sigilo relacionado à sua participação. Todos os dados fornecidos serão sistematizados e submetidos à posterior análise para identificação do cenário avaliativo e seu favorecimento ou não da construção do perfil do egresso previsto pelas DCN. Fica assegurada ao participante a possibilidade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem constrangimento.

Aos professores que se dispuserem a participar desta pesquisa basta responder a este e-mail afirmativamente, disponibilizando um telefone para contato. Posteriormente, entrarei em contato para combinação do melhor horário e local para a entrevista. Desde já agradeço a contribuição de todos que participam do processo de formação médica nesta universidade. Espero que a participação nesta pesquisa retorne em ganho docente pela oportunidade de reflexão e auto-análise.

Obrigada e abraços,

Apêndice II - Roteiro de entrevista para professores do colegiado do curso

Pergunta Inicial (introdução ao tema)

- 1) Como você vê o processo de avaliação do curso, como ele é feito e quais instrumentos utiliza, o que entende por avaliação formativa e avaliação somativa?

Bloco de questões relacionadas à atuação profissional

- 2) A organização curricular propicia espaços de encontro e construção com outras categorias profissionais? Ao ocorrer esses encontros a avaliação considera a capacidade de interação e de troca estabelecidos pelos alunos?
- 3) Como você acha que é abordado nas disciplinas do curso o planejamento em saúde? Você acha que este *tipo de saber* é verificado com os alunos no processo avaliativo?
- 4) Você consegue visualizar nas UEM uma abordagem a aspectos de promoção e proteção da saúde? Onde você acha que isso acontece? No momento da avaliação, acredita que ter estas formas de atuação é levado em consideração, é exigido do aluno em formação saber desenvolver estas abordagens?
- 5) Você acredita que durante a formação os alunos aprendem a informar e educar os usuários ou seus “pacientes”? Em que momentos você acha que eles aprendem isso? No processo avaliativo de alguma disciplina você acredita que seja abordado este aspecto do desenvolvimento do aluno? Como isso se dá?
- 6) Você acha que as disciplinas do curso abordam o mercado de trabalho, estimulando o aluno a lidar criticamente com esta dinâmica? Como este tema é abordado durante a formação? O processo avaliativo estimula este desenvolvimento crítico frente a uma dada realidade?

Bloco de questões relacionadas à abordagem integral

- 7) Você visualiza na configuração dos planos de ensino espaço onde seja possível se trabalhar com a integralidade? Em que espaços você vê isso? Qual o seu entendimento sobre a integralidade? Os processos avaliativos dão espaço para

alguma integralidade? Como?

- 8) Você acha que no conteúdo curricular existe um enfoque mais voltado para as doenças mais prevalentes e com maior morbidade? Você acha que este é um critério utilizado no momento da avaliação?
- 9) Você visualiza espaços nos planos de ensino das UEMs onde é abordada de forma crítica a capacidade do aluno identificar a real natureza dos problemas de saúde e elaborar possíveis resoluções/encaminhamentos? Como isso se dá? Esta capacidade é valorizada no momento da avaliação?

Apêndice III - Roteiro de entrevista para professores do curso

Pergunta Inicial (introdução ao tema)

- 1) Ao avaliar o aluno o que você considera importante e quais as formas de avaliação que você utiliza, quais instrumentos e quais critérios utiliza para avaliar. Em sua opinião como se dá a avaliação do processo de subjetivação dos alunos?

Bloco de questões relacionadas à atuação profissional

- 2) Nas suas aulas existe alguma inferência ao trabalho com outras categorias profissionais? Como isso é abordado? Se este assunto é abordado o é sob qual aspecto? Na avaliação realizada na disciplina existe alguma forma de abordar a capacidade desenvolvida pelo aluno de trabalhar conjuntamente com outras categorias profissionais em colaboração?
- 3) Nas suas aulas são abordados aspectos que envolvam a política e o planejamento em saúde? No momento da avaliação é exigido do aluno que ele saiba trabalhar com o planejamento em saúde? Como isso é cobrado?
- 4) Ao ministrar as aulas, você acredita que estejam presentes aspectos que envolvam a proteção e a promoção da saúde? De que forma isso aparece nas suas abordagens? E no momento da avaliação, o desenvolvimento destas abordagens pelos alunos são consideradas?
- 5) Você acha que na sua disciplina os alunos aprendem a informar e educar os usuários ou seus “pacientes”? Como isso é abordado na disciplina? No processo avaliativo é atribuído valor a este aspecto? Como isso é feito?
- 6) Você trata a respeito do mercado de trabalho durante as suas aulas? De que forma isso é abordado? Você acha que o processo de avaliação que você utiliza estimula o desenvolvimento crítico com relação a este mercado?

Bloco de questões relacionadas à abordagem integral

- 7) Nos assuntos tratados em suas aulas você acredita trabalhar com a integralidade? Em que momentos? Nas avaliações que são realizadas são valorizadas iniciativas no sentido de buscar uma integralidade em saúde? Como?

- 8) No conteúdo da sua disciplina como é feita a distribuição de assuntos? Existe algum tipo de priorização de tema, algum assunto é considerado mais relevante? E no momento da avaliação, todos os temas tratados são valorizados igualmente?
- 9) Você acha que a dinâmica utilizada no ensino favorece que os alunos estabeleçam um raciocínio crítico na interpretação de dados, na identificação da natureza do problema e na sua resolução? Ao avaliar os alunos você reconhece e valoriza comportamentos que dêem espaço para demandas subjetivas dos usuários?

Apêndice IV – Termo de consentimento livre e esclarecido

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Faculdade de Educação /
Programa de Pós-Graduação em Educação / Área de Educação em Saúde**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: Avaliação na educação médica: componente formativo em convergência ou divergência com os desafios de transformação do ensino presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais?

Vínculo: Mestrado em Educação – PPGEduc/Faced/Ufrgs

Mestranda: Naiane Melissa Dartora Santos

Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim

Eu, _____, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, aceito participar como sujeito da pesquisa assinalada na epígrafe. Fui informado de que esta pesquisa integra estudos do mestrado em Educação e tem por objetivo analisar aspectos da avaliação na formação médica, tomando como caso o Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, RS. Fui informado, ainda, de que o estudo visa a verificar a correspondência da avaliação ao desenvolvimento das competências e habilidades específicas previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais como componentes do perfil do egresso da graduação em Medicina e que espera fornecer subsídios aos docentes e gestores do ensino médico para o avanço da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Estou ciente e concordante de que serei entrevistado segundo um roteiro de entrevista organizado na forma de perguntas abertas, composto por nove questionamentos. O gravador será utilizado com a minha permissão. A entrevista buscará informações a respeito das habilidades e competências que são desenvolvidas e sobre a confluência entre as Diretrizes Curriculares Nacionais, o projeto político do curso e os processos avaliativos em andamento/utilização.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que estou ciente, de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos de que tomarei parte. Fui informado da possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália. **Fica assegurado que meus dados pessoais não serão divulgados, evitando minha identificação.** Estou ciente de que os dados que irei fornecer serão sistematizados e submetidos à posterior análise para identificação de práticas avaliativas que favoreçam o mais adequado desenvolvimento das habilidades e competências profissionais presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Esclareci dúvidas referentes a esta pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, e estou ciente de que poderei solicitar novas informações e modificar a minha participação, a qualquer momento, se assim o desejar.

Caxias do Sul, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do Entrevistado

Contatos:

Pesquisadora: Rua Tronca, nº 1.305, apto. 11. Telefone: (54) 9113-0098.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UCS): (54) 3218-2100 - ramal 2289.

Assinatura da Pesquisadora