

GUSTAVO SÉRGIO DE GODOY MAGALHÃES

**O RESIDENTE COMO PROFESSOR:
FORMAÇÃO DOCENTE NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo - UNIFESP, para
obtenção de Título de Mestre Profissional
em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo

2012

GUSTAVO SÉRGIO DE GODOY MAGALHÃES

**O RESIDENTE COMO PROFESSOR:
FORMAÇÃO DOCENTE NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, para obtenção de Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Lidia Ruiz-
Moreno

São Paulo

2012

Magalhães, Gustavo Sérgio de Godoy

O Residente como Professor: Formação Docente no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pernambuco / Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães -- São Paulo, 2012.

xv, 194f.

Tese (Mestrado): Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: The Resident-as-Teacher: Faculty Development at Family Practice Residency of Federal University of Pernambuco.

1. Residência Médica; 2. Medicina de Família e Comunidade; 3. Aprendizagem ativa; 4. Docentes de Medicina; 5. Educação Médica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO SUPERIOR EM
SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Diretora do CEDESS:

Profa. Dra. Irani Ferreira da Silva Gerab

Coordenador do Programa de Pós-graduação, Mestrado Ensino em

Ciências da Saúde:

Prof. Dra. Sylvia Helena Batista

GUSTAVO SÉRGIO DE GODOY MAGALHÃES

O RESIDENTE COMO PROFESSOR:

FORMAÇÃO DOCENTE NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO

Presidente da Banca: Prof. Dra. Lidia Ruiz Moreno

BANCA EXAMINADORA

Titulares:

Prof^a. Dra. Luciane Lima

Prof. Dr. Guilherme Melo

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Suplente:

Prof. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Aprovada em: 30 / 11 / 2012

À Juliana e Davi, companheira e filho recém-chegado, que inundam de amor e significado minha vida.

Aos residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade de Pernambuco que com força, suor, sensibilidade e perseverança desbravam um novo mundo nas comunidades e na universidade, através de ações coerentes com as necessidades de saúde de nosso povo.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos da terra, Vitor e Izaías, pela intensa partilha de sonhos, aprendizados e desafios, não apenas na ponte aérea Pernambuco-São Paulo, mas na vida.

Aos amigos de São Paulo e Rio que o mestrado proporcionou: Carlos, pela partilha não só da hospedagem, mas de aprendizados e inovações no ensino da MFC; Bernadete, pela acolhida e disponibilidade permanente para ajudar; Amanda pelo exemplo de superação, luta e fé na vida; Magali, pela presença parceira e escuta reflexiva; Adélia pelo exemplo de atenção e compromisso; Gilmara, pelo companheirismo e sensibilidade; Francine, pelo exemplo de competência e organização a frente de uma coordenação de curso; Stefania, pela parceria nos trabalhos; e Cristiane, pela inspiração do cuidado de mãe... acabei me tornando pai!

A Davi, Lara e Caetano, literalmente “filhos do mestrado” - meu, de Izaías e de Cristiane - pelos ensinamentos sobre o significado da esperança, da maneira mais intensa que pode existir.

À Prof^a Lidia Ruiz Moreno, pela permanente disponibilidade, compreensão e colaboração na construção de todas as etapas deste trabalho.

Aos professores do mestrado, Prof. Nildo Batista, Prof^a. Sylvia Helena Batista, Prof^a. Maria Cecília Sonzogno, Prof^a. Irani Ferreira, Prof^a. Otília Seiffert, Prof^a. Paulete Goldenberg e Prof. José Antônio Maia pelo aprendizado de uma concepção de educação e saúde crítica, e indissociável do contexto histórico-cultural.

À Sueli Pedroso e todos os técnicos que trabalham no CEDESS pela disponibilidade e atenção quando precisamos de ajuda.

Aos companheiros de residência da UFPE, os de agora - Cariri, Vitor, Vivi, Carlinha, Lara, Érika, Davi, Gaúcho, Rubens, Mariana, Nicole, Ethel, André e Marcelo - e os que já passaram (mas que ainda estão juntos em tantos outros projetos) - Izaías, Alfredo, Júlio, Claudinha, Maria, Carol e Mr. Anderson. Obrigado pela partilha de sonhos e suor, por um fazer saúde mais equânime e integral, de mãos dadas, sem medo de desafiar e desafiar-se, sofrer e alegrar-se, com a energia da criação que emerge nas comunidades do Recife.

À Prof^a. Regina Monteiro, pela disponibilidade e apoio na concepção deste estudo, pelo aprendizado da ampliação do olhar através da complexidade, tanto no ensino quanto na clínica.

Aos colegas de equipe da Unidade de Saúde da Família Engenho do Meio: Ticiania, Renata, Ivan, Ruth, Cris, Carminha, Marli, Ana Paula, Milene, Weri, Penha e outros que vivenciaram comigo estes últimos anos, apoiando minhas ausências enquanto estava em São Paulo. Pelo aprendizado da compreensão e da atitude colaborativa que acontece quando se convive e trabalha em equipe.

Às pessoas que vivem no Engenho do Meio, pela oportunidade de participar de suas vidas através do olhar do cuidado. Especialmente aos colegas da roda da Terapia Comunitária Integrativa da praça - Amália, Luciano, Marta, Neide, Marluce, Toinho, Marcelo, Cristina, Severino, Socorro, Fátima e tantos outros que nos presenteiam todas as quintas com suas histórias de superação.

Aos companheiros da gestão da secretaria de saúde de Recife: Roseli, diretora do DS IV, Patrícia do Apoio Institucional, Aristides da GAB, pela compreensão e apoio necessário para minha dedicação ao mestrado.

Aos estudantes de internato e dos primeiros períodos do curso de medicina da UFPE, de outros cursos no PET Saúde, aos residentes da multiprofissional que passam pela USF Engenho do Meio e deixam suas histórias e ensinamentos. Nesses encontros tenho aprendido bastante a ser um médico, preceptor, pai, colega e cidadão mais atento ao desejo e à necessidade do outro.

Aos meus pais - Tomé e Nena -, meus irmãos - André, Aline e Daniele -, Carla, Zé Carlos, Natália, Bruna e toda a família, por oferecer sua compreensão nos momentos em que estive ausente para trabalhar na pesquisa.

À Juliana e Davi, companheira e filho, pelo exemplo de amor, dedicação, atenção e compreensão. A todo apoio indispensável ao desenvolvimento deste trabalho. Aprendo todos os dias com vocês. Muito obrigado!

À Deus, espíritos protetores e mestres bodisatvas que ajudam a nos guiar nos meandros desta vida. Obrigado pelo sentimento transformador da gratidão!

A ciência pós-moderna, ao sensocomunizar-se, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento se deve traduzir em auto-conhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida. É esta que assinala os marcos da prudência à nossa aventura científica. A prudência é a insegurança assumida e controlada. Tal como Descartes, no limiar da ciência moderna, exerceu a dúvida em vez de a sofrer, nós, no limiar da ciência pós-moderna, devemos exercer a insegurança em vez de a sofrer.

Boaventura de Souza Santos

RESUMO

A demanda crescente de professores qualificados em Medicina de Família e Comunidade, somada a necessidade de adesão dos docentes de medicina às mudanças apresentadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, e o reconhecimento do papel docente do residente, motivaram o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pernambuco a desenvolver o módulo Iniciação à Docência, o qual objetiva a construção de competências docentes para o médico residente. Em um levantamento realizado, constatou-se que mais da metade dos programas de residência dos Estados Unidos incluem em seu currículo formal o desenvolvimento de habilidades pedagógicas, em contraste com o Brasil, onde não há relatos nas bases de dados pesquisadas. O objetivo deste estudo é analisar o módulo Iniciação à Docência, através da análise da proposta, caracterização das concepções pedagógicas dos residentes, e da identificação de possibilidades, dificuldades e contribuições dos participantes para o módulo. A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa da pesquisa, através da análise documental do projeto político pedagógico do programa de residência; do plano de ensino do módulo de 2011; além das avaliações de curso produzidas por quatro residentes do primeiro ano. Utilizou-se a modalidade temática da análise de conteúdo para construir inferências a partir dos núcleos de sentido encontrados. O projeto pedagógico e o plano de ensino destacam a concepção do processo de ensino-aprendizagem como prática social complexa a qual pode ser aperfeiçoada através de uma formação estruturada a partir de uma perspectiva reflexiva, crítica, colaborativa e em múltiplos cenários. Nas avaliações do módulo a prática docente assumiu um papel ambivalente para o residente, ao mesmo tempo em que é reportada a ação transformadora e estruturante da formação docente, também transparece uma limitação e sobrecarga de atividades. O compromisso social e político, e a articulação com a graduação de medicina representam elementos transformadores do processo. Acreditamos que os resultados da análise podem contribuir para o aperfeiçoamento do módulo Iniciação à Docência, especificamente em relação às estratégias de ensino-aprendizagem, ao planejamento das atividades e ao acompanhamento da prática docente nos diversos cenários. A singularidade da experiência emite uma mensagem de que é possível desenvolver competências pedagógicas na residência médica em um processo de formação docente coerente com as recentes mudanças nas políticas de saúde e educação.

Palavras-chave: Residência Médica; Medicina de Família e Comunidade; Aprendizagem ativa; Docentes de Medicina; Educação Médica.

ABSTRACT

The increasing demand for qualified teachers in Family Practice, the need for adherence of medical teachers to changes presented in the National Curriculum Guidelines, and recognition of the resident's teaching role motivated the Family Practice Residency Program of Federal University of Pernambuco developing the module Introduction to Teaching, which aims to build teaching skills for the resident. More than half of residency programs in the United States include in their curriculum the formal development of teaching skills, in contrast to Brazil, where there is no description of similar experience in the databases searched. The objective of the study is to analyze the module Introduction to Teaching by analyzing the pedagogical proposal, characterizing the pedagogical conceptions of residents and identifying opportunities, challenges and contributions of participants for the module. It used a qualitative research through documentary analysis of the political pedagogical project of the residency program and the teaching plan of 2011, in addition to course evaluations produced by four first years' residents. Was used thematic content analysis to construct inferences from the nuclei found meaning. The pedagogical project and teaching plan out the design of the teaching-learning as a social complex which can be improved through a structured training in a reflexive perspective, critical, collaborative and in multiple scenarios. In the evaluations the reflective teacher practice assumed a role ambivalent to the resident, while the reported characteristic transforming and structuring, also shines a insufficiency and overload. The social commitment and political planning in conjunction with the undergraduate medical are highlighted elements of the process. The results of the analysis can contribute to the improvement of the module Introduction to Teaching, specifically in relation to teaching and learning strategies, planning activities and monitoring of teaching practice in different scenarios. The singularity of the experience sends a message that it is possible to develop teaching skills in residency in a process of teacher education consistent with recent changes in public health policies and education.

Keywords: Medical Residency, Family Practice; Active learning; Medical Faculty, Medical Education.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEREM	Comissão Estadual de Residência Médica
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COREME	Comissão de Residência Médica
DA	Diretório Acadêmico
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EM	Escola médica
FABS I	Módulo Fundamentos da Atenção Básica em Saúde I
HCPE	Hospital das Clínicas de Pernambuco
ID	Iniciação à Docência
ME	Movimento Estudantil
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
PEA	Plano de Ensino-Aprendizagem
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
RM	Residência Médica
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Composição atual da plenária da CNRM. Membros votantes seguindo decreto em vigor	43
Figura 2	Hierarquia de regulação, supervisão e avaliação da Residência Médica no Brasil	44

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Atividades iniciais descritas no cronograma do Plano de Ensino-Aprendizagem no ano de 2011.....	66
Quadro 2	Unidades Temáticas Por Eixo Orientador Da Análise	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Ocorrências das unidades temáticas do eixo “O que continuar?”.....	86
Gráfico 2	Ocorrências das unidades temáticas do eixo “O que mudar?”.....	93
Gráfico 3	Ocorrências das unidades temáticas do eixo “Como mudar?”.....	99

SUMÁRIO

1. Introdução	16
1.1 Trajetória do Autor: Antecedentes e Cotidiano da prática em educação e saúde	17
1.2 O Estudo: Por que e Para Onde Ir?	20
2. Objetivos	23
Objetivo Geral.....	24
Objetivos Específicos.....	24
3. Contextualização	25
3.1 Mudanças nos Pressupostos da Ciência	26
3.2 Transição de Paradigmas na Educação: Influências No Processo De Ensino- Aprendizagem E Na Formação Docente	27
3.3 Mudanças na Educação Médica.....	32
3.4 Mudanças nas Políticas de Saúde no Brasil: Atenção Primária À Saúde e a Medicina de Família e Comunidade	36
3.5 Políticas Públicas para a Formação dos Profissionais em Saúde.....	38
3.5 Residência Médica no Brasil	40
3.6 Formação Docente na Residência Médica	46
4. Caminhos do estudo	50
4.1 Procedimentos Metodológicos.....	51
4.2 Cenário do estudo	52
4.3 Sujeitos da pesquisa	54
4.4 Coleta dos dados	55
4.5 Análise e interpretação dos dados.....	56
4.6 Aspectos Éticos.....	57
5. A Proposta Pedagógica de Formação Docente em um Programa de Residência médica	59

5.1 O Plano de Ensino-Aprendizagem do módulo iniciação à docência	60
5.2 O Projeto Político-Pedagógico do Programa de Residência em Medicina de Família e o Módulo Iniciação à Docência	69
6. O Módulo Iniciação à Docência na Perspectiva dos Residentes	75
6.1 O Que Continuar? - Aspectos positivos identificados no desenvolvimento do curso	79
6.2 O Que Mudar? - Aspectos identificados pelos sujeitos da pesquisa que necessitam de mudanças.....	87
6.3 Como Mudar? - Contribuições dos residentes para a operacionalização das mudanças	94
7. Considerações Finais.....	101
8. Referências Bibliográficas	107
APÊNDICE A – Unidades temáticas, unidades de registro e unidades de contexto da análise temática das avaliações dos residentes.....	118
APÊNDICE B - Termo de Consentimento livre e Esclarecido	132
APÊNDICE C - Produção Técnica: Um Novo Plano De Ensino-Aprendizagem Do Módulo Iniciação À Docência	133
APÊNDICE D - Produção Técnica: Proposta De Integração Para O Mestrado Profissional Associado A Residência Médica Da Universidade Federal De Pernambuco	145
ANEXO 1 – Carta de Anuência do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade	164
ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado Do Comitê De Ética E Pesquisa.....	165
ANEXO 3 – Plano de Ensino-Aprendizagem do módulo iniciação à docência de 2011	167
ANEXO 4 – Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.....	177
ANEXO 5 – Matriz de Avaliação do módulo Iniciação à Docência do PRMFC/UFPE	193

1. INTRODUÇÃO

1.1 TRAJETÓRIA DO AUTOR: ANTECEDENTES E COTIDIANO DA PRÁTICA EM EDUCAÇÃO E SAÚDE

Na redação desta introdução opto pelo uso da primeira pessoa, pois dessa forma me aproximo de maneira mais natural dos fatos de minha história, os quais fundamentaram a motivação para o desenvolvimento deste estudo.

Neste sentido, o interesse pela educação e saúde surgiu nos tempos do movimento estudantil na graduação, quando então vivi os desafios da reforma curricular do curso médico da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Concluí a graduação em 2006, e logo após, em 2007, iniciei a Residência em Medicina de Família e Comunidade pela mesma universidade concluindo-a em 2009. Neste mesmo período iniciei a especialização em Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa, e também uma formação em Terapia Comunitária, as quais me trouxeram uma ampliação do olhar do processo saúde-doença, além de vários elementos úteis para o trabalho com grupos.

O despertar para a docência ficou em evidência no programa de residência, quando nos propomos, enquanto residentes e preceptores, assumir atividades docentes no módulo Fundamentos da Atenção Básica à Saúde I (FABS I) no segundo ano da graduação em medicina. Neste período experimentamos, enquanto tutores, diferentes metodologias de ensino e procedimentos de avaliação, e resultou que a experiência foi reconhecida pela comunidade acadêmica como uma das mais bem sucedidas da transformação curricular.

A experiência de ser professor em um espaço familiar, onde até pouco tempo antes era estudante, foi transformadora. Essa percepção pode ser evidenciada em um trecho de uma narrativa do diário de campo enquanto residente:

[...] Os outros são estudantes do 3º período do curso de medicina da UFPE, posição por mim vivenciada há pouco mais de 5 anos, quando do lado de lá era apenas um expectador de peças teatrais monótonas e questionáveis. Apreciava o discurso dos críticos do teatro, estudantes do DA (Diretório Acadêmico)

engajados na reforma curricular, mas não gerava em minha mente qualquer possibilidade de existir outro roteiro naquela peça. Cinco anos depois, cá estou eu: no palco. Do outro lado, após anos de resistência à descrença das mudanças nos anfiteatros e nas enfermarias. Cá estou eu vivendo a mudança.

Concluí o programa de residência com a apresentação da monografia: “*A arte de perguntar: habilidade do professor para a formação crítica do estudante. Relato de experiência de um médico residente em formação docente no contexto de mudanças na educação médica*”.

E foi durante este processo de imersão no estudo e escrita da monografia que entrei em contato com um mundo até então pouco conhecido, a saber, a pesquisa qualitativa em educação, seus marcos teóricos e epistemológicos, a história da educação médica no Brasil entre outros temas reveladores. Seguramente aquele trabalho se tornou um dos principais elementos motivadores para o desenvolvimento deste estudo que ora vos apresento.

Passei assim a perceber a permeabilidade entre educação e saúde no cotidiano, pois entendi que, como nas artes cênicas, a ação de minha prática se desenvolve em diversos *cenários* (consultório, sala de aula, internet, na casa das pessoas, na praça do bairro...) assumindo diferentes *papéis* (médico, professor, preceptor, teleconsultor...). Todos eles dialogando entre si na singularidade da vida.

Atualmente, no mundo do trabalho, atuo como médico da estratégia Saúde da Família do município do Recife – PE na comunidade do Engenho do Meio, onde desenvolvo preceptoria para estudantes da graduação e pós-graduação da UFPE, desde abril de 2009. Desde esta data participo da coordenação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, atuando como facilitador do módulo Iniciação à Docência deste mesmo programa. Em sala de aula, sou professor/tutor do 3º período e internato da graduação de medicina, espaços estes que tem propostas consonantes com as metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a interação ensino-serviço-comunidade.

Como médico, atuo com pessoas que buscam ajuda para seus problemas, tanto no consultório, como em suas casas e em grupos diferentes no bairro. O cuidado é o foco destas ações, que requerem a atitude e a habilidade de escutar e possibilitar que o outro desenvolva e construa a sua autonomia para cuidar melhor de si. Nessa prática, a educação permeia todos os diálogos, tanto na promoção e prevenção aos agravos de saúde, quanto no aprendizado sobre o uso de medicamentos, no conhecimento de si mesmo, etc. Para isso, através de meu percurso de formação, aprendi técnicas e modos de fazer a clínica que ampliam o olhar, como a abordagem familiar e a acupuntura.

As atividades em grupo também constituem uma parte essencial da minha prática. Nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa desenvolvo o papel de facilitador de um espaço onde se formam redes de apoio entre as pessoas a partir do que elas têm em comum com o intuito de promover a superação de seus problemas. As reuniões com a equipe da Unidade Saúde da Família são também consideradas espaços educativos nos quais participo como um mediador da micropolítica do trabalho. Há também os encontros com a própria comunidade e com a gestão, onde o foco é desenvolver a crítica do que está posto e promover autonomia no incentivo à reivindicação e participação nas mudanças para melhorar a saúde no bairro.

Todo esse cenário da comunidade e do serviço torna-se um grande espaço para o desenvolvimento do papel do Preceptor. Atuo com vários sujeitos do processo ensino-aprendizagem, como os estudantes de graduação dos dez cursos da área da saúde da UFPE (medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, psicologia e educação física), com o enfoque na medicina, por ser minha área de formação. Também desenvolvo atividades com os estudantes de pós-graduação da residência médica do HCPE (Hospital das Clínicas de Pernambuco), entre eles clínica médica, neurologia e, principalmente, a Medicina de Família e Comunidade, por ser minha área de formação e de militância na saúde.

O preceptor é, por definição, um professor imerso na prática do serviço, porém também facilito atividades no cenário da sala de aula. Desenvolvo aulas

com estudantes do 3º período de medicina, naquele módulo de Fundamentos da Atenção Básica à Saúde I e no internato de Saúde Coletiva. Em ambos espaços procuro utilizar metodologias ativas aprendidas nesse percurso, como a problematização e a discussão de casos desenvolvidas em grupos tutoriais.

Na residência de medicina de família e comunidade, em sala de aula, sou co-facilitador do módulo de Iniciação à Docência, espaço onde são trabalhados os saberes pedagógicos através da reflexão sobre a prática, o qual constitui o objeto de pesquisa deste estudo.

Hoje, posso afirmar que o binômio 'educação-saúde' se estende para minha vida pessoal: Como companheiro, filho, amigo, irmão; como cidadão, e em tantos outros papéis e cenários onde procuro fazer com que a minha prática de vida seja coerente com as minhas ideias. Algo que lembra a relação intrínseca da teoria com a prática sempre interdependentes nos processos de aprendizagem.

Entendo, portanto, que não seria ousado dizer que todos os aspectos da história e do cotidiano relatados fazem parte deste estudo, pois como autor, pesquisador e preceptor, meus aspectos subjetivos se diluem nas descrições, percepções, análises e conclusões deste texto.

1.2 O ESTUDO: POR QUE E PARA ONDE IR?

Assim como em outras áreas do conhecimento científico, a medicina e as demais ciências da saúde vivem um movimento convergente de mudanças de paradigma. Através dos novos pressupostos das ciências, a formação dos profissionais de saúde vem sendo influenciada por diversos fatores. Competências pedagógicas passam a ter fundamental importância no perfil do médico, pois o cuidar requer muito do educar, não apenas enquanto profissional de saúde, mas enquanto cidadão e educador (MOHR, 2011; SANTOS, 1988).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apresentam a necessidade de formar médicos com pensamento crítico sobre os problemas de nossa sociedade, a fim de orientar seu trabalho para as necessidades de saúde da população. A sua formação deve ser apoiada por uma escola integrada a uma rede de serviços de saúde e mediada por professores comprometidos com uma prática reflexiva (BRASIL, 2001).

Para que isto se concretize, faz-se necessário que o estudante de medicina desde o início do curso tenha contato com a Atenção Primária à Saúde (APS), eixo reorientador do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro. Conhecer as pessoas não somente pelas doenças, mas aproximar-se do seu contexto de vida, buscando sentir a importância da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação, vivenciando a atuação em equipe, ser capaz de manejar as situações clínicas mais frequentes e coordenar as ações de cuidado de uma população, são alguns dos aportes fundamentais para qualquer estudante de saúde, independente da área que venha a escolher (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2011).

Dessa maneira, apesar da maioria das escolas médicas brasileiras terem em seu corpo docente Médicos de Família e Comunidade (MFC), que é a especialidade médica voltada para o cuidado integral das pessoas no cenário da APS, ainda há uma grande carência, acentuada com a recente expansão de novas escolas médicas e dos programas de residência no Brasil.

Perim et al. (2009) ao analisar as tendências de mudanças nas escolas médicas no Brasil, percebe que o eixo 'Desenvolvimento Docente' é o que se encontra mais distante do preconizado pelas DCN. Fica assim evidenciado que o investimento na formação didático-pedagógica, desde a atualização científica até a capacidade gerencial, é fundamental para dar suporte às mudanças implementadas pelas escolas.

Um a dois terços dos estudantes de graduação em medicina tem como principal facilitador de aprendizagem o médico residente o qual dedica até 25% de seu tempo a atividades docentes (HILL et al., 2009). Os programas *resident-as-teacher* (**residente como professor**) ganharam maior popularidade na

América do Norte na década de 1990. Em sua pesquisa Morrison et al. (2001) descreveu que 55% dos programas de residência dos Estados Unidos incluíam em seu currículo formal o treinamento de habilidades docentes. No Brasil, não encontramos estudos que evidenciam iniciativa semelhante nas bases de dados pesquisadas (LILACS, SciElo, PubMed e ERIC) até outubro de 2012.

A necessidade crescente de corpo docente qualificado em Medicina de Família e Comunidade (FERNANDES et al., 2007), a baixa adesão dos professores de medicina às mudanças apresentadas nas DCN (PERIM et al, 2009) e o reconhecimento do importante papel docente do médico residente (POST; QUATTLEBAUM; BENICH, 2009) motivaram o PRMFC/UFPE a desenvolver uma proposta de construção de competências pedagógicas incluída na proposta curricular com a intenção de contribuir para a superação desses problemas, a partir do módulo de **Iniciação à Docência (ID)**.

Diante disto, foi estabelecido como objeto de pesquisa a análise do módulo de Iniciação à Docência visando conhecer e obter subsídios para aprimoramento da proposta educativa.

Como questões da pesquisa indagam-se:

- Qual a proposta pedagógica da Iniciação à Docência (ID) no PRMFC?
- Quais as concepções e práticas pedagógicas dos médicos residentes participantes do módulo?
- Como os residentes avaliam o processo de formação docente no módulo ID?
- E finalmente, como contribuir para o aperfeiçoamento da experiência?

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar o módulo *Iniciação à Docência (ID)* do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da UFPE com o intuito de obter subsídios para o aprimoramento da proposta educativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a proposta pedagógica do módulo ID em seus objetivos, conteúdos, cenários, práticas de ensino-aprendizagem e avaliação.

Caracterizar as concepções e práticas pedagógicas dos médicos residentes.

Identificar possibilidades, dificuldades e contribuições dos participantes relacionadas ao módulo ID.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 MUDANÇAS NOS PRESSUPOSTOS DA CIÊNCIA

[...] Existem duas espécies de ignorâncias: a do homem que não sabe mas quer aprender e a ignorância (mais perigosa) daquele que acredita que o conhecimento é um processo linear, cumulativo, que avança iluminando aquilo que anteriormente se encontrava na escuridão, ignorando que toda luz também produz sombras (MORIN; MOTTA; CIURANA, 2003, p. 61).

Vivemos em uma época de transições. O **paradigma cartesiano-newtoniano**, que teve suas raízes em expoentes como Copérnico, Galileu, Bacon, Descartes e Newton entre os séculos XVI e XVIII, traz uma dimensão unilateral e reducionista, quando é interpretado como sendo a única explicação válida para a abordagem do conhecimento, *ao focalizar as partes e buscar conhecê-las como unidades separadas* (SANTOS, 1988).

Ao analisar a trajetória da ciência contemporânea, o sociólogo português Boaventura de Souza Santos anuncia que, da crise desse paradigma, está nascendo uma nova perspectiva de fazer ciência, que ele denomina como **paradigma emergente** (CUNHA, 2005; SANTOS, 2004). Este começou a se desenvolver no início do século XX, a partir das ciências naturais como física e biologia, e transpassa as ciências humanas como um “movimento convergente, pujante, de vocação transdisciplinar” (SANTOS, 1988, p. 10). O desenvolvimento da física quântica foi uma das molas propulsoras do novo modelo.

Santos trata este tema como: “o paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente” (SANTOS, 1988, p. 13). O paradigma emergente, através da revolução científica que ocorre, não pode se restringir apenas ao panorama científico, isto é, tratar de um conhecimento prudente. É preciso ainda, para que de fato seja revolucionário, alcançar também o paradigma social, mostrando as implicações do sujeito com as necessidades da sociedade, visando a conquista da vida decente (VITKOWSKI, 2004).

Alguns princípios podem ser explicitados, tais como: o conhecimento não é dualista, se funda na superação das distinções; todo conhecimento é

autoconhecimento: o objeto é continuação do sujeito; nenhuma forma de conhecimento é, em si, racional, portanto dialoga com outras formas de conhecimento, deixando-se penetrar por elas; o conhecimento possui uma virtude emancipatória: é valorizado o senso comum, o conhecimento do cotidiano que orienta nossas ações; finalmente, considera que o salto mais importante é o que é dado do conhecimento científico para o conhecimento do senso comum, pois o primeiro só se realiza quando se transforma no segundo (SANTOS, 1988).

O sociólogo e filósofo francês Edgar Morin, em seu livro “Educar para a era planetária”, escrito sob encomenda da UNESCO (Organização das Nações Unidas para educação, ciência e cultura) através do projeto “Educar para um futuro viável”, traz uma importante contribuição sobre o pensamento complexo, o qual amplia a perspectiva do pensamento racionalizador do modelo cartesiano-newtoniano, sem a intenção de negá-lo, mas sim de incluí-lo (MORIN; MOTTA; CIURANA, 2003).

Segundo Morin o pensamento complexo

[...] é um espaço mental no qual [...] desvendamos a incerteza (palavra indesejável para o pensamento racionalizador) por que o pensamento complexo conhece os limites epistemológicos introduzidos pela ciência contemporânea: a incerteza é uma aquisição de princípio da física quântica e da biologia do século XX. O pensamento complexo sabe que a certeza generalizada é um mito (MORIN; MOTTA; CIURANA, 2003, p. 59).

3.2 TRANSIÇÃO DE PARADIGMAS NA EDUCAÇÃO: INFLUÊNCIAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM E NA FORMAÇÃO DOCENTE

A ideia de verdade é a maior fonte de erro que se possa imaginar (MORIN; MOTTA; CIURANA, 2003, p. 26).

No panorama atual da maioria das escolas está presente a concepção positivista de ciência, marcada por prescrições e certezas, marcas distintivas do

paradigma cartesiano-newtoniano. No contexto da educação, a pedagoga Isabel da Cunha, autora de diversas obras sobre o ensino superior, denomina este como **ensino tradicional** (CUNHA, 2005).

Sobre esta perspectiva, podem-se destacar os seguintes elementos: o conhecimento é dado como acabado e sem “raízes”, negando que a sua produção é uma condição humana, e como tal, fruto de inquietações, contradições, desejos e sentimentos. A disciplina intelectual é tomada como reprodução das palavras, textos e experiências do professor. Essa concepção é fortemente enraizada na tradição educacional do mundo ocidental, o melhor aluno é aquele que reproduz com fidedignidade o que já foi dito pelo professor, postura frequentemente dominante e autoritária. Há um privilégio da memória, valorizando a precisão e a “segurança”. Destaque ao pensamento convergente, à resposta única e verdadeira. O professor é a principal fonte de informação e sente-se desconfortável quando não tem todas as respostas prontas (CUNHA, 2005).

Paulo Freire faz referência a esse modelo utilizando o termo “**educação bancária**”. É a analogia do professor que preenche a cabeça vazia de seus alunos com seu saber; depositava conteúdos, como alguém deposita dinheiro em um banco. Dessa forma ocorre a mera transmissão passiva de conteúdos do professor, assumindo como aquele que supostamente tudo sabe, para o *a-luno* (do latim, sem-luz), assumido como aquele que nada sabe (CORDEIRO, 2006; FREIRE, 1975).

Para contrapor o sentido do ensino tradicional, Cunha traz o que denomina de **nova proposta**, a abordagem educacional que faz referência ao paradigma emergente. Nesta perspectiva, podemos destacar o conhecimento como provisório, relativo e historicamente construído.

Essa concepção traduz a ideia de movimento, transitoriedade, vida. Assim, o conhecimento volta a ser produto das necessidades e contradições humanas e sociais. A análise e a capacidade de compor e recompor dados, informações, argumentos e ideias são estimuladas. Em vez de o professor apresentar a síntese das informações, ele passa então a compreender a síntese

como resultado da análise do estudante. A curiosidade, o questionamento exigente e a incerteza são valorizados. A dúvida, assim como o erro, antes de ser punida, é parte integrante do processo de aprendizagem e impulso do pensamento. A pesquisa é instrumento de ensino e a extensão torna-se o ponto de partida e chegada para apreensão da realidade. A pesquisa é atitude do sujeito cognoscente, e a extensão, a leitura da realidade e a matéria prima para construção da dúvida acadêmica (CUNHA, 2005).

Em *Educação como Prática da Liberdade*, Freire traz a contribuição de uma **educação libertadora** onde os alunos e professores estabelecem uma relação de troca de experiências, onde o educador também é educando e o educando também é educador. Os conhecimentos prévios do educando são valorizados, permitindo a reflexão para chegar às suas próprias conclusões (FREIRE, 1979).

Morin (2000) em *Os sete saberes necessários à educação do futuro* apresenta o que ele mesmo chama de inspirações para o educador, onde se refere aos saberes necessários para uma boa prática educacional. Eles dizem respeito aos grandes problemas da educação, ignorados, subestimados ou fragmentados nos programas educativos. Programas esses que devem ser colocados no centro das preocupações sobre a formação dos jovens, futuros cidadãos.

O primeiro saber faz referência a **concepção do conhecimento, o erro e a ilusão**. Deve-se valorizar o erro no processo de aprendizagem e integrá-lo para que o conhecimento avance. O segundo saber é o **conhecimento pertinente**. Procurando unir as mais variadas áreas de conhecimento para superar a fragmentação.

O terceiro saber é: **ensinar a condição humana**. Não estamos sozinhos, necessitamos do outro. Somos indivíduos mais que culturais, somos psíquicos, físicos, míticos, biológicos etc. O quarto saber intitula-se **identidade terrena**. Deve-se saber que a Terra é um pequeno planeta que precisa ser sustentado, para isso deve-se transmitir a ideia de que a maneira humana de habitá-lo precisa ser sustentável.

Morin descreve o quinto saber como a necessidade de **enfrentar as incertezas**: o professor deve levar para sua prática de ensino a ideia de que a ciência é capaz de considerar a existência de coisas incertas. Já o sexto saber é apresentado como **ensinar à compreensão**: a comunicação humana deve ser voltada para uma abordagem compreensiva. Deve-se introduzir a compreensão no cotidiano escolar; compreensão entre departamentos, entre alunos e professores. O sétimo saber é a **ética do gênero humano** ou antropoética, que é ilustrada com o exemplo de que sujeito não deve desejar para os outros, aquilo que não deseja para si. A antropoética está ancorada em três elementos interligados: indivíduo, sociedade e espécie.

Morin complementa que para a aplicação dos sete saberes, o objetivo não é transformá-los em disciplinas mas sim em diretrizes para ação e para elaboração de propostas e intervenções educacionais (MORIN, 2000).

Ao analisar o cotidiano da escola nesta nova proposta, procura-se não mais utilizar o termo Ensinar ou Aprender de maneira isolada. O 'ensinar' traz uma postura de transferência de conhecimento, desresponsabilizando o professor com o aprendizado do estudante. O termo 'aprender' isoladamente traduz uma postura passiva de recepção de informações. Anastasiou traz o termo 'apreender' para indicar uma postura ativa nesse processo, no qual o estudante vai em busca da apropriação do conhecimento (ANASTASIOU; ALVES, 2006).

A mesma autora utiliza o significado de *processo de ensinagem* para indicar uma prática social complexa efetivada, entre os sujeitos, professor e aluno, em um processo contratual, de parceria deliberada e consciente para o enfrentamento durante a construção do conhecimento. A ação de ensinar está diretamente relacionada à ação de apreender, tendo como meta a apropriação tanto do conteúdo quanto do processo (ANASTASIOU; ALVES, 2006). Este texto fará referência ao *processo ensino-aprendizagem* para designar a mesmo significado, devido este termo ser o mais citado na literatura consultada.

Diversas formas de ensinar e de aprender têm acompanhado o processo de desenvolvimento da vida. Aprender é condição do existir e do ser da pessoa, que só consegue sobreviver e situar-se no mundo com a ajuda do outro. Como

diz Paulo Freire, ninguém aprende sozinho; as pessoas aprendem umas com as outras (CORDEIRO, 2006; FREIRE, 1996).

Na crítica feita nos últimos anos ao modelo tradicional, cujo 'ensinar' é dominante em relação ao 'aprender', surge uma produção acadêmica de valorização da 'aprendizagem'. A ênfase nesta ação altera o papel dos participantes do processo. Ao professor cabe o papel de mediador pedagógico ou de orientador do processo, e são atribuições do aluno buscar informações, trabalhá-las, construir conhecimentos, adquirir habilidades, mudar atitudes e desenvolver valores (CORDEIRO, 2006). O paradigma da aprendizagem faz referências aos mesmos princípios da Educação Libertadora (FREIRE, 1979) e da Nova Proposta (CUNHA, 2005).

A crítica ao ensino tradicional também pode ser ampliada para formação docente universitária, a qual pode ser interpretada a partir de duas concepções: a profissional e a não profissional (ZABALZA, 2004). Esta última, considera que ensinar se aprende ensinando, reproduzindo de maneira acrítica e intuitiva modelos aprendidos na experiência de ensino-aprendizagem. Ao adquirir modos de ensinar de forma não reflexiva, esta prática é identificada como algo natural, sendo aceita largamente pelos docentes, pois escapa à crítica e se transforma em um conceito espontâneo e generalizado sobre o que seja ensinar (BATISTA; BATISTA, 2004; COSTA, 2010).

Ao discutir sobre a unidade teoria-prática na formação de professores, Pimenta (2012) afirma que os currículos desses cursos precisam captar na *práxis* do docente os conflitos, os confrontos, os pontos de resistências, as possibilidades de avanço para que então se possa identificar a reprodução das práticas e apontar não somente o que deve ser mudado, mas para onde o que está mudando pode ser direcionado.

Já a concepção profissional da formação docente descreve o ensino como tarefa complexa e um grande desafio social, com exigências intelectuais de uma série de habilidades básicas que podem ser aprendidas ou aperfeiçoadas por meio de um processo consistente de formação (COSTA, 2010).

Perrenoud (1999) conclama que os desafios prioritários para a formação de professores em uma sociedade em transformação são a 'prática reflexiva' e a 'participação crítica'. Já Almeida (2012) aponta que o elemento essencial para o sucesso de uma experiência em formação docente seria: a atitude política comprometida com a necessidade de transformação das condições que permeiam o atual estágio de formação, atuação e desenvolvimento profissional do professor. Para isso, a abordagem deve ser pautada na possibilidade de construção de políticas institucionais propositivas, na valorização dos saberes docentes e das práticas pedagógicas, no resgate e fortalecimento dos compromissos pessoais e coletivos dos professores com a própria formação e com a melhoria das práticas relativas ao ensino e, sobretudo, na defesa da formulação de projetos de formação intencionalmente ancorados na dimensão coletiva do fazer docente.

3.3 MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA

A dissociação entre o ensino e o trabalho na educação médica nasce com as primeiras escolas na idade média. Nos primórdios da civilização, o modelo de ensino era caracterizado pelo aprendiz que auxiliava as atividades de seu mestre. Este por sua vez supervisionava seu trabalho e somente após certo tempo o aprendiz passava a atuar por si próprio. Ao se configurarem como instituições, as primeiras escolas separavam a sua administração dos serviços. Assim, na medicina havia um hiato entre a universidade e a atividade assistencial (LAMPERT, 2004).

No século XX a produção de conhecimento científico obteve um crescimento exponencial. Ao se desenvolver, este conhecimento foi dividido em várias áreas especializadas. Este fato teve como marco no campo da medicina o Relatório Flexner de 1910, representação explícita do paradigma cartesiano-newtoniano no campo da medicina. O paradigma flexneriano, como é chamado por alguns autores, impulsionou o ensino da medicina em disciplinas segmentadas em departamentos tornando difícil a integração entre áreas de

conhecimento, mesmo quando entre disciplinas de um mesmo departamento (LAMPERT, 2004; OLIVEIRA; KOIFFMAN, 2004).

Após cem anos de sua publicação o relatório continua a gerar debates e polêmicas. As contribuições de Abraham Flexner, seu autor, são foco de debates apaixonados entre defensores e detratores de suas propostas. Uns o aclamam como o maior reformista e transformador da educação médica de todos os tempos, e outros o consideram o principal responsável pela consolidação de um modelo de formação de médicos que nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado. Pagliosa e Da Ros (2008, p. 495) sintetizam bem os aspectos ambivalentes do relatório:

Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. [...] As necessidades de saúde são tomadas como o ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica.

As repercussões dessas mudanças se caracterizaram pelo uso abusivo e indiscriminado de ferramentas e fármacos (tecnologias), redundando no exercício de uma medicina mercantilizada, com base ético-humanista deficiente. Dessa maneira, a formação médica ficou por muito tempo desvinculada dos reais problemas de saúde da população (MONTEIRO, 1998).

Em 1988, a I Conferência Mundial sobre Educação Médica, realizada em Edimburgo, Escócia, estabeleceu a necessidade de adequação da formação médica à realidade sócio sanitária dos países em desenvolvimento. É selado um

compromisso de um programa organizado para mudar o perfil da educação médica em todo mundo e atender às necessidades definidas pela sociedade.

Após algumas iniciativas internacionais de avaliação da formação médica no Brasil, principalmente a partir da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), em 1991 deu-se início a CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas), formada por várias entidades, como a ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica) e o CFM (Conselho Federal de Medicina). A avaliação da escola médica foi objeto da primeira e segunda fase, e a transformação do ensino médico foi o tema da terceira fase dessa comissão. Vale ressaltar que a CINAEM incorporou no discurso de mudança da formação médica as seguintes categorias conceituais: as *necessidades de saúde* da população são objeto, tanto da prática médica como do processo de ensino-aprendizagem; a finalidade do curso passa a ser a formação de um médico que seja cuidador e que tenha como resultado de sua intervenção a produção de progressivos graus de autonomia dos usuários (CRUZ, 2004; PICCINI; FACCHINI; SANTOS, 2000).

Como consequência deste movimento, são instituídas em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelo Conselho Nacional de Educação. Podem-se destacar os seguintes pontos: “[...] Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada [...] sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.”, “[...] utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos [...]”, “O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico [...] centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (BRASIL, 2001, p. 1-5).

Somente a partir destas iniciativas, as mudanças curriculares dos cursos de graduação em medicina tiveram uma efetiva expansão. A princípio, tratam de ir muito além do rearranjo de carga horária e disciplinas, pois enfatizam uma mudança de concepção de mundo, da escola, do serviço, do papel dos

professores, estudantes e trabalhadores, as quais devem provocar mudanças de conceitos, organização de trabalho e relações de poder (FEUERWERKER, 2004).

Diante de todos os aspectos relacionados a essas mudanças, a prática do professor de medicina tem se mostrado a mais resistente às transformações. Os fatores principais para essa resistência são: a desvalorização das atividades de ensino, vinculada a supremacia da pesquisa; a falta de identidade profissional docente; a deficiência na formação pedagógica do professor de Medicina; a inércia docente frente às mudanças e o individualismo dos professores universitários (COSTA, 2007).

As Diretrizes Curriculares Nacionais apresentam outro aspecto bastante relevante para os processos de mudanças curriculares: os novos cenários de práticas de ensino-aprendizagem. Dessa forma, os estudantes devem desenvolver treinamentos nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase especial na atenção básica.

A ampliação da inserção dos alunos na rede de serviços traz para debate um importante elemento de ordem educacional. Trabalhadores das unidades de saúde passam a atuar como preceptores, tornando-se assim os principais mediadores da integração teoria-prática. Porém, além de lidar com os problemas da precarização relativos ao trabalho, possuem pouca oportunidade de formação pedagógica (JESUS; RIBEIRO, 2012).

O preceptor ensina ao desenvolver suas habilidades técnicas e ao facilitar discussões de casos. Botti e Rego (2011) defendem o conceito do preceptor como o *docente-clínico*, um profissional que domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela, transformando-a em um ambiente de aprendizagem propício. Dessa forma, o papel do preceptor tem sido cada vez mais pauta de estudos e debates, pois o mesmo, assim como o professor universitário, desempenha um papel fundamental na formação dos novos médicos (BOTTI; REGO, 2011; JESUS; RIBEIRO, 2012).

3.4 MUDANÇAS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Em 1978, a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata na antiga União Soviética, com o lema “Saúde para todos no ano 2000”, declarava que para a meta ser alcançada seria necessário o investimento de todas as nações na Atenção Primária à Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a elaboração da nova Constituição em 1988 marcaram o encontro do movimento sanitário e do governo com os movimentos sociais populares inaugurando uma nova fase de participação social na elaboração das políticas públicas de saúde. A promulgação da Constituição e a regulamentação com a Lei Orgânica da Saúde em 1990, ao lado de outras leis, materializaram juridicamente as principais diretrizes do que deveria ser a base legal do *Sistema Único de Saúde* (SUS) (PUSTAI, 2004).

Após mais de 20 anos de sua criação, o SUS reúne grandes avanços enquanto política pública que pretende atender aos princípios garantidos pela Constituição Federal. A extensão de sua abrangência para todos os cidadãos brasileiros, atendendo aos ditames da universalidade; a ampliação da oferta de serviços de média e alta complexidade orientada a partir das necessidades de grupos mais prevalentes e impactantes epidemiologicamente, em resposta aos princípios da equidade; e por fim, a reorientação do modelo assistencial, outrora predominantemente curativo, para um sistema que desenvolva ações articuladas de promoção e prevenção em busca da integralidade, com forte ênfase na Atenção Primária à Saúde, são alguns desses avanços.

Esta reorientação do modelo assistencial tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) seu eixo principal. Esta estratégia cobre grande parte do território nacional e da população geral, mais prioritariamente as populações menos assistidas. Atualmente, conta com mais de 32.000 equipes, com cobertura de

100 milhões de pessoas em todo país. Foi responsável pela redução dos indicadores epidemiológicos e sociais extremamente relevantes como a mortalidade infantil (BRASIL, 2011a).

Com o financiamento público garantido pelos três entes federados, a continuidade da reorientação do modelo assistencial, imprescindível para a busca da integralidade, encontra outro problema. Os modelos de formação tradicionais dos profissionais de saúde, majoritariamente hospitalocêntricos, curativos, fragmentados e centrados no pensamento biomédico são responsáveis por profissionais que não se adequam a necessidade da ESF.

A conjuntura atual desperta a necessidade de formação de profissionais médicos devidamente preparados para atuar no contexto da APS - no Brasil, esta especialidade é chamada de Medicina de Família e Comunidade (MFC) (LOPES, 2006).

O médico de família e comunidade se dedica ao cuidado abrangente, continuado e contextualizado da saúde das pessoas, preferencialmente no âmbito de equipe multidisciplinar. Seu foco de atuação são as pessoas de todas as idades e gêneros, no cenário biopsicossocial da família e da comunidade em que vivem. Este profissional deve estar habilitado a cuidar com resolutividade e coordenar o cuidado da grande maioria dos problemas de saúde mais frequentes na população a ele referenciada, dos complexos até os mais simples (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2005).

Starfield (2002) destaca as especificidades da prática deste profissional. A atenção primária deve ser geral (não restrita a faixas etárias, tipos de problemas ou condições); acessível (em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura); integrada (curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de enfermidades); continuada, utiliza o trabalho em equipe; holística (perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos e das comunidades); pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; orientada para a família e para a comunidade; coordenada, confidencial e defensora dos pacientes em questões de saúde em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE

Desde a década de 1980, a partir da concepção do SUS, ampliaram-se os debates sobre a formação de recursos humanos na área da saúde. Mostrou-se cada vez mais evidente a distância existente entre a universidade, as necessidades de saúde da população e os serviços de saúde. Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), o Ministério da Saúde intensificou sua atuação para definir políticas de formação, distribuição e gestão dos trabalhadores em saúde (JESUS; RIBEIRO, 2012).

Com a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos para o SUS e a intenção de superar o modelo hegemônico da formação em saúde e aproximar às demandas reais da sociedade, o MS vem se esforçado em fomentar medidas de cunho estruturantes e de perspectivas de impacto futuro. Essas medidas foram dirigidas inicialmente a formação dos médicos, como a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Medicina e o lançamento do PROMED (Programa de Incentivo à Mudança Curricular no Curso de Medicina).

As ações não foram dirigidas apenas para o âmbito da graduação. Em 2005, o MS através da Portaria nº 1.143/GM incentivou a expansão dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) em todo o Brasil por meio da concessão de bolsas de estudo. Para isto contou com a parceria do Ministério da Educação (MEC) e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). A RMFC aparece como uma estratégia para formação de profissionais qualificados para atuar no nível de atenção primária, perpassando o desenvolvimento da pesquisa e extensão para as necessidades de saúde da população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2005).

A necessidade de incentivo para programas de RMFC tornou-se ainda mais premente com a expansão da ESF, hoje o principal campo de trabalho do médico de família. A carência de médicos formados para atuar na APS tornou-

se evidente. Médicos especialistas focais de órgãos, sistemas, gêneros e faixas etárias assumiram tarefas do cuidado integral para o qual não foram preparados. Isto ocasionou relevante carga de sofrimento para os próprios médicos, para as equipes e a população em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2005).

Com o enfoque na graduação e a experiência do PROMED, o MS expande o programa para outros cursos da área da saúde com o PRO-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e concentra seus esforços na qualificação da APS. Nessa perspectiva, foram desenvolvidos ainda outros programas, um exemplo é o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) que integra diferentes cursos de graduação da área de saúde com profissionais de uma rede de serviços de APS no sentido da construção do conhecimento e incentivo à pesquisa na área (BRASIL, 2011b).

Em 20 de junho de 2007, foi criada a Comissão Interministerial da Gestão da Educação na Saúde (CIGES) por Decreto dos ministros da Saúde e da Educação, com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Esta comissão tem o papel de estabelecer diretrizes, em especial no que diz respeito aos critérios para a regulação de cursos superiores na Saúde e a oferta de formação em áreas prioritárias, segundo necessidades regionais.

Destaca-se para este estudo o Pro-Residência e o Mestrado Profissional associado a Programas de Residência em Saúde. O Pro-Residência - Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, foi lançado em outubro de 2009 com objetivo de apoiar a formação de médicos especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS, como por exemplo, a Medicina de Família e Comunidade na região Nordeste, o que se relaciona com a existência do PRMFC-UFPE.

A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), fundação do MEC, também em outubro de 2009, lançou um edital para incentivar projetos relacionados com Mestrado Profissional associado a

Programas de Residência em Saúde. Além da formação de especialistas, essa política indutora tem a intenção de formar pesquisadores para gerar conhecimento a partir de sua atuação prática no SUS, e educadores com a competência para ensinar os novos profissionais da área da saúde.

3.5 RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

A Residência Médica (RM) é um curso de pós-graduação *lato-sensu*, o qual providencia um espaço de aprendizagem intensivo ao profissional recém-formado dos cursos de graduação. Inseridas em contextos universitários e do Sistema Único de Saúde, aproximam o formando da realidade dos serviços tanto como das demandas concretas da população (FEUERWERKER, 1998).

Segundo Botti (2009) o objetivo da residência é o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação através do treinamento de alguma especialidade médica. Wuillaume (2000) refere à residência como um processo necessário e imprescindível para o exercício profissional.

Este modelo de formação nasceu no século XIX nos Estados Unidos, quando em 1848 a Associação Médica Americana se manifestou a favor de um sistema de instrução com base na utilização da rede hospitalar, privilegiando o ensino da prática clínica e o adestramento profissional em serviço. Era pré-requisito morar na instituição de forma a estar disponível em tempo integral para o hospital, daí nasceu à denominação de Residência Médica. (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011)

No Brasil, os primeiros programas de residência médica implementados datam de 1944, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) nas áreas de cirurgia, clínica médica e física biológica aplicada, porém nessa época a formação recebia a denominação de internato. Em 1948, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, iniciou o primeiro programa já com a denominação e formato clássicos da residência médica (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011).

Neste período inicial da residência médica um número reduzido de egressos do curso de medicina a procuravam como treinamento para especialidade. Os poucos residentes, quando subsidiados, recebiam muito abaixo da renda de seus colegas que se inseriam diretamente no mundo do trabalho. Nogueira-Martins (2005) refere que neste período predominaram os aspectos idealistas da profissão, pois aqueles que escolhiam a residência dotavam de uma verdadeira vocação para renunciar outras opções e se dedicar a uma formação de alto nível.

Enquanto nos anos 1950 uma minoria dos médicos procuravam a residência, no começo da década de 1970 a maioria dos egressos da graduação optavam pela residência como sua principal formação de especialidade. A RM passa a ser sentida como uma necessidade premente dos médicos recém-formados (NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

Na década de 1970, com a expansão das escolas médicas, foram implantados 479 novos programas de residência médica, praticamente o dobro do total de programas existentes até então. Este aumento da oferta infelizmente não veio acompanhado da melhoria da qualidade do ensino e do trabalho, o que motivou um aguerrido movimento reivindicatório por parte dos residentes, no sentido de se criar uma regulamentação nacional e estabelecer um nível mínimo de remuneração pelos serviços prestados. O interesse em captação de mão-de-obra barata era o principal motivador da abertura de programas em instituições públicas e privadas. Este movimento de caráter inédito de mobilização em todo o país, deu origem a primeira greve de médicos do Brasil (FEUERWERKER, 1998).

Em 1977, como resposta ao movimento reivindicatório dos médicos residentes, foi criada por decreto presidencial a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), um grande marco na história da RM com a Lei 80.281 de 05/09/77, que em seu primeiro artigo estabelece:

A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em

regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1977).

A avaliação e a autorização de funcionamento dos programas de residência médica tornaram desde então, de responsabilidade da CNRM.

Os desdobramentos do movimento dos residentes por melhores condições de trabalho e ensino motivou a aprovação da Lei 6.932 pelo Congresso Nacional, sancionada pela Presidência da República em 07 de julho de 1981, que dispõe entre outros aspectos, dos seguintes pontos: suprime a expressão “regime de dedicação exclusiva”; proíbe o uso da expressão “residência médica” para designar qualquer programa sem a aprovação da CNRM; estabelece o valor da bolsa de estudo, carga horária e confere título de especialista que constitui comprovante hábil para o Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1977).

Na década de 1980, a incompatibilidade de diversos programas com a legislação e a séria crise econômica levou a interrupção de diversos programas de residência médica no Brasil. Somente a partir dos anos 1990, o número de pedidos de credenciamento voltou a crescer, o que Nogueira-Martins (2005) chamou de período de Revitalização da Residência Médica, quando a RM conseguiu recuperar a sua importância como espaço de especialização e aprimoramento profissional em Medicina.

Michel, Oliveira e Nunes (2011) referem que a residência médica passa por mais uma fase em sua história recente. A CNRM, criada a partir do movimento médico, hoje carece do reconhecimento institucional do MEC (Ministério da Educação) para fins legais e orçamentários. A distinção orçamentária é fundamental para a autonomia e desempenho mais apropriado das funções da CNRM. O seu reconhecimento tem gerado reações negativas por se considerar sob risco a participação efetiva das entidades médicas nas decisões. Por seu turno, o governo questiona a maioria dos votos da sociedade civil organizada em um processo de responsabilidade governamental.

No momento, a CNRM é composta por 9 membros votantes, conforme figura 1. As Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) e os representantes dos gestores públicos de saúde participam com seu direito de voz, porém não de voto.

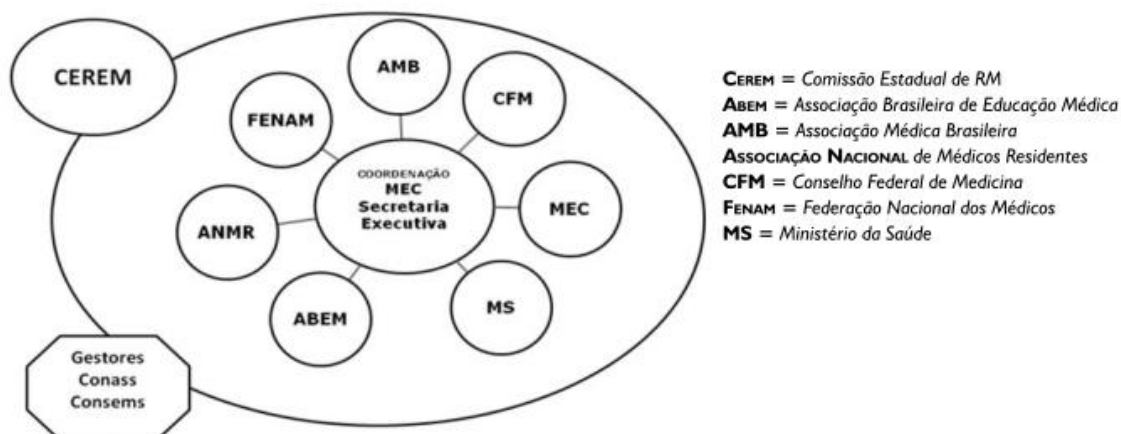


Figura 1 – Composição atual da plenária da CNRM. Membros votantes seguindo decreto em vigor. ¹

A Comissão Estadual de Residência Médica, criada a partir da resolução 01/1987 e subordinada à CNRM, tem como principal atribuição recepcionar e syndicar os assuntos de residência médica nos estados. Idealmente, busca identificar as especificidades da formação médica especializada em cada unidade da federação. Já as Comissões de Residência Médica (COREME) representam a unidade institucional de controle e desenvolvimento da RM mais próxima aos programas, cada serviço que desenvolva atividades de RM deverá ter uma COREME, a qual deveria funcionar como um conselho pedagógico.

¹ MICHEL, J. L. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M. D. P. T. Residência Médica no Brasil. *Cadernos da ABEM*, Rio de Janeiro, v. 7, Outubro 2011.

Em todos os níveis de regulação e controle deve haver representação das diferentes partes que compõem esse sistema de pós-graduação. As CEREM, representante da CNRM nos estados, são instâncias de referência das Comissões de Residência Médica das instituições e todos se reportam à CNRM. A Câmara técnica da CNRM auxilia na revisão e acompanhamento dos processos de avaliação dos programas de RM (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011).

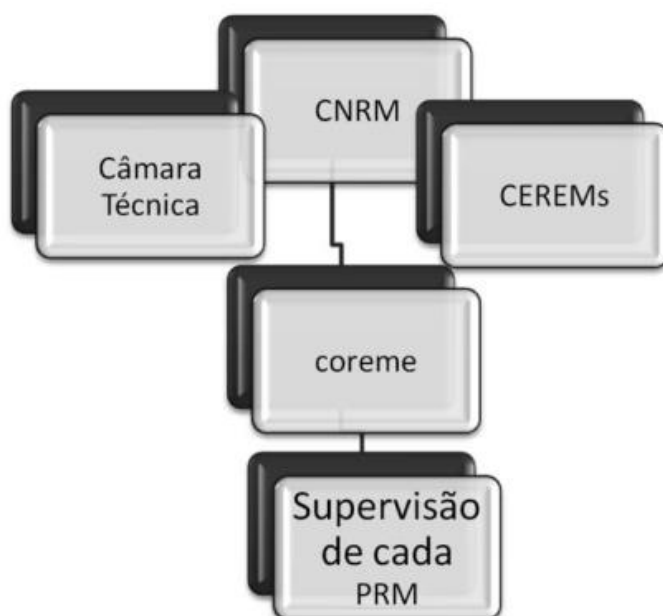


Figura 2 – Hierarquia de regulação, supervisão e avaliação da Residência Médica no Brasil ²

A compreensão do papel da RM não pode ser limitada a uma concepção de projeto educacional de especialização isolado, nem como um processo de trabalho somente. O reconhecimento da indissociabilidade desses dois aspectos marcam uma característica singular da RM: a valorização do papel do trabalho como instrumento fundamental da aprendizagem do profissional.

Ao associar a aquisição de conhecimentos ao treinamento prático em serviço, a RM proporciona uma diversidade de

² MICHEL, J. L. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M. D. P. T. Residência Médica no Brasil. *Cadernos da ABEM*, Rio de Janeiro, v. 7, Outubro 2011.

experiências que permitem a sistematização do conhecimento e a conquista de níveis crescentes de autonomia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2006).

Após esta fase inicial da história da RM, quando os principais objetivos eram construir marcos regulatórios e resolver problemas trabalhistas, a RM se aproxima do movimento de educação médica quando inicia uma reflexão sobre seu papel na formação de profissionais e sua inserção no sistema de saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2006).

Em 2009, com o objetivo de apoiar a formação de médicos especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS, o Pro-Residência - Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, já mencionado anteriormente neste texto, é lançado pelo Ministério da Saúde.

Para isso, foram priorizadas as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país e as áreas de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS como Atenção Básica, Urgência, Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Atenção Oncológica e Atenção ao Idoso.

Para execução do programa, foram implementadas três ações principais:

1. Apoio à formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades prioritárias nas regiões norte, nordeste e centro-oeste por meio da concessão de bolsas para residentes;
2. Expansão de programas de Residência Médica credenciados que incluem: especialidades básicas e as prioritárias no âmbito da saúde mental; urgência/emergência, atenção oncológica, atenção básica e atenção perinatal;
3. Abertura de novos programas de RM que incluem as especialidades básicas, as especialidades prioritárias e aquelas que não têm programas no estado.

Entre as especialidades, a que possui maior número de projetos aprovados foi a Medicina de Família e Comunidade. Em segundo lugar, a Psiquiatria (adulto e infantil) aparece com nove projetos e na sequência estão os projetos das áreas básicas. Com relação à distribuição por região, 69% das bolsas aprovadas foram destinadas a programas das regiões Norte, Nordeste e

Centro-Oeste. Nota-se ainda a predominância da região Nordeste (45%) e Norte (32%) entre o projetos aprovados.

O Ministério da Saúde, além de apoiar os novos programas de RM, desde 2005 incentiva a criação das Residências Multiprofissionais a partir da promulgação da Lei nº 11.129. Esses programas reúnem diversas profissões da área da saúde como Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Assim como a RM, contam com uma Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, instituída em 2009, com atribuições semelhantes à CNRM.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade desenvolvido na Universidade Federal de Pernambuco, cenário deste estudo, apesar de seu início ser anterior ao Pro-Residência, apresenta coerência com a proposta de priorização das necessidades regionais apresentadas pelo Ministério da Saúde.

3.6 FORMAÇÃO DOCENTE NA RESIDÊNCIA MÉDICA

[...] o que temos visto, em geral, é a negligência da importância dos aspectos pedagógicos na formação dos profissionais de saúde. Como consequência, a falta de formação para o ser professor faz com que a atividade educativa seja realizada a partir de ideias do senso comum, o que na maioria das vezes, não quer dizer bom senso (MOHR, 2011, p. 55).

A atividade docente é reconhecida como atividade secundária por professores de medicina, sendo a competência técnica de sua especialidade critério definidor de sua competência docente, ou seja: para ser bom professor de medicina, basta ser bom médico (FEUERWERKER, 1998). Dessa forma, Costa (2010, p.4) aponta que para estes professores “... os saberes adquiridos através da experiência profissional fundamentam a competência docente”.

Zabalza (2004) define esta perspectiva como a concepção 'não profissional' da formação docente, pois estes professores consideram que ensinar se aprende ensinando, ou seja, reproduzindo de maneira acrítica e intuitiva modelos aprendidos previamente na sua experiência educacional. Esta prática quando reconhecida como natural na escola, se transforma em um conceito espontâneo e generalizado sobre o que seja ensinar. Por outro lado, o autor defende uma concepção 'profissional' da formação docente, que considera o ensino uma tarefa complexa e um desafio social, com exigências e habilidades que podem ser aprendidas e construídas através de um processo formativo.

Conforme Brzezinski (2009), a formação do professor não deve ser apenas transmissão de informações e técnicas para aplicação de novos métodos, tampouco restringir-se ao domínio de competências como insistem as políticas de formação adotadas pelo mundo oficial no Brasil.

A grande maioria dos médicos formados hoje no país procuram a residência médica para aperfeiçoar sua prática médica em alguma especialidade. Nessa fase de seu desenvolvimento profissional ele exerce uma função docente, muitas vezes oculta em seus currículos formais.

Tardif (2000) considera que essa fase inicial da formação é decisiva na construção do sentimento de competência e no estabelecimento das rotinas de trabalho, ou seja, na estruturação da prática profissional, seja como médico ou professor. Este período proporciona a chamada edificação de um saber experiencial, que se transforma muito cedo em certezas profissionais, em rotinas e modelos de ensino. Essa prática fortemente influenciável pela sua vivência educacional prévia, ou seja, seus professores desde a escola básica, ganha importância principalmente a partir dos preceptores durante a formação médica, seja na graduação como na residência.

Em alguns países os programas de formação docente para o médico residente já datam de 30 anos de experiência, nos quais foram produzidas diversas evidências de que as habilidades de ensino dos residentes não apenas podem, mas devem ser desenvolvidas. Há cada vez mais indícios de melhorias significativas não apenas nas competências pedagógicas dos residentes que

participaram de tais programas de treinamento, mas também em sua proficiência clínica (HILL et al., 2009).

Os programas *resident-as-teacher* (residente como professor) ganharam maior abrangência na América do Norte na década de 1990. Em sua pesquisa Morrison *et al.* (2001) descreveu que 55% dos programas de residência dos Estados Unidos incluíam em seu currículo formal o treinamento de habilidades de ensino.

No Brasil, não foram encontrados estudos sobre iniciativas semelhantes nas bases de dados LILACS, SciElo, PubMed e ERIC. Além da existência do programa que é objeto deste estudo, há um relato de experiência apresentado no 48º Congresso Brasileiro de Educação Médica de atividade semelhante desenvolvida no PRMFC da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), programa coordenado por dois egressos do PRMFC UFPE.

Feuerwerker (1998, p. 38) destaca entre tantos desafios do residente, o de ser facilitador de processos de ensino-aprendizagem:

[...] realidade, cujas dificuldades não poupam seus recém ingressantes. Os residentes, diante de um serviço público precarizado (...) assumem suas funções formais enquanto aprendizes, além de duas outras funções as quais seus conteúdos programáticos não abarcam: ser trabalhador e ser facilitador de processos de ensino-aprendizagem.

Estudos mostram que um a dois terços dos estudantes de graduação em medicina tem como principal facilitador de aprendizagem o residente o qual dedica até 25% de seu tempo em atividades docentes (HILL et al., 2009).

Recentemente, o MEC através da CAPES lançou o Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde, com justificativas de aproximar a necessidade de formação de pesquisadores e educadores aos programas de residência. As profissões do campo da saúde que apresentam períodos longos e atividades intensivas de treinamento em trabalho, devem ser estimuladas para além de desenvolver aprendizagens relativas à formação especializada, pois

contribuem para a construção do conhecimento científico e formação de habilidades do processo ensino-aprendizagem (REBELATTO et al., 2011).

A intersecção entre mestrado profissional e residência médica, vem responder críticas relacionadas ao tempo utilizado para se formar um professor universitário ou pesquisador em algumas áreas da saúde, principalmente na medicina. Após seis anos de curso de graduação, o estudante submete-se a dois a cinco anos de especialização na residência. Caso o mesmo tenha interesse pela docência universitária e pesquisa científica enfrentará mais dois a sete anos no mestrado e doutorado. Assim, o investimento total de tempo de formação oficial pode chegar a 18 anos, o que faz o MEC considerar contraproducente o custo de resposta para o investimento educacional no indivíduo (REBELATTO et al., 2011).

Com a necessidade de abertura de novos cursos de medicina e de programas de residência médica anunciados recentemente pelo MS para adequar às necessidades de saúde de algumas regiões do País, amplia-se ainda mais a necessidade de novos professores qualificados.

A ampliação dos cenários de práticas para os serviços de saúde nos mais diferentes níveis de atenção do SUS fez com que o papel do preceptor ganhasse mais relevância. Segundo Mohr (2011, p. 55) “o preceptor é duplamente professor, pois ensina a outros médicos, ao futuro médico e ao paciente”. Os egressos de programas de residência médica tem a preferência nas seleções para orientar as atividades práticas dos estudantes diante de outros que não fizeram a formação.

Neste contexto, centraremos como objeto de estudo da presente pesquisa, o módulo de Iniciação a Docência do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFPE, o qual se apresenta como proposta para iniciar o processo de formação docente para o médico residente.

[...] Mas sendo local, o conhecimento pós-moderno é também total porque reconstitui os projetos cognitivos locais, salientando-lhes a sua exemplaridade, e por essa via transforma-os em pensamento total ilustrado. [...] Este procedimento, que é reprimido por uma forma de conhecimento que concebe através da operacionalização e generaliza através da quantidade e da uniformização, será normal numa forma de conhecimento que concebe através da imaginação e generaliza através da qualidade e da exemplaridade (SANTOS, 1988).

4. CAMINHOS DO ESTUDO

4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Como opção metodológica, foi utilizada neste estudo a abordagem da pesquisa qualitativa. Sabe-se que esta expressão assume diferentes significados no campo social. Verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade que não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2010).

Bodgan³ apud Triviños (1987) no desafio de definir e caracterizar a natureza da pesquisa qualitativa desenvolve algumas características: a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; a pesquisa qualitativa é descritiva, os pesquisadores estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e produto; os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente e o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

Pode-se classificar esta pesquisa como um estudo de caso, pois consiste em um aprofundamento de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento (MINAYO, 2010).

A informação obtida através do estudo de caso é mais contextual e sujeita a interpretação do leitor, do que o conhecimento gerado em outros tipos de pesquisa, pois prioriza a relevância da contextualização das situações retratadas. O objeto de estudo é examinado como único, uma representação singular da realidade multidimensional e historicamente situada. Dessa maneira, a generalização é tratada como ato subjetivo e não uma inferência lógica (ANDRÉ; LÜDKE, 1986).

A fim de atender aos objetivos do estudo, foi realizada a triangulação metodológica, compreendida como um conceito central na integração de métodos (DUARTE, 2009). Denzin (2009) conceitua a triangulação metodológica como sendo a utilização de múltiplos métodos para estudar um determinado

³ BODGAN, R. C.; BIRTEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction for theory and methods**. Boston, Allyn and Bacon, 1982.

problema de investigação. Acrescenta ainda que há dois subtipos: a triangulação intermétodos que significa usar diferentes métodos em relação ao mesmo objeto de estudo; e a triangulação intramétodo, que envolve a utilização do mesmo método em diferentes ocasiões. Esta última é a que corresponde à escolha deste estudo, ao combinar a análise documental de diferentes fontes, produzidas por sujeitos diferentes: plano político pedagógico, plano de ensino e avaliações do módulo.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no contexto do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

A Universidade Federal de Pernambuco segundo os Ministérios da Educação e de Ciência e Tecnologia é uma das universidades melhor avaliadas do País nos aspectos de ensino e pesquisa científica, e apresenta a melhor classificação entre as instituições federais do Norte e Nordeste (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2011).

A Universidade oferece 95 cursos de graduação presenciais distribuídos em 12 centros e mais três cursos de graduação a distância. Atualmente, são oferecidos 116 cursos de pós-graduação stricto sensu (sendo 65 Mestrados Acadêmicos, seis Mestrados Profissionais e 45 Doutorados, além de 64 cursos de pós-graduação lato sensu – especializações, incluindo as Residências Médicas).

Em suas pesquisas, a UFPE tem focado as áreas tidas como estratégicas para o Estado e para a região: Petróleo e Gás; Energia e Biomassa; Bioengenharia e Engenharia Naval; Meio Ambiente; Fármacos e Medicamentos; Nanociência, Nanotecnologia e Materiais Avançados; Metrologia Arqueológica e Patrimonial; Informática; Ciências Humanas e Sociais; e Ciências da Saúde.

O Hospital das Clínicas (HC) é uma unidade de saúde vinculada à Universidade Federal de Pernambuco que tem como objetivo oferecer atendimento médico e hospitalar à população nas mais diversas áreas. Considerado um hospital modelo entre as unidades universitárias de saúde, serve de campo de atuação para centenas de estudantes de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Serviço Social.

A residência médica se iniciou em 1958, ainda no antigo Hospital Pedro II, quando foram implantados os programas de treinamento nas áreas de Ginecologia, Oftalmologia, Cirurgia, Psiquiatria e Clínica Médica. Em 1977, houve uma maior qualificação dos serviços com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica, responsável pela regulamentação, credenciamento e fiscalização dos programas de residência médica de todo o País.

Hoje, o Hospital das Clínicas oferece vagas em 27 programas de residência médica, além dos programas em enfermagem, nutrição e multiprofissional. Em todos eles, o processo seletivo é anual e as bolsas de estudo são financiadas pelo Ministério da Educação e pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2011).

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) compôs sua primeira turma no início de 2006, com quatro residentes que colaboraram junto com os preceptores e professores para construção do Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa.

A necessidade de expansão da cobertura assistencial da Estratégia Saúde da Família em Recife; a necessidade de qualificação da atenção à saúde e de formação pedagógica dos profissionais da rede; de desenvolvimento de linha de pesquisa de relevância para o SUS; de aproximação da Universidade com o sistema de saúde e, finalmente; a necessidade de inovação no modelo de formação docente e pesquisa em educação médica são justificativas para existência do PRMFC em Recife segundo consta em seu PPP (UFPE, 2005).

Inserido na programação curricular do PRMFC, o módulo Iniciação à Docência (ID) foi concebido desde a primeira turma de residentes em 2006 e visa iniciar os médicos residentes em um processo de formação docente, numa perspectiva reflexiva da ação pedagógica pautada em uma atitude crítica e colaborativa. Optou-se por utilizar o termo “Iniciação”, pois a maioria dos residentes, egressos da graduação em medicina, pela primeira vez experimentam um contato com uma prática docente formalmente estruturada.

O módulo ID é desenvolvido em formato de módulo horizontal durante os dois anos do programa. Os residentes alocados nas suas respectivas unidades de saúde se responsabilizam, junto com outros professores do curso médico e preceptores de serviço, por um módulo do curso médico da UFPE chamado FABS I - Fundamentos da Atenção Básica à Saúde I (2º ano da graduação em medicina), além das atividades de preceptoria em serviço para os estudantes do Internato em Saúde Coletiva I (5º ano).

O módulo também promove encontros com a presença de residentes e preceptores para reflexão sobre a prática docente. Em 2011, os encontros aconteceram a cada 15 dias e contaram com a presença dos residentes envolvidos e preceptores do programa. A proposta pedagógica do módulo, seus objetivos, conteúdos e metodologia serão apresentados e analisados no próximo capítulo.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são os médicos residentes do PRMFC da UFPE participantes do módulo de ID entre março de 2011 e fevereiro de 2012.

Em 2011 o programa contou com oito residentes, quatro em seu primeiro ano de curso (R1) e outros quatro em seu segundo ano (R2). Apenas os R1 foram incluídos neste estudo, pois foram os que participaram efetivamente dos momentos de avaliação de curso. Também é nesse período que o médico residente desenvolve de maneira intensiva suas atividades de prática docente inserido na graduação de medicina. Os residentes do segundo ano foram

excluídos do estudo por não frequentarem de maneira assídua os encontros em 2011. Neste período o R2 não está mais vinculado a prática docente de sala de aula, além de outras demandas de conclusão de curso que interferiram na sua participação efetiva nos encontros de avaliação quando foi realizada a coleta dos dados.

Dessa forma, foi constituída uma amostra homogênea da pesquisa qualitativa onde os sujeitos apresentam características comuns, facilitando a coleta, a análise de dados e a adequada compreensão do fenômeno de estudo (GAY; AIRASIAN; MILLS, 2009). Moreira e Caleffe (2006) ressaltam que a amostra na abordagem qualitativa em educação deve ser “[...] grande o suficiente para ser aceitável [...], mas pequena o suficiente para permitir os detalhes e profundidade adequada para cada caso ou unidade da amostra.”

Dos quatro sujeitos, dois foram egressos do curso médico da UFPE, um da UFPB (Universidade Federal da Paraíba) e um da UFU (Universidade Federal de Uberlândia). Três residentes participaram ativamente do movimento estudantil durante sua graduação, e os mesmos concluíram seu curso até dois anos antes de iniciar o programa de residência. Todos possuíam idade inferior a 30 anos, sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino.

4.4 COLETA DOS DADOS

Foi realizada análise documental de materiais que fazem referência ao módulo Iniciação à Docência, como o plano de ensino do módulo e o projeto político-pedagógico do PRMFC. A análise documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico e tem como fonte diferentes tipos de documentos, permitindo a extração de informações e tornando possível ampliar o entendimento do objeto a partir da contextualização histórica e sociocultural necessária para a sua compreensão (SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

A coleta de dados também incluiu as avaliações de curso desenvolvidas pelos residentes, com a finalidade de identificar possibilidades, dificuldades e

contribuições para o módulo ID. Estas avaliações do módulo constituem atividades curriculares regulares planejadas no plano de ensino. Em 2011 foram aplicados questionários individuais para os residentes com registro através de ambiente virtual de aprendizagem ou de grupo focal. Este estudo utilizou o material dos registros produzidos por essas atividades como fonte de análise documental.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Nesta pesquisa as avaliações dos residentes foram analisadas utilizando como referencial a análise de conteúdo proposta por Bardin (1979).

Segundo a sua definição, a análise de conteúdo seria:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Existem diversas modalidades da Análise de Conteúdo, como a Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Enunciação, Análise de Relações e Análise Temática (MINAYO, 2010). Esta última foi a escolhida por considerar mais apropriada aos objetivos deste estudo.

A Análise Temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analisado (MINAYO, 2010).

A partir da leitura dos registros de avaliação, foram estabelecidos núcleos orientadores para a organização da apresentação dos resultados e da discussão, bem como a articulação com os referenciais teóricos da pesquisa.

Foram isoladas unidades de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), unidades de registro (palavra-chave ou

frase) e unidades temáticas, ou seja, termos amplos e questões que aparecem frequentemente nos documentos que estão diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

Para organização dos dados, foram construídas planilhas com todas as unidades de contexto e registro, para enfim identificar as unidades temáticas a partir de cada tema que emergiu do conteúdo. Para isso foi utilizado o aplicativo Microsoft Excel 2010 (Apêndice A).

Ressalta-se a participação ativa do autor como coordenador do módulo de Iniciação à Docência, o que pode caracterizar um viés do observador da pesquisa qualitativa, influenciando assim a análise do estudo. Porém, a implicação do sujeito como pesquisador e participante ativo da atividade analisada não invalida as inferências construídas no estudo, pois a proximidade do pesquisador com o objeto é uma característica comum ao universo da pesquisa qualitativa em educação, sendo também um facilitador e motivador para o desenvolvimento da pesquisa, chegando a ser até pré-requisito em alguns casos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi construído de acordo com os itens da Resolução CNS nº 196/96, do Ministério da Saúde, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos. O início da pesquisa foi atrelado à anuência do PRMFC (ANEXO 1) e à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo o qual emitiu parecer de aprovação número 6747 em 5 de abril de 2012 (ANEXO 2). O Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) através da Plataforma Brasil possui o número 00587012.0.0000.5505.

No momento da apresentação da pesquisa para os sujeitos, o 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido' (TCLE – Apêndice B) foi lido e prestado todos os esclarecimentos sobre o estudo, seus objetivos, metodologia, entre

outros, bem como quanto aos direitos do participante. Todos os sujeitos concordaram com os termos e assinaram o TCLE.

Será mantido o sigilo em relação à identificação dos participantes, os dados obtidos mediante participação esclarecida e o conhecimento oriundo da pesquisa serão utilizados para elaboração de dissertação de mestrado e para publicação e/ou apresentação em eventos científicos, respeitando-se ainda a fidedignidade dos resultados. O PRMFC onde atuam os sujeitos receberá como devolutiva uma cópia do relatório final e o pesquisador estará disponível para apresentação e discussão dos resultados, bem como para esclarecimentos em qualquer etapa do estudo, inclusive posterior à coleta de dados.

**5. A PROPOSTA
PEDAGÓGICA DE
FORMAÇÃO DOCENTE EM
UM PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MÉDICA**

Neste capítulo será desenvolvida uma análise da proposta pedagógica do módulo de Iniciação à Docência do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFPE. Para isto foi realizado um estudo minucioso em documentos produzidos pelo programa. Dentre estes documentos, destacam-se o Plano de Ensino-Aprendizagem e o Projeto Político Pedagógico.

5.1 O PLANO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DO MÓDULO INICIAÇÃO À DOCÊNCIA

Pode-se caracterizar a proposta pedagógica da Iniciação à Docência a partir da análise do Plano de Ensino-Aprendizagem (PEA - ANEXO 3). A análise foi realizada sobre o documento referente ao ano de 2011, que é composto por seis páginas e evidencia uma organização segundo os seguintes tópicos: *Colaboradores, Carga-Horária, Ementa, Objetivos, Saberes e competências em construção, Conteúdos, Metodologia e Cronograma*.

É possível iniciar uma análise de um documento a partir de seu título, ou seja, a expressão que sintetiza o seu conteúdo. Percebe-se que ao optar por não descrever apenas “Plano de ensino” como é tradicionalmente postulado pelos currículos tradicionais, e sim “Plano de Ensino-Aprendizagem”, pode-se inferir que o PRMFC retira de seu documento oficial o caráter de centralidade da ação docente o ato de ensinar e expande para um compromisso com o aprender. Essa opção lembra o que a professora Léa Anastasiou (2006) oferece com a construção do conceito de *ensinagem*, termo que sintetiza a parceria de professor e estudante em uma prática social complexa compromissada com a aprendizagem. Unem-se as palavras ensino e aprendizagem e cria-se o neologismo *ensinagem*.

Entre os colaboradores do módulo citados estão inicialmente os residentes, identificando o nome de cada participante. Logo após são descritos o nome de preceptores do programa de residência e de professores colaboradores. Pode-se fazer uma inferência da opção de adotar o termo

Colaboradores com uma concepção de horizontalidade, participação ativa e atitude colaborativa nas inter-relações de todos os participantes.

A carga horária do módulo ID é dividida entre atividades presenciais (50h/ano) e as práticas de ensino, sendo que estas últimas tem um maior tempo dedicado (64h/ano). A opção por desenvolver um módulo longitudinal durante todo o período do curso de residência (dois anos) é um destaque diante de outras práticas descritas na literatura (HILL et al., 2009).

Hill et al. (2009) em sua revisão sistemática sobre os programas *resident-as-teacher* (residente como professor) refere que ainda é pouco claro na literatura a razão de um programa ser efetivo e bem sucedido, tanto com relação a técnicas utilizadas, como ao tempo de duração. Existem diferentes abordagens, desde cursos pontuais com um único encontro, a propostas longitudinais com até dois anos de duração, como a do programa objeto deste estudo.

Post, Quattlebaum e Benich (2009) descreveram em sua revisão da literatura que, a média de carga horária dos programas eram de apenas 7,6 horas, dado bastante divergente do que é apresentado pelo PRMFC UFPE, que é de 228h ao considerar os dois anos. Isto revela uma diferença importante, o equivalente a 30 vezes a carga horária média dos programas descritos no estudo supracitado. A partir deste dado, pode-se inferir uma valorização do processo de formação docente pelo PRMFC. O tempo de experiência pode ser diretamente relacionado com o aprendizado, já que aumenta o tempo de exposição, reflexão e aprofundamento, facilitando assim a integração das vivências da prática de ensino com os outros saberes docentes construídos ao longo da residência.

A ementa é descrita em poucas palavras, mas traz muitos conceitos:

Iniciar os médicos residentes em um processo de formação docente numa perspectiva reflexiva da ação pedagógica, pautadas em uma atitude crítica e colaborativa coerentes com as mudanças dos pressupostos da ciência, educação e saúde.

Pode-se destacar nesta ementa, o reconhecimento do programa de residência médica, quanto ao aspecto de Formação Docente da Iniciação a Docência. Esta referência aparenta fazer relação com a concepção profissional da formação docente descrita por Zabalza (2004), a qual descreve o ensino como uma prática social complexa que demanda aperfeiçoamento específico, diferente da concepção não profissional, a qual considera a atividade docente como uma prática intuitiva que necessita apenas da experiência e do saber técnico de sua profissão.

A ementa também evidencia o compromisso do módulo ID com o caráter crítico, reflexivo e colaborativo de seu desenvolvimento. A professora portuguesa Isabel Alarcão (2003) exemplifica o caráter reflexivo citado no PEA com sua concepção do Professor Reflexivo. Esta se baseia na consciência da capacidade de pensamento e reflexão que caracteriza o ser humano como criativo, e não como mero reprodutor de ideias e práticas. Essa habilidade é produto de uma mistura integrada de ciência, técnica e arte, a qual propicia uma ação de forma inteligente e flexível.

O mestre Paulo Freire (1996, p. 22) descreve a importância da prática reflexiva da ação pedagógica, ressaltando a relação interdependente da teoria e prática:

[...] Por isso é que, na formação permanente dos professores, o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser tal modo concreto que quase se confunde com a prática.

Ainda sobre a perspectiva reflexiva e crítica apresentada na ementa do módulo ID para o residente-professor, pode-se tecer uma relação com o perfil do médico a ser formado no Brasil apresentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais:

[...] o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, [...] com senso de responsabilidade social e

compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, CÂMERA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2001).

Moreira ao desenvolver o conceito de aprendizagem significativa crítica, refere que há um risco do aprendizado não ter necessariamente o foco do que é necessário para a sociedade, para o qual devemos nos manter atentos, pois a aprendizagem é:

[...] aquela que permitirá ao sujeito fazer parte de sua cultura e, ao mesmo tempo, estar fora dela, manejar a informação, criticamente, sem sentir-se impotente frente a ela; usufruir a tecnologia sem idolatrá-la; mudar sem ser dominado pela mudança; conviver com a incerteza, a relatividade, a causalidade múltipla, a construção metafórica do conhecimento, a probabilidade das coisas, a não dicotomização das diferenças, a recursividade das representações mentais; rejeitar as verdades fixas, as certezas, as definições absolutas, as entidades isoladas (MOREIRA, 2000, p. 12-13) .

A ementa do módulo de ID assume uma *“ação pedagógica pautada em uma atitude crítica e colaborativa”*. Pode-se colher significados do conceito de aprendizagem colaborativa, o qual está baseado na construção coletiva do conhecimento. Campos (2003) considera essa aprendizagem como uma proposta pedagógica na qual estudantes se ajudam no processo de aprendizagem, atuando como parceiros entre si e com o professor com o objetivo de adquirir conhecimento sobre um dado objeto. Desta forma, o planejamento de ensino do módulo ID apresenta uma noção de gestão dos processos educativos baseada em relações horizontais de parceria.

Ao afirmar uma *“coerência com as mudanças dos pressupostos da ciência, educação e saúde”*, o PEA está em sintonia com as transformações de paradigma científico. Porém não afirma que pressupostos são estes. Ao final do PEA, na bibliografia recomendada, pode-se inferir aproximação do módulo ID

com as contribuições de alguns autores, como Edgar Morin e Boaventura de Souza Santos.

Com relação aos objetivos, o PEA levanta os seguintes pontos: 1) conhecer e discutir o processo histórico e epistemológico das mudanças na educação médica, 2) conhecer e aplicar estratégias de ensino aprendizagem coerentes com os novos pressupostos da educação considerando as peculiaridades da educação e prática médica, 3) desenvolver a habilidade de refletir sobre o próprio aprendizado e ação pedagógica pautadas em uma atitude crítica e colaborativa e 4) facilitar a apropriação dos saberes específicos da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da experiência de ensino.

Percebe-se uma valorização dos elementos históricos e epistemológicos da educação médica por parte do módulo ID para a formação docente dos médicos residentes. Os outros objetivos são coerentes com o que foi apresentado na ementa no módulo.

Há um destaque nos objetivos para a apropriação dos saberes específicos da área de especialidade (MFC) a partir da experiência de ensinar. Através da prática docente, cria-se uma motivação para o aprendizado do conhecimento a ser desenvolvido em sala de aula. Assim, integrando saberes, aprende-se muito daquilo que se ensina.

É importante destacar que o PEA reserva um espaço próprio para a descrição de um amplo leque de saberes e competências em construção. São eles: saberes pedagógicos; saberes técnico-assistenciais; saberes da experiência; competências cognitivas; competências organizacionais; competências relacionais; competências sociais e competências comportamentais.

A noção de competências refere-se a um sistema de conhecimentos conceituais e processuais, organizados em esquemas operatórios que permitem a partir de um conjunto de situações, a identificação de uma ação eficaz. Nesse sentido, enquanto dimensão do processo de formação, a competência

pressupõe: a capacidade de articular, reconstruir e atualizar os inúmeros saberes-conhecimentos para interagir na dinâmica do mundo do trabalho e da vida social enquanto cidadão, e o desenvolvimento de habilidades e potencialidades dos indivíduos com ênfase na criatividade, capacidade crítica, autonomia, compromisso, espírito de iniciativa e flexibilidade perante o novo (MONTEIRO, 2001).

O PEA do módulo ID considera que no processo de formação de professores, é preciso integrar a diversidade dos saberes requeridos para o desempenho da função docente que dizem respeito ao modo como este se apropria do 'ser professor' em sua vida, quais sejam: *Saberes específicos das áreas de conhecimento, saberes pedagógicos e saberes da experiência* do professor (TARDIF, 2002).

Todos os níveis de saberes e competências são apresentados e descritos em suas particularidades. Percebe-se portanto o referencial teórico influenciado e fundamentado nas obras de Pimenta (2012) e Farias (1998).

Há, na tentativa de explicitar o conjunto de saberes docentes, uma segmentação do conteúdo. Pimenta (1999) aponta a importância que a fragmentação entre os diferentes saberes seja superada, considerando que a prática social seja o objeto central para a re-significação da formação dos professores.

Os conteúdos apresentam coerência com os objetivos apresentados, sendo citados em uma lista de ordem numérica: 1. Mudanças nos pressupostos da Ciência (Positivismo, fenomenologia, marxismo e complexidade), 2. Novos pressupostos da Ciência da Educação (a. Pedagogia da autonomia, b. Aprendizagem significativa crítica, c. Pedagogia Rizomática), 3. Marcos Históricos das Mudanças da Educação Médica, 4. Processo ensino-aprendizagem (a. Organização Curricular, b. Planejamento no processo ensino-aprendizagem, c. Estratégias de aprendizagem, d. Avaliação da Aprendizagem), 5. Sujeitos e estilos da aprendizagem, 6. Professor reflexivo, 7. Conteúdo programático de FABS e Internato, 8. Conteúdo programático do Núcleo MFC.

Existe certa predominância do enfoque nos saberes pedagógicos, porém é de se destacar os conteúdos específicos a serem trabalhados em sala de aula e no internato que são explicitados no PEA, mostrando um compromisso do módulo ID com o planejamento das atividades da prática de ensino a serem desenvolvidas pelos residentes junto aos alunos de graduação.

A metodologia descrita no PEA ressalta a possibilidade de usar diversas estratégias de ensino-aprendizagem. Lembrando também que a prática docente ocorre em diversos cenários, não apenas na sala de aula (com o residente como tutor no 3º período do curso médico), mas nos serviços de saúde mediando a aprendizagem com os estudantes inseridos na realidade do Sistema Único de Saúde (como preceptor de serviço nas UBS recebendo estudantes do 1º, 3º, 9º e 10º períodos do curso médico da UFPE). Desse modo, assim como os estudantes de graduação vivenciam o processo de construção de seu próprio conhecimento mediado pelo residente, este em formação docente está produzindo um novo conhecimento sobre como ensinar.

Os múltiplos campos de prática são apresentados nas DCN como essencial para o aprendizado do estudante de medicina nos diversos níveis de atenção do SUS, aproximando o aprendiz da realidade e das demandas concretas da população, principalmente no que diz respeito a atenção básica. É nesse espaço que o residente desenvolve o seu aprendizado no trabalho, sendo também um facilitador da integração teoria-prática do estudante, vivenciando um papel semelhante à de um preceptor. Segundo Botti e Rego (2008) o preceptor tem como função auxiliar graduandos na construção de soluções para os problemas com os quais eles se defrontam na sua prática em saúde, além de articular os conhecimentos e valores da escola e do trabalho.

As DCN também orientam que a diversidade de metodologias de ensino privilegiem a participação ativa dos estudantes e a integração de diferentes conteúdos (BRASIL, 2001). Pode-se tecer uma coerência do PEA com as recomendações das diretrizes, que apesar de terem sido concebidas para a graduação, tornou-se um documento orientador da formação integral do médico.

Quando se descreve a avaliação no PEA, a perspectiva formativa é logo destacada, valorizando as diferenças individuais dos estudantes, a metacognição e o *feedback* da aprendizagem. Parte de um planejamento inicial de três encontros de avaliação em um ano, ou seja, a cada quatro meses. Demonstrando assim um investimento contínuo e processual para a avaliação. A perspectiva da avaliação do módulo ID será analisada e discutida no próximo capítulo.

No cronograma do PEA são apresentados os conteúdos (na forma de questões), as estratégias de ensino-aprendizagem e o objetivo de aprendizagem correspondente aos cinco primeiros encontros, a seguir no Quadro 1.

Quadro 1. Atividades iniciais descritas no cronograma do Plano de Ensino-aprendizagem no ano de 2011

	Apresentação
	Por que Iniciação à Docência na Residência de MFC?
1º encontro	Apresentação da ID (História, Justificativa, Objetivos)
	Apresentação dos referenciais teóricos
	Discussão do tema a partir dos saberes da experiência
	Objetivo de Aprendizagem: Compreender os fundamentos pedagógicos e epistemológicos do processo de ensino-aprendizagem (ênfase nas Diretrizes Curriculares Nacionais no Contexto de Mudanças na Educação Médica)
	Discussão do Objetivo de Aprendizagem (OA) anterior
2º encontro	O que aprender para ensinar?
	Discussão do tema a partir dos saberes da experiência
	OA: Saberes requeridos para a Formação docente
	Discussão do OA anterior
3º encontro	Quais são as estratégias de ensino-aprendizagem segundo o novo paradigma? –
	Discussão do tema a partir dos saberes da experiência
	OA: Estratégias de ensino-aprendizagem (ênfase nas desenvolvidas atualmente: tutoria, fórum...)
	Discussão do OA anterior
4º encontro	Como avaliar a aprendizagem segundo o novo paradigma?
	Discussão do tema a partir dos saberes da experiência
	OA: Avaliação da aprendizagem (ênfase nas desenvolvidas atualmente)
5º encontro	1ª parte: discussão do OA anterior
	2ª parte: relato de vivências e reflexões + Narrativa 1
	OA.: (a ser construído após discussão)

Destaca-se no cronograma a discussão a partir dos saberes da experiência, explicitando um compromisso com a integração do conhecimento teórico e prático a partir das vivências dos residentes. Costa (2010) em seu estudo sobre a formação pedagógica do professor de medicina identificou que a maioria das iniciativas formais de desenvolvimento docente prioriza o aspecto técnico da prática docente (aprendizado de métodos, avaliação, etc) em detrimento da dimensão reflexiva de sua prática, o que aparentemente não condiz com o apresentado no PEA do módulo Iniciação a Docência.

O plano de ensino-aprendizagem do módulo ID contém um apêndice que apresenta um cronograma de atividades para o segundo semestre, desenvolvido e reformulado após o primeiro momento de avaliação do módulo.

O documento é constituído basicamente por uma tabela com as seguintes colunas: data, conteúdo, responsável, objetivos, estratégias, avaliação e referências bibliográficas. Esta organização demonstra o cuidado com o planejamento de ensino em cada atividade, mostrando com antecedência aos encontros, os objetivos, a forma a ser desenvolvida e a avaliação da atividade. Segundo Leal (2005, p. 1):

[...] o planejamento é um processo que exige organização, sistematização, previsão, decisão e outros aspectos na pretensão de garantir a eficiência e eficácia de uma ação [...] é um ato político-pedagógico porque revela intenções e a intencionalidade, expõe o que se deseja realizar e o que se pretende atingir.

Assim, o planejamento de ensino implica em uma ação refletida, e aparenta quando são evidenciados os responsáveis para cada atividade, uma construção colaborativa, tecendo mais uma vez uma relação de coerência com os objetivos e a ementa do módulo ID.

Há algumas lacunas neste plano, principalmente nos campos de avaliação de cada atividade que não estão explicitados. Os únicos campos completamente preenchidos são os de data, conteúdo e responsáveis. Pode-se evidenciar um processo em construção, onde as definições não ocorrem

previamente, mas sim durante o decorrer do módulo. Ou mesmo uma insuficiência de estabelecer um planejamento contínuo efetivo por razões diversas.

Nos conteúdos destaca-se a presença de diversos temas relacionados à epistemologia e método científico como, por exemplo: positivismo; fenomenologia; materialismo dialético e complexidade. Considerando que o plano foi desenvolvido com a participação ativa do residente, a presença desses temas pode se relacionar a uma carência e um desejo do residente para o aprendizado de um conhecimento específico o qual não teve oportunidade de aprender na sua trajetória formativa. Oliveira, Alves e Luz (2008) descrevem que há uma a insuficiência da iniciação científica e do ensino em metodologia científica na escola médica brasileira.

5.2 O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E O MÓDULO INICIAÇÃO À DOCÊNCIA

Nesta seção, será analisada a intersecção do módulo da Iniciação à Docência com o Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade (ANEXO 4).

No contexto da residência médica no Brasil, não é comum um programa apresentar um PPP, já que não é uma exigência legal como na graduação (BRASIL, 2001). Dessa forma, percebe-se o comprometimento do PRMFC em construir um projeto que tem a intenção de descrever suas concepções políticas e pedagógicas, apresentando assim sua visão de mundo e de profissional o qual almeja formar (RUIZ-MORENO; SONZOGNO, 2011).

Alguns autores defendem que não haveria necessidade de se acrescentar o adjetivo político ao termo projeto pedagógico, uma vez que o conceito pedagógico já contempla a componente política: não pode haver proposta pedagógica que não seja política, pois ela é voltada para uma ação transformadora que envolve decisão sobre os rumos a tomar. A expressão

Projeto Político Pedagógico, porém, tem se consagrado no ambiente educacional no Brasil. Provavelmente para dar destaque ao termo político, uma vez que por muitas décadas foi propagado que a educação era neutra e que o saber não dependia das escolhas humanas (VEIGA, 2003).

Pode-se inferir que a opção pelo termo Projeto Político Pedagógico no PRMFC nasce da influência do processo de construção do PPP da graduação em medicina da UFPE dois anos antes, quando alguns residentes e preceptores também participaram na concepção daquele documento (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2003).

Uma peculiaridade do PPP do PRMFC é um poema de apresentação, produzido pelos residentes da primeira turma, chamado *Residimos ou Poema do ser médico e mudar o mundo*. Através do diálogo com a arte, os pioneiros do programa constroem os seguintes versos:

O saber tão poderoso!....

Como pão compartilhado.

Todos os castelos e capas...

Ao chão em frangalhos.

Mãos dadas, peitos em sintonia, ombro a ombro,

Olhos humildes, convictos e guerreiros,

Construindo a proximidade da Paz,

Aquela que só irmãos conhecem.

Seremos mulheres-homens-mulheres,

Crianças experientes, Velhos sonhadores.

Degustaremos vários mundos,

Revolucionando este cosmo.

Os olhares de tristeza fatalista

Arruinar-se-ão ao canto coletivo de liberdade cidadã,

Melodia que há tanto ecoa na balada do condor.

Lançaremos no ar da lua, da graça do vôo sem volta:

O sonho.

Ter medo é um privilégio dos que vão

Os espelhos não se quebram sozinhos

Nunca ficaremos sós.

Nesta última estrofe, o poema traduz uma síntese do PPP, traz os sentimentos daqueles que são os primeiros, o sonho e o desejo, a insegurança e o medo dos pioneiros. Mas também traz a fortaleza da solidariedade daqueles que vão.

O poema ainda traz uma característica pouco peculiar em programas institucionais: a incorporação dos sujeitos, residentes e preceptores, em sua redação. Os programas institucionais tem tradicionalmente uma visão mais objetiva e material, enquanto o poema citado traz a subjetividade dos atores no curso. Boaventura de Souza Santos (1988) refere que todo conhecimento é autoconhecimento, pois o objeto estudado não é mais que a continuação do sujeito. Esta percepção é fundamental para compreender o paradigma científico emergente. A ciência não descobre, ela cria, assim a implicação do sujeito é permanente, como evidenciado na apresentação do PPP.

A participação dos sujeitos implicados na construção do PPP produz sentido ao programa, pois inclui no processo a contribuição dos diferentes participantes, favorece o diálogo, a compreensão, configura unicidade e coerência ao processo educativo e principalmente, legitima o projeto como um guia de ação e de gestão da PRMFC analisado coletivamente, definindo os valores e finalidades em que se basearam as decisões, elegendo prioridades. Demonstra a construção da autonomia em parceria; mas é também o compromisso de fazer um programa de todos, de preceptores e residentes, unidos por um mesmo propósito (VEIGA, 2003; LABOR EDUCACIONAL, 2011).

Mais adiante no texto, o PPP justifica a existência do PRMFC a partir de diversas necessidades. Destaca-se para este estudo duas delas: a necessidade

de “formação pedagógica da rede e consequente potencialização das iniciativas de formação acadêmica graduada e pós-graduada” e a necessidade de “inovação no modelo de formação docente e pesquisa em educação médica”.

Estes apontamentos direcionam um compromisso do PRMFC para duas vertentes relacionadas com o módulo ID: a formação pedagógica dos médicos residentes que estão na rede assistencial de saúde no município desenvolvendo a integração ensino-serviço, e o incentivo para inovação em formação docente e da pesquisa em educação médica. Pode-se tecer uma relação clara do PPP com as DCN, mostrando conhecimento da coordenação do programa dos incentivos às mudanças na educação médica.

Há uma seção do PPP dedicada a apresentar a Iniciação à Docência. O título deste trecho é “Formação Docente”, mais uma vez o PRMFC aponta o compromisso com o desenvolvimento docente de novos professores. Destaca a participação do residente no gerenciamento e execução de um módulo da graduação (FABS I) e do internato em Saúde Coletiva I.

Além disso, apresenta os responsáveis por facilitar os encontros e a carga horária dedicada para cada atividade. Neste ponto, mostra uma divergência entre o PPP e o PEA, este último apresentou uma carga horária total nos dois anos de curso do módulo ID de 256h. Enquanto que o primeiro mostra 228h. De qualquer forma, evidencia uma implicação potente do residente com o espaço de formação docente em comparação com outras experiências internacionais já descritas que possuem uma carga horária muito menor (POST; QUATTLEBAUM; BENICH, 2009).

A concepção pedagógica é apresentada em uma seção a parte, dela podem-se destacar os seguintes trechos:

Todas as iniciativas pedagógicas devem estar voltadas para a construção de autonomia profissional e científica.

A orientação político pedagógica do programa busca os pressupostos da Educação Rizomática [...] Numa pedagogia nômade os saberes tornam-se sabores porque permitem as

inteligências aceder a um universo outro. Os saberes como sabores não mudam a realidade finita dos homens, mas atribuem ao “incompreensível” uma realidade artística, criadora.

O primeiro recorte transmite a necessidade de busca e construção da autonomia do sujeito, no caso no campo profissional e científico. Freire (1996, p. 35) refere que “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor [...]”.

Um destaque neste PPP é a referência à concepção da Pedagogia Rizomática, exemplificado com um texto retirado de uma das referências bibliográficas. Gilles Deleuze, filósofo francês reconhecido por desenvolver vários conceitos nos caminhos da “filosofia do desejo”, introduz o conceito do *Rizoma* para a educação. Nesta perspectiva, o saber e o conhecimento são um organismo vivo, em constante e vital movimento. Não é, e nem pode ser uma propriedade particular, estando, assim, embaraçado e sedentarizado por qualquer poder, fiscal ou regras artificiais, inclusive escolares (VILAÇA, 2006).

O termo Rizoma provém da botânica, que significa uma parte de algumas plantas cujos brotos podem se ramificar em qualquer ponto, pode funcionar como raiz, talo ou ramo, independente de sua localização. Dessa forma, serve para descrever um sistema epistemológico onde não há raízes, ou seja, proposições ou afirmações mais fundamentais do que outras.

Nesta perspectiva o Rizoma caracteriza o modo como se compreende o conhecimento: ele não é hierarquizado, mas é complexamente inter cruzado. A ideia é de um emaranhado de opções e conhecimentos, que não se sabe de onde vem, nem onde irão dar. Ao contrário da maioria dos sistemas educativos, assentados na representação, a proposta que aqui se esboça não pretende repetir as pedagogias arborescentes (árvore do conhecimento, hierarquia de saberes), mas pensar, imaginar, engendrar, embora de modo sucinto, uma pedagogia dos possíveis, uma pedagogia rizomática, sem raízes, troncos, galhos ou folhas fundadoras (VILAÇA, 2006).

Daniel Lins (2005, p. 1229) concebe:

[...]Uma pedagogia rizomática, que tem como axioma primordial uma ciência nômade ou itinerante está inserida na ética e na estética da existência, na imanência, pois, como vida emerge como pura resistência, puro devir. Eis um dos eixos do projeto de uma escola inserida numa dinâmica do rizoma: resistir, infectar e vitalizar o instituído.

Ainda sobre a pedagogia rizomática, Shérer (2005, p. 1188) traduz que "[...] aprender não é reproduzir, mas inaugurar, inventar o ainda não existente, e não se contentar em repetir um saber".

Desse modo, o PRMFC avança na descrição de sua concepção de educação e apresenta uma perspectiva de prática pedagógica com elementos recentes oriundos da filosofia de Deleuze, o qual atribui que o aprender vai além do saber, esposando a vida toda, inteira, em seu curso apaixonado e imprevisível (SHÉRER, 2005).

O desejo, a paixão e os sujeitos são corporeidade do Projeto Político Pedagógico, desde sua apresentação ao tomar uma poesia como elemento de síntese introdutória até sua concepção pedagógica ao desafiar o processo de ensino-aprendizagem de um programa de residência médica com os elementos da pedagogia rizomática.

Para concluir, Veiga (2003, p. 279) traduz a síntese e o sentido do PPP:

Para modificar sua própria realidade cultural, a instituição educativa deverá apostar em novos valores. Em vez da padronização, propor a singularidade; em vez de dependência, construir a autonomia; em vez de isolamento e individualismo, o coletivo e a participação; em vez da privacidade do trabalho pedagógico, propor que seja público; em vez de autoritarismo, a gestão democrática; em vez de cristalizar o instituído, inová-lo; em vez de qualidade total, investir na qualidade para todos.

6. O MÓDULO INICIAÇÃO À DOCÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS RESIDENTES

Neste capítulo serão apresentados os resultados da avaliação do módulo Iniciação à Docência na perspectiva dos residentes e a discussão dos achados com a literatura científica nacional e internacional.

Antes de evidenciar os resultados, é importante relatar como foi desenvolvido o processo de avaliação do módulo ID. Assim como referido no PEA (Plano de Ensino-Aprendizagem) no capítulo anterior, os momentos de avaliação não ocorrem uma única vez, pois o módulo ID reconhece a característica permanente e longitudinal do processo avaliativo. Segundo consta no PEA:

[...] Nos encontros presenciais de avaliação, será feita a partilha e a discussão das reflexões individuais com o grupo, de forma a fundamentar o planejamento do módulo para o próximo período.

É explícita a particularidade do compromisso da avaliação com o planejamento do módulo, o que se pode relacionar com o modelo da *avaliação como tomada de decisão* com o objetivo de aperfeiçoamento do curso. Seiffert e Abdalla (2004, p. 171) descrevem esta perspectiva:

[...] Assume-se a noção de que o processo de avaliação pode favorecer a tomada de decisão, devendo antes explicitar seu propósito. Significa, portanto, obter e fornecer informações para fundamentar a tomada de decisões. Tal modelo de avaliação envolve a análise de variáveis de contexto, entrada, processo e produto, fornecendo informações significativas para atender às necessidades de quem toma decisões.

A primeira avaliação do módulo ID aconteceu quatro meses após o início das atividades. Previamente ao encontro presencial foi enviado um questionário de avaliação por correio eletrônico para os residentes (ANEXO 5). Para responder e registrar os pontos levantados no questionário, os estudantes foram convidados a acessar o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) individualmente.

O segundo momento de avaliação ocorreu sete meses depois do primeiro. Nesta ocasião foi desenvolvido um grupo focal após apreciação do mesmo

instrumento de avaliação utilizado no primeiro encontro. O registro escrito desse momento foi realizado por um participante voluntário eleito pelo grupo.

Após a apresentação de conceitos sobre avaliação, o questionário está dividido em três partes. A primeira aborda os aspectos relacionados aos objetivos do módulo ID e a segunda parte propõe uma avaliação das competências docentes desenvolvidas pelos residentes conforme descritas no PEA. Estas duas primeiras partes são direcionadas à autoavaliação. A terceira e última parte questiona sobre aspectos gerais do desenvolvimento do curso.

Conforme procedimento metodológico descrito anteriormente, ocorreu a leitura flutuante dos produtos das avaliações individuais (mensagens postadas no AVA em resposta ao questionário) e coletiva (registro escrito do grupo focal). Neste momento o pesquisador se deixa impregnar pelo conteúdo através de um contato intenso e exaustivo com o material analisado. Em seguida foram reformulados os eixos orientadores da análise. Esta etapa significa a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou abertura para novas indagações (MINAYO, 2010; FRANCO, 2008).

A ordem das partes proposta pelo questionário (1 - Objetivos, 2 - Competências e 3 - Avaliação do curso) não foi suficiente para se tornar o eixo orientador da análise. Percebeu-se uma maior densidade de respostas sobre os aspectos relacionados a avaliação do módulo em comparação a perspectiva dos objetivos alcançados e competências desenvolvidas (autoavaliação). Alguns sujeitos não responderam as questões relacionadas às competências docentes ou foram obtidas respostas que desconsideraram a perspectiva de autoavaliação, tecendo críticas ou sugestões sobre o curso.

Pode-se inferir a existência de uma resistência sobre a autoavaliação, exemplificada no desafio de olhar para si e refletir sobre suas competências, o que faz o sujeito desviar o foco para outro objeto. Pode ocorrer também uma incompreensão da mensagem das perguntas quando falta clareza na questão. Além da possibilidade dos aspectos externos tomarem uma maior dimensão (problemas, dificuldades de organização do módulo...), o que faz com que os residentes encontrem um espaço de crítica através da avaliação.

Durante a imersão da pesquisa no produto das avaliações, percebeu-se uma intenção clara dos sujeitos em produzir um plano de intervenções para o módulo ID. Os residentes indicaram experiências positivas, classificaram pontos que precisam ser transformados e propuseram formas de superar aqueles problemas.

Dessa forma, os núcleos que orientaram a análise foram:

- A. “O que continuar?” – Aspectos positivos identificados no desenvolvimento do curso os quais devem ser incentivados e mantidos.
- B. “O que mudar?” – Aspectos identificados pelos sujeitos da pesquisa que necessitam de mudanças para um melhor desenvolvimento do módulo.
- C. “Como mudar?” – Contribuições dos médicos residentes para a operacionalização das mudanças do módulo ID.

A partir da análise das avaliações individuais e do registro escrito do grupo focal foram identificadas 13 unidades temáticas correspondentes relacionadas aos eixos orientadores que se apresentam no Quadro 2.

QUADRO 2. UNIDADES TEMÁTICAS POR EIXO ORIENTADOR DA ANÁLISE

Eixo A: “O que continuar?”.

A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente

Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras

Compromisso social do residente/professor

Relação professor-estudante baseada em respeito mútuo e corresponsabilidade

Eixo B: “O que mudar?”.

Limitação das narrativas entre outras estratégias de ensino-aprendizagem

Escasso apoio do módulo ID à prática docente

Descontinuidade na participação dos pares

Sobrecarga de atividades do residente

Eixo C: “Como mudar?”.

Instrumentalização e colaboração para a prática docente

Maior participação e investimento pessoal na formação

Diversificação de estratégias de ensino-aprendizagem

Aprofundamento de conteúdo: educação popular

Incorporação de planejamento político (Implicação dos sujeitos com a realidade)

6.1 O QUE CONTINUAR? - ASPECTOS POSITIVOS IDENTIFICADOS NO DESENVOLVIMENTO DO CURSO

No primeiro eixo orientador “*O que continuar?*” a unidade temática, “**A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente**” obteve 11 ocorrências, tornando-se o ponto mais relevante entre os aspectos positivos levantados nas avaliações dos residentes. Nas respostas postadas no AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem) um residente relatou

Residente 2: [...] **A existência de FABS enquanto espaço de exercício me propiciou algumas reflexões** relacionadas com os objetivos da ID. Dentre diversos elementos, [...] pude parar para pensar a estratégia de ensinagem, ser criativo, colaborativo, dialogar horizontalmente de forma que os estudantes pudessem interferir na atividade de FABS diretamente...

O relato da avaliação realizada no grupo focal corrobora que a experiência como docente no módulo Fundamentos da Atenção Básica à Saúde I (FABS I) do 3º semestre do curso de graduação em medicina foi relevante para a formação docente dentro do módulo ID.

Residente 1: [...] **o que mais ajudou em sua prática foi assumir seu papel de preceptoria no momento prático na Unidade**, com estratégias e metodologias que devem ser seguidas.

Residente 3: [...] **O que foi mais importante foi significar isso na prática, enquanto preceptor e tutor no 3º período e internato [...].**

Observa-se que a imersão na prática de ensino propiciada pelo módulo ID, na qual os residentes desenvolvem atividades docentes na graduação, possibilitou reflexões sobre o desenvolvimento de seus saberes e competências docentes em uma perspectiva criativa e inovadora. Paulo Freire (1996, p. 13) ilustra esta prática reflexiva:

Quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, gnosiológica, pedagógica, estética e ética, em que a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a serenidade.

Segundo Batista (2005) assumir a prática como eixo estruturante do desenvolvimento docente não significa defender uma perspectiva empirista do conhecimento, como se este decorresse linearmente da experiência, mas sim, representa compreender o conhecimento como um processo de construção em um contexto de tempo e espaço determinados. Tomar a realidade como objeto de aprendizagem, construindo uma relação de teorização e retorno ao real, transformando-a e sendo transformado por ela, configura movimentos de formação potencialmente significativos.

O método não precede a experiência, mas emerge dela, para isso Edgar Morin ilustra com uma nota da filósofa espanhola María Zambrano⁴.

A experiência precede qualquer método [...] uma determinada perda na experiência, terá sido indispensável; terá sido necessário que o sujeito no qual se formava a experiência se perdesse. Esta maneira de se perder transformar-se-á mais tarde em liberdade (ZAMBRANO apud MORIN, MOTTA e CIURANA, 2003, p. 19).

Dessa forma, a prática docente, ou a experiência da ação do professor, não necessariamente é algo que ocorre após o aprendizado de um método, mas pode vir antes, é um processo recíproco e simultâneo como a relação teoria e prática.

A segunda unidade temática apreendida neste eixo “*O que continuar?*” foram as **estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras**. Dela surgiram 9 ocorrências.

Os residentes destacaram algumas estratégias de ensino-aprendizagem que mais chamaram atenção no desenvolvimento da Iniciação à Docência. Um deles referiu que a narrativa possibilitou reflexão sobre a ação pedagógica.

Residente 1: [...] **Por meio das narrativas, a princípio, consegui perceber um método viável para a percepção e reflexão do ato pedagógico.**

No campo da formação de professores, as narrativas têm sido tratadas como história de vida ou memória pedagógica. As narrativas podem ser consideradas como uma reconstituição do passado a partir do presente. As falas correspondem ao acesso da consciência da pessoa. Neste processo de reflexão, a narração como procedimento de pesquisa serve, ao mesmo tempo, como alternativa de formação, pois permite desvendar os mistérios do próprio sujeito que, muitas vezes, não tinha sido estimulado a expressar organizadamente

⁴ ZAMBRANO, M. **Notas de un método**. Madrid: Ed. Mondadori, 1989, p. 133.

esses pensamentos. Mas não é tanto o produto das narrativas o que mais interessa, mas, sim, o processo de produção pelo qual vive o sujeito (CUNHA, 1997).

Além das estratégias de ensino-aprendizagem, as narrativas fazem parte do cotidiano da prática médica e mesmo que de forma não consciente, as histórias que compõem os relatos dos pacientes são componentes essenciais do raciocínio clínico, sendo base do conhecimento biomédico, o que alguns autores denominam de epistemologia narrativa (AQUINO, WUILLAUME e CARDOSO, 2012).

Anastasiou e Alves (2006) discutem a conceituação dos meios e processos que o professor utiliza em aula e prefere adotar o termo estratégia. O professor ao estudar, selecionar, organizar e propor as melhores ferramentas facilitadoras para que os estudantes apreendam o conhecimento, torna-se um legítimo estrategista.

Em seu livro *Processos de Ensino na Universidade*, Anastasiou e Alves (2006, p. 68) defendem que as estratégias de ensino-aprendizagem devem ser relacionadas a uma série de determinantes:

[...] um Projeto Político-Pedagógico Institucional, em que se defina uma visão de homem e de profissional que se pretende possibilitar a educação superior; a função social da universidade; a visão de ensinar e aprender; a visão da ciência, conhecimento e saber escolar; a organização curricular em grade ou globalizante, com a utilização de objetivos interdisciplinares, por meio de módulos, ações, eixos, problemas, projetos, entre outros.

Já o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) foi referido pelos residentes como um espaço potente para aprendizagem. O AVA pode ser definido como uma aplicação (*software*) com recursos que permitem o aprendizado à distância através da internet. Edméa Santos (2003) vai além e o define como “...um espaço fecundo de significação onde seres humanos e objetos técnicos interagem, potencializando assim a construção de conhecimentos, logo a aprendizagem”.

A utilização da diversidade de estratégias de ensino-aprendizagem foi avaliado positivamente no módulo ID, o que trouxe repercussões importantes na prática docente.

Residente 1: [...] Esse já é um assunto (*aprendizado das estratégias de ensino-aprendizagem*) que **produziu mudanças na minha prática educativa, principalmente no quesito incorporação de novas estratégias de ensino-aprendizagem**, ampliando as possibilidades e permitindo também a diversidade. Ex: mapas conceituais grupo tutorial, uso de tecnologias, moodle, etc.

Residente 2: [...] Ressalto que o **seminário sobre estratégias de ensinagem foi o que mais alterou minha prática diária pedagógica**. Sempre retorno ao texto, seja lendo ou mentalizando, ao realizar uma prática educativa (tutoria, atividade de grupo, consulta etc).

Nos relatos dos residentes fica explícito que a vivência de diversas estratégias didáticas durante o módulo ID ampliou o seu repertório no cenário de prática, principalmente na sala de aula em FABS I.

As políticas indutoras sobre a formação profissional em saúde preconizam a diversidade de estratégias e cenários de ensino-aprendizagem. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina afirmam que a estrutura do curso deve “utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo o aluno conhecer e vivenciar situações variadas da vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional” (BRASIL, 2001, p. 5).

Em relação ao uso de mapas conceituais Ruiz-Moreno et al (2007, p. 454) comentam:

Trabalhar com mapas conceituais pode representar mais um caminho para práticas docentes marcadas pela autoria, autonomia e co-responsabilidade e pelos avanços e conquistas no percurso de aprender, ensinar e formar. Propor novos lugares

para o professor implica, dentre outros desafios, a construção de saberes que possibilitem uma atuação crítica, ética e comprometida com um aprender significativo. Dentre estes saberes, inserem-se aqueles que abrangem as dimensões didático-pedagógicas, refletindo, discutindo e propondo perspectivas diferenciadas para a educação.

No início da prática de ensino do professor, o planejamento e o modo de fazer aulas tomam uma dimensão importante devido a necessidade de criação do que nunca fizeram. Os residentes até então estavam no lugar de aprendiz, o espaço do professor ainda não é familiar. Este movimento pode gerar ansiedade e insegurança, sensações que fazem parte do aprendizado. As estratégias de ensino-aprendizagem podem se mostrar como destaque nesta avaliação devido à necessidade de instrumentalização do professor no início de sua prática de ensino.

Um ponto a destacar foi a presença de 8 ocorrências relacionadas com o **compromisso social do residente/professor** que configurou a terceira unidade temática mais recorrente no eixo “*O que continuar?*”.

Residente 3: [...] Relata que fez FABS ano passado e foi muito bom, **motivou muitas pessoas a buscarem outros ares, militância no Movimento Estudantil, alterações curriculares,** etc.

Residente 3: [...] Na graduação, no Movimento Estudantil, **pensava em mudar e transformar a realidade e a faculdade, o currículo, buscando melhorias sociais etc. Isso deve ser pautado também na residência [...]** .

Esse entendimento sobre a função da universidade em formar profissionais comprometidos com as necessidades do conjunto da sociedade, requer desenvolver competências não somente técnicas, mas também humanísticas. Os egressos devem estar aptos para atuar no mundo do trabalho, utilizando seu conhecimento para gerar mudanças no espaço social, o que demanda uma postura ético-política (RUIZ-MORENO; SONZOGNO, 2011).

O professor José Carlos Libâneo (1994) refere que o primeiro compromisso do trabalho docente é a preparação dos estudantes para se tornarem cidadãos ativos e participantes em suas relações sociais, neste contexto, o magistério é um ato político. A ação do professor visa à mediação entre a sociedade e os estudantes.

Os relatos dos residentes apresentam coerência com a percepção do papel social do professor, o qual é peça fundamental na formação moral do educando, orientando o estudante em vários aspectos de sua vida. Albuquerque (2004) refere que o professor tem obrigação de lançar discussões sobre temas relevantes no cenário científico e político, a fim de gerar debates e introduzir o aluno gradativamente na sociedade. Nos trechos acima citados, é explicitada uma atenção com os problemas do curso da graduação (mudanças curriculares) vivenciados pelos estudantes e uma clara intenção de cooperação para transformação.

A última unidade temática que surgiu do eixo “*O que continuar?*” foi a **relação professor-estudante baseada em respeito mútuo e corresponsabilidade**, a qual foi evidenciada em 3 ocorrências.

O residente 1, ao ser questionado sobre a atuação dos docentes responsáveis pelo módulo ID, respondeu da seguinte forma:

Residente 1: [...]. Vislumbro que P1 e P2⁵ foram os professores responsáveis. **Vejo em P1 uma pessoa responsável que sempre resgatava os objetivos de aprendizagem, instigava as pessoas a participar, colocar sua opinião.**

Percebe-se neste relato um destaque para a importância da responsabilidade e compromisso do professor com a participação ativa dos estudantes e a rigorosidade metódica. Esta é uma tarefa essencial do professor para aproximar o educando dos objetos cognoscíveis na concepção de Paulo Freire. Ele explica que este aspecto de rigor e disponibilidade não tem relação

⁵ Para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, optou-se por utilizar a letra P para identificar um professor e a letra R para referir ao residente, seguido de um número para diferenciá-los.

com o discurso “bancário” meramente transferidor do perfil do objeto ou conteúdo:

“[...] ensinar não se esgota no “tratamento” do objeto ou conteúdo, [...] mas se alonga à produção de condições em que aprender criticamente é possível. [...] essas condições implicam ou exigem a presença de educadores e de educandos criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes” (FREIRE, 1996, p. 26).

Ao ser questionado sobre a sua assiduidade e pontualidade, um residente respondeu da seguinte forma:

Residente 1: [...] **Participei de todas as IDs e tentei ser pontual**, bem como ficar até o final.

O mesmo residente ao ser questionado sobre a relação professor-estudante baseada no respeito e solidariedade, respondeu da seguinte maneira:

Residente 1: [...] Atendido, principalmente no **respeito a ideias e posicionamentos**.

Na interdependência entre ensinar e aprender, a relação professor-estudante é o foco para a construção do conhecimento. A disponibilidade para o diálogo é uma atitude de respeito e deve ser incentivada em toda prática educativa. Assim, Paulo Freire (1996, p. 135) desenvolve:

Nas minhas relações com os outros, que não fizeram necessariamente as mesmas opções que fiz, [...] nem posso partir de que devo “conquistá-los”, não importa a que custo, nem tampouco temo que pretendam “conquistar-me”. É no respeito às diferenças entre mim e eles ou elas, na coerência entre o que eu faço e o que digo que me encontro com eles e com elas.

Anastasiou (2006) contribui com aprofundamento da discussão sobre o processo de ensino-aprendizagem na perspectiva relatada pelos residentes. Refere a necessidade do posicionamento e da parceria deliberada, consciente e contratual entre todos os pares envolvidos, estudantes e professores, na direção

da superação da alienação, numa procura de responsabilidade conjugada, competência e ética.

Os relatos dos residentes apresentados neste eixo contribuem para fundamentar as concepções e práticas pedagógicas dos médicos residentes. A partir da imersão em uma prática reflexiva, os residentes desenvolvem estratégias de ensino-aprendizagem inovadoras coerentes com as DCN numa perspectiva crítica com contexto sócio-histórico, apoiados por uma relação de corresponsabilidade estudante-professor.



GRÁFICO 1 - Ocorrências das unidades temáticas do eixo “O que continuar?”.

6.2 O QUE MUDAR? - ASPECTOS IDENTIFICADOS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA QUE NECESSITAM DE MUDANÇAS

Entre as unidades temáticas resgatadas no eixo B (“*O que mudar?*”), a **limitação das narrativas como estratégias de ensino-aprendizagem** é a mais recorrente, contabilizando 17 ocorrências.

Residente 3: [...] **As narrativas**, que se encaixam dentro de uma epistême contemporânea para alguns (e pós-moderna para outros) **se mostram, para mim, um instrumento limitado**. Digo isso, pois, por se basear na linguagem e no auto-referenciamento do EU, toma por critério de verdade uma experiência singular, repleta de contradições. Tomar um discurso como critério de verdade não tem nos ajudado a avançar do ponto de vista dialético dentro do ID. Ou seja, trocando em miúdos, lanço a pergunta: o que, DE FATO, as narrativas modificaram a nossa prática enquanto docentes? Pra mim, muito pouco, ou mesmo quase nada. E atribuo isso a duas questões: uma delas é o lugar epistemológico onde ela se encontra, e outra que é o lugar estranho para nós (tutores) de as utilizar habilmente, não tendo incorporado a primeira questão, ou seja, sendo estranhos a um paradigma educacional "contemporâneo". ... E as narrativas são de um lugar que não nos traz implicação, não está presente em nossa realidade, não faz parte do nosso contexto.

As narrativas são elaboradas pelos residentes e se referem ao relato da prática docente em FABS I ou no Internato. Elas são registradas no Ambiente Virtual de Aprendizagem e/ou apresentadas oralmente em cada encontro quinzenal com os participantes do módulo de ID.

O residente 3 em seu relato transfere o motivo da ineficácia das narrativas como estratégia didática ao seu lugar epistemológico estranho a ele e seus colegas por não trazer implicação e estar desconexo com a realidade dos residentes. Neste comentário, a avaliação dá um salto qualitativo ao se discutir a concepção de ciência a partir do próprio sujeito de aprendizagem, o que não é comum aos currículos de formação do médico, muito menos a residência médica (DA ROS, 2004).

O residente defende que as narrativas por se basearem na experiência individual ("auto-referenciamento do EU"), toma por critério de verdade a experiência singular repleta de contradições, o que não contribui com o aprendizado na postura dialética. Boaventura de Souza Santos, um dos autores

de referência descritos no PEA, afirma que todo o conhecimento é autobiográfico:

[...] No paradigma emergente, o carácter autobiográfico e auto-referenciável da ciência é plenamente assumido. A ciência moderna legou-nos um conhecimento funcional do mundo que alargou extraordinariamente as nossas perspectivas de sobrevivência. Hoje não se trata tanto de sobreviver como de saber viver (SANTOS, 1988, p. 20).

Ainda sobre as narrativas, Cunha (2005) refere que a linguagem pode ser uma pedagogia significativa, porém adverte que o uso das narrativas como objeto pedagógico não deve ter uma perspectiva terapêutica. Refere que é evidente que a recuperação histórica dos sujeitos em uma narrativa envolva sentimentos e emoções, mas o trato destes dados narrativos em sala de aula precisa ser canalizado para os objetivos que se propõem, ou seja, num processo de formação docente seria a reflexão sobre si mesmo para melhor reconhecer-se como educador favorecendo processos de meta-reflexão. As contradições das trajetórias dos sujeitos são objetos desta estratégia. Através da problematização da especificidade histórica da produção das posições e contradições pode-se permitir um aprendizado transformador.

Ao discutir a relação do sujeito de aprendizagem com a verdade, Cunha ilustra sua posição com uma afirmação de Larrosa⁶:

[...] o sujeito pedagógico ou se quisermos, a produção pedagógica, já não é analisada apenas do ponto de vista da objetivação, mas, também, da subjetivação [...] isto é, do ponto de vista de como as práticas pedagógicas medeiam certas relações determinadas da pessoa consigo mesma. Aqui os sujeitos não são posicionados como objetos silenciosos, mas como sujeitos confessantes; não em relação a uma verdade sobre si mesmo que lhes é imposta de fora, mas em relação a uma verdade sobre si mesmos que eles mesmos devem

⁶ LARROSA, J. Tecnologias do Eu e Educação. In: SILVA, T. T. **O Sujeito da Educação**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86.

contribuir ativamente para produzir (LARROSA apud CUNHA, 2005, p. 46).

Outro residente tece os seguintes relatos sobre as narrativas.

Residente 1: [...] a **ausência de atividades mais objetivas** (aula expositivo-dialogada, seminário), excetuando-se no início do curso, para **utilização exclusiva das narrativas como ferramenta pedagógica não dialoga com as nossas necessidades**.

Residente 1: [...] **Esse modelo de narrativas não foi muito adepto por tod@s**. Talvez pensar em outra forma de fazer isso, ou mesmo denominar responsáveis, para não ficar algo solto a depender de alguém que pode ou não levar uma narrativa para discutir.

O residente do relato acima refere que a utilização exclusiva das narrativas como estratégia de ensino não dialoga com as necessidades dos sujeitos de aprendizagem. Ainda no mesmo relato, inicia fazendo uma referência positiva às atividades “mais objetivas”, exemplificadas como a aula expositiva-dialogada e seminários, ainda predominantes nos cursos da área da saúde (RUIZ-MORENO; SONZOGNO, 2011).

Cunha (1997) traz alguns condicionamentos para o desenvolvimento pleno das narrativas em uso didático. Um pré-requisito é a disposição do sujeito em se analisar criticamente, colocar em dúvidas suas crenças e seus valores, desconstruir e reconstruir seu processo histórico a fim de melhor compreendê-lo. Caso haja alguma resistência nesse aspecto é possível que o método não se desenvolva da maneira adequada, ou mesmo, se crie resistências pessoais.

É de se destacar o valor da dimensão da prática quando observamos as unidades temáticas apreendidas neste eixo “*O que mudar?*” (vide Quadro 2). Foram ao total 8 opiniões diferentes sobre o **escasso apoio do módulo ID à prática docente** do residente.

Residente 1: [...] **achei que faltou uma conexão com o que era abordado na ID e as situações do cotidiano, por exemplo no**

caso de FABS. Faltou abordarmos mais a inserção nossa nesse módulo e discutir soluções em conjunto.

Residente 1: [...] **faltou se juntar e sentar para elaborar planos conjuntamente, por exemplo a construção de uma aula,** coisas que poderiam ter ajudado. De repente nos vimos sozinhos na tutoria.

Residente 3: [...] falta de troca de experiências, e estudo conjunto sobre planos e conceitos. Tudo aconteceu informalmente. **Acho que o ano que se passou, aprendeu – na marra -, a refletir continuamente as próprias ações, as práticas, realizadas com muitas resistências.**

O residentes apontam em seus relatos uma deficiência do módulo ID no planejamento e acompanhamento das práticas de ensino, principalmente no módulo da graduação FABS I. Isto indica a necessidade de maior atenção por parte dos docentes no sentido de planejar atividades individuais e coletivas para trocar experiências sobre a inserção na prática, considerando que esta é uma experiência nova para o residente. A aproximação com os coordenadores do módulo de FABS I e participação no processo de planejamento deste módulo também poderiam contribuir para a adequada inserção do residente.

O sentimento de estar sozinho na atividade docente pode ser potencializado pela sensação de insegurança do residente ao iniciar uma prática docente nunca antes vivenciada. O próprio método da tutoria, por ser inovador e estranho a alguns, traz uma grande resistência como relata Gordan (2004): “a exposição a um pequeno grupo de estudantes que exercem seu papel crítico no processo, avaliando o tutor durante todo o período, determinam, em muitos casos, temor e aversão a essa atividade.”

A **descontinuidade da participação dos pares**, tanto no espaço presencial como no virtual (AVA), é algo que provoca incômodo entre os residentes, principalmente no primeiro semestre. Esta unidade temática teve 5 ocorrências no processo de avaliação.

Residente 1: [...] **Senti muita dispersão e muitas ausências nesse semestre.** Penso que por falta de priorização do espaço, os colegas não participavam fisicamente e isso acabava limitando a participação dos poucos que estavam presentes, desanimando também a participar.

Residente 2: [...] **Infelizmente não fui 100% assíduo às atividades da ID.** Teve J. pra cuidar, carro pra comprar etc. Porém não houve por minha parte despriorização em relação à ID. Minha ausência se deu a fatores que não poderiam ser modificados.

O sucesso do processo de ensino-aprendizagem depende do método e da participação dos colegas, o que parece óbvio para qualquer estratégia que incentive a participação ativa dos sujeitos de aprendizagem (ANASTASIOU e ALVES, 2006). Quando os pares residentes não comparecem ao encontro presencial do módulo ID, fica comprometida a eficácia da proposta como foi mencionado com relação às narrativas.

Relevante destacar que não existe uma regulamentação institucional sobre a frequência exigida no módulo ID, assunto que precisa ser discutido coletivamente para o Projeto Político Pedagógico e o Plano de Ensino-Aprendizagem. A presença dos educandos é critério essencial para sucesso de qualquer prática educativa, principalmente àquelas que envolvem a participação ativa dos sujeitos. Sobre a presença no mundo, Freire desenvolve:

[...] Presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz mas também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe. E é no domínio da decisão, da avaliação, da liberdade, da ruptura, da opção, que se instaura a necessidade da ética e se impõe a responsabilidade (FREIRE, 1996, p. 9).

A partir desta reflexão sobre o papel atuante daquele que se faz presente, pode-se construir uma reflexão para a sala de aula. Este cenário pode ser um

terreno fértil onde a presença ativa é a semente da transformação, do aprendizado, da necessidade da ética e da responsabilidade.

Há um relato sobre a **sobrecarga de atividades do residente**, o qual vive com múltiplas funções sobrepostas.

Residente 3: [...] **é mais complicado buscar essas mudanças** (maior participação) **na residência, principalmente puxado apenas por nós mesmos** (residentes), **pois temos que responder a demanda de trabalho, de vínculo empregatício, tem os 2 anos de residência.** Particularmente eu tive problemas com preceptoria...

O relato do residente 3 traz o desafio para ele participar ativamente e colaborar com as mudanças necessárias no momento que cursa a residência médica. Esta traz demandas diversas, seja na responsabilização com o mundo do trabalho ao assumir funções assistenciais nos serviços, seja com o seu próprio processo de aprendizagem. Entre as múltiplas tarefas que o residente assume nesse período se inclui outro papel, o de ser facilitador dos processos de ensino-aprendizagem dos estudantes de graduação, mesmo que esta função não seja oficialmente formalizada (FEUERWERKER, 1998; MICHEL, OLIVEIRA; NUNES, 2011).

Nogueira-Martins (2005) ao discutir o estresse psicológico do médico residente, refere que além dos fatores inerentes a natureza do treinamento da residência médica (carga horária excessiva, plantões) e inerentes à tarefa do profissional (responsabilidade, dilemas éticos, desgaste ao lidar com pessoas doentes e a morte), os residentes são geralmente jovens médicos em uma fase de vida que se busca independência e autonomia em relação aos pais, vivem conflitos nos relacionamentos afetivos, conflitos entre lazer e trabalho. As mudanças no ciclo vital da família, como casamento, nascimento do primeiro filho, morar sozinho, ocorrem com certa frequência com os residentes, o que pode exigir um maior desgaste emocional e aumentar a sensação de estresse e sobrecarga de atividades (FALCETO; FERNANDES; WARTCHOW, 2004).

Em uma investigação sobre a saúde mental e trabalho docente realizada com professores do ensino fundamental, Neves e Silva (2006) identificaram determinados fatores que potencializam o sofrimento dos professores: as relações hierárquicas e a longa e exaustiva jornada de trabalho apresentam-se como as mais relevantes. A partir desta avaliação, pode-se inferir que apenas o segundo ponto pode ser um fator de influência na sensação de sobrecarga, pois as relações entre professores e residentes apresentam como uma das fortalezas descritas na avaliação do módulo ID, a qual foi construída de maneira colaborativa.



GRÁFICO 2 - Ocorrências das unidades temáticas do eixo “O que mudar?”.

6.3 COMO MUDAR? - CONTRIBUIÇÕES DOS RESIDENTES PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DAS MUDANÇAS

As unidades temáticas correspondentes ao eixo “*Como mudar?*” destacam sugestões de como operacionalizar um módulo de Iniciação à Docência atento ao interesse e a necessidade do residente.

Esta abordagem apresenta coerência com o que Lopes (2006), em documento de referência para preceptores em Medicina de Família e Comunidade, traz como concepção da *Ensinação Centrada no Residente*. Esta perspectiva procura integrar as necessidades de aprendizagem do sujeito em um programa de residência e as suas aspirações pessoais.

[...] De um lado está o que é prescrito como necessidades – o “currículo oficial” ou a relação de requisitos para competência – e do outro lado, as aspirações ou necessidades sentidas do residente – seus interesses especiais, deficiências percebidas e sua noção de necessidades futuras. O papel do preceptor é transformar a percepção de que são antagônicos, em complementares (LOPES, 2006).

Não é surpresa que neste núcleo orientador da análise, a unidade temática mais recorrente também está relacionada com a prática: **instrumentalização e colaboração para a prática docente**. Este tema emergiu em 6 ocorrências, por exemplo:

Residente 3: [...] Aprofundamento em questões mais basais, como métodos alternativos, montagem de aulas e montagem de discussões com os estudantes de FABS. **Questões mais práticas mesmo, que nos instrumentalize para o dia a dia das tutorias de FABS.**

Residente 3: [...] Acho que temos que **dar arcabouço também pro básico** nosso (*fala sobre instrumentos e técnicas para o ensino*) [...] **Significar na nossa pratica**

Os residentes relatam a importância do “básico”, que exemplificam como o aprendizado de instrumentos e técnicas para a ação pedagógica. A importância referida a estes elementos pode ser atribuída a satisfação do *aprender* um conhecimento e/ou uma habilidade específica de uma estratégia que pode ser aplicada no cotidiano do professor em sala de aula, ou outro cenário.

Pimenta (2012) ao discutir a unidade teoria-prática na formação de professores refere que a reflexão pedagógico-didática, um componente essencial para a consecução das propostas educacionais, está precariamente

presente nas escolas. A didática, cujo cerne de estudos é a ação de ensinar, constitui instrumental importante para a ampliação da unidade entre teoria e prática.

A atitude crítica, o desejo de mudança e a postura ativa e propositiva identificadas nesta análise direcionam para a organização de objetivos para intervenção. O aprendizado de técnicas ou instrumentos referidos pelos residentes podem ilustrar a necessidade do concreto que a objetividade traz.

Na definição conceitual, instrumento significa uma ferramenta para executar algo (WIKIMEDIA FOUNDATION, 2004). Já a palavra técnica vem do grego, *technikós*, relativo à arte, maneira, jeito ou habilidade especial para executar fazer. Portanto, exige-se de quem a utiliza criatividade, percepção aguçada, vivência pessoal profunda e renovadora, além da capacidade de pôr em prática uma idéia relacionada com o objeto trabalhado. Para o professor, este objeto não é apenas o conteúdo, mas um processo que envolve um conjunto de pessoas na construção de saberes (ANASTASIOU; ALVES, 2006). Dessa forma, assim como já desenvolvido neste capítulo, o módulo ID prefere o termo estratégia, pois além do instrumento ou técnica, a prática deve se relacionar com um objetivo específico, no caso, a aprendizagem do estudante.

Residente 4: [...] começou a receber internos agora, e ficou com muitas dúvidas (*sobre estratégias de ensino-aprendizagem*), **querendo trocas de experiências.**

O residente traz a importância do aprendizado a partir da troca de experiências, fenômeno esse que ocorre nos grupos quando cada participante se sente estimulado para compartilhar sua vivência de forma colaborativa. Ao apresentar a programação e a metodologia dos encontros no PEA, o módulo ID dedica parte dos encontros ao relato de vivências e reflexões dos residentes, que são potencializadas através das narrativas.

A colaboração é um dos aspectos importantes da aprendizagem em grupos sociais. Campos (2003) discute o conceito de Aprendizagem Colaborativa a qual considera "...uma proposta pedagógica na qual estudantes

ajudam-se no processo de aprendizagem, atuando como parceiros entre si e com o professor, com o objetivo de adquirir conhecimento sobre um dado objeto.”

O segundo tema mais recorrente neste eixo faz referência a uma auto-avaliação da participação: **“Maior participação e investimento pessoal na formação”**. Um total de 4 ocorrências foram relacionadas com este tema.

Residente 2: [...] Viveu esse processo de modificações na graduação (*sobre mudanças curriculares*), mas não aproveitou pois não era tão envolvido com o movimento estudantil. **Não aproveitou bem a ID**, desenvolveu pouco esses aspectos. **Avalia que tem que estudar mais agora, sente necessidade.**

Residente 1: [...] Difícil sugerir, pois meu contato com esse modelo é novo. Mas a certeza é: temos que mudar. Continuar com esse formato não vai animar ninguém. **Devemos incentivar a participação no fórum virtual, incentivar que os responsáveis estudem e tragam suas tarefas.**

Nos relatos acima se percebe uma reafirmação da responsabilidade e do compromisso do residente com o desenvolvimento de sua aprendizagem através da dedicação com o módulo ID. Trata-se de um reforço de uma das categorias no primeiro eixo de análise (*“O que continuar?”: relação professor-estudante baseada em respeito mútuo e corresponsabilidade*) e um desejo partilhado de se aperfeiçoar a partir do esforço coletivo.

Ao tecer uma reflexão sobre as diferenças entre *apreender* e *aprender*, Anastasiou (2006) refere que se consideramos que a meta do professor é a apropriação do conhecimento pelo aluno, para além do simples repasse de informação, é preciso superar o *aprender*, que tem se resumido ao processo de memorização, e seguir em direção ao *apreender*, segurar, apropriar, agarrar, prender, pegar, assimilar mentalmente, entender e compreender. Ou seja, trata-se de um processo ativo, que exige atenção, compromisso e responsabilidade, coerentes com o desejo dos residentes nos relatos acima, tanto para si quanto para seu par.

Uma das propostas mais relevantes foi **diversificação de estratégias de ensino-aprendizagem** com um total de 3 ocorrências.

Residente 1: Dessa forma, **proponho uma transformação das atividades da ID, elaborando um cronograma de estudo**, por exemplo, sobre autores da educação, para serem trabalhados na forma de **seminários**.

Residente 3: **Seminários que funcionem analogamente ao que temos feito com os nossos espaços científicos, que alguém traz o tema, e a partir dele discutimos nossa prática**. Artigos científicos das Revistas da ABEM, capítulos dos livros sobre Educação Médica, etc. [...] tem material demais aqui, que podia ajudar a gente que só! Várias publicações da DEGES na época de Ceccim, materiais do VER-SUS e Aprender-SUS.

Estes relatos são um exemplo da inserção do residente no seu próprio planejamento de ensino, assim como o professor é um estrategista na concepção de Anastasiou e Alves (2006), o sujeito de aprendizagem também pode ser, quando suas demandas são incorporadas no planejamento do curso.

Mostra-se a referência a uma prática educativa bem sucedida no ponto de vista do residente (seminários dos espaços científicos). O seminário é uma estratégia descrita como “um espaço em que as ideias devem germinar ou ser semeadas. Portanto, espaço onde um grupo discuta ou debata temas ou problemas que são colocados em discussão” (ANASTASIOU; ALVES, 2006, p. 90). Esta estratégia aparece como alternativa às narrativas, criticadas pelos residentes na avaliação.

No relato, os residentes vão além da sugestão da metodologia, indicam algumas referências bibliográficas para o desenvolvimento das práticas. Isso demonstra uma apropriação do sujeito de aprendizagem do conteúdo a ser desenvolvido na ID, que como já relatado, faz referência com a história pessoal do residente relatante o qual foi envolvido ativamente nos processos de transformação curricular e no movimento de educação médica.

Observa-se um destaque em uma proposta específica, **aprofundamento de conteúdo: educação popular** é uma unidade temática com 2 ocorrências de registro.

Residente 3: Isso não quer dizer que somos avessos a novas alternativas de ensinagem, de forma alguma. Porém, falando por mim, **utilizar Educação popular em sua pureza de significado, é utilizar ferramentas que dialoguem com a realidade do sujeito implicado** no processo educacional.

Residente 3: **Leituras mais gerais (como Pedagogia da Autonomia e outros livros) poderiam ser horizontais**, tipo 1 livrinho desse a cada 2 meses, pra que em 1 semestre a gente dê cabo da discussão de 3 livros.

O relato do residente ao propor conteúdos e referências bibliográficas para serem trabalhadas e aprofundadas no módulo ID, demonstra um pouco da expectativa do residente e vai além, as concepções pedagógicas do residente influenciam no planejamento de ensino. Destaca-se a escolha pelo tema da educação popular e a sugestão de leitura do livro de Paulo Freire. Segundo Pedrosa (2007, p. 19):

[...] a Educação Popular contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento ativo nas lutas por direitos e comprometimentos com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais.

Assim como a unidade temática anterior, com 2 unidades de contexto, **incorporação de planejamento político: implicação dos sujeitos com a realidade** é uma proposta que foi destaque na avaliação construída pelos residentes.

Residente 3: [...] Concordo com P3 que **temos que fazer um debate sobre demandas políticas** no planejamento de nossa residência na ID. Temos que **analisar conjuntamente quais são as ações** que temos que fazer. É importante que isso seja

colocado neste momento de avaliação e **precisamos decidir qual norte iremos seguir**. Tendo um planejamento realista e concreto das nossas pernas, disputar dentro do programa, institucional, o que defendemos.[...] **Fazer articulação com outros atores** também. P. ex. coordenador do curso. Temos muito pra avançar neste ano [...]

O planejamento permite tornar concreto um caminho, mediante a análise de situações, avaliação de recursos disponíveis, sejam políticos, econômicos ou cognitivos, no sentido de viabilizar ações para alcançar os objetivos (TANCREDI, 1998). Dessa forma, emerge do relato do residente 3 uma clara preocupação política quanto aos caminhos e parcerias que o PRMFC deve trilhar, numa perspectiva de colaboração com as mudanças curriculares do curso de graduação em medicina.

Os relatos dos residentes que configuraram as unidades temáticas deste eixo põem em relevância a responsabilidade e comprometimento no nível pessoal, institucional e sócio-político dos residentes. Evidencia-se o engajamento no processo das mudanças consonantes com as políticas atuais de educação e saúde comprometidas com a consolidação do SUS.



GRÁFICO 3 - Ocorrências das unidades temáticas do eixo “Como mudar?”.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O módulo ID nasce em um momento histórico de profundas transformações nos modelos de educação e saúde no Brasil, em um contexto de necessidades e desejos de sujeitos e instituições. O movimento de transformação curricular da graduação em medicina da UFPE possibilitou um cenário ímpar para a integração entre professores e estudantes engajados no processo de mudança. O incentivo à novos PRMFC pelo MS em 2005, o apoio institucional da Coordenação do Curso Médico e a formação da primeira turma de residentes constituída por médicos militantes do movimento de educação médica construíram essa proximidade na relação entre residência e graduação.

A percepção do papel docente do residente e a carência de professores (professores universitários e preceptores de serviço) na Medicina de Família e Comunidade propiciou um terreno ainda mais fértil para o desenvolvimento de um processo de formação docente para os residentes na UFPE. O PRMFC se insere na coordenação do módulo Fundamentos da Atenção Básica à Saúde I onde residentes e preceptores iniciam atividades docentes em sala de aula e nos serviços de saúde.

A proposta pedagógica do módulo Iniciação à Docência é evidenciada através do Plano de Ensino-Aprendizagem (PEA) e do Projeto Político Pedagógico (PPP) analisados neste estudo. Destaca-se neles a concepção do processo de ensino-aprendizagem como uma prática social complexa que pode ser aperfeiçoada através de um programa de formação estruturado. Esta formação pode ser desenvolvida na residência médica como um elemento curricular coerente com o contexto local, como aposta o PRMFC da UFPE.

O módulo ID apresenta uma experiência inovadora e pioneira para o debate sobre o papel docente do médico residente no Brasil. Em outros países já estão consolidados programas “*resident-as-teacher*” (residente como professor) como atividade curricular de residência, como é o caso dos Estados Unidos, Canadá e México.

A valorização do desenvolvimento de competências docentes para o médico residente aparece como um elemento central da experiência. O PRMFC oferta uma imersão na prática de ensino com carga horária superior 30 vezes a

média de programas norte-americanos. Hill et al. (2009) em uma revisão da literatura mostra que a maioria das ações semelhantes em outros programas são de caráter pontual e centrada no aprendizado de técnicas e metodologias de ensino, o que torna a experiência do módulo ID ainda mais significativa por ser longitudinal, ou seja, durante os dois anos de residência.

A diversidade de cenários de ensino-aprendizagem é uma particularidade do módulo Iniciação à Docência do PRMFC. O residente atua na preceptoria dos serviços de atenção primária promovendo a integração ensino-serviço e também como tutor de pequenos grupos em sala de aula na graduação.

Com essas peculiaridades, o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, através do PPP e PEA, considera o fenômeno do aprendizado humano em suas múltiplas dimensões e a docência como ciência/arte de mediar o aprendizado humano, no contexto dos novos pressupostos da ciência que fundamentam o paradigma educacional emergente (CUNHA, 2005; TARDIF, 2002).

Todos esses aspectos relatados são ratificados na análise das avaliações do curso, quando os residentes afirmam o papel transformador em suas vidas da prática docente reflexiva, da vivência de estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras, da relação professor-estudante baseada em respeito mútuo e corresponsabilidade, e do seu compromisso social enquanto residente/professor.

O compromisso social do residente/professor se apresenta na intensidade da implicação dos sujeitos com a Avaliação e com o Projeto Político Pedagógico. Médicos residentes, egressos do curso de medicina em pleno processo de transformação curricular, apresentam uma ênfase no compromisso político com a graduação e a gestão dos processos de mudanças da escola médica. Esta implicação é percebida no processo de construção coletiva do módulo ID e do PRMFC, desde a primeira turma em 2006, quando a primeira versão do PPP foi escrita, até os dias atuais.

Um contraponto a esse aspecto aparece quando a crítica sobre a limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem, o escasso apoio à prática de ensino, a descontinuidade na participação dos colegas e a sobrecarga de atividades do residente surgem na avaliação do módulo ID.

O aspecto da sobrecarga do residente é destacado, pois tradicionalmente a residência médica, sendo uma pós-graduação a qual providencia um espaço de aprendizagem intensiva através da imersão na prática de um serviço de saúde, exige uma grande demanda e responsabilidade em atividades assistenciais. As peculiaridades da fase de vida do jovem médico, além das características inerentes a tarefa do profissional, aumentam a sensação de estresse e sobrecarga (NOGUEIRA-MARTINS, 2005). Neste contexto, ocorre uma outra demanda real, ser facilitador dos processos de ensino-aprendizagem de estudantes de graduação, quando não tiveram formação ou capacitação para tal desafio.

Da análise emerge um elemento de dualidade sobre a prática do médico residente enquanto professor, a experiência transformadora de ser um mediador de processos de ensino-aprendizagem suportados por uma ação-reflexão se contrapõe a sensação de sobrecarga, comum aos programas de residência, representada pelo desafio de conciliar suas ações como trabalhador, aprendiz e educador.

Frente a esse desafio, os sujeitos do estudo, em conjunto com aqueles que já passaram pelo programa, autores do PPP, nutrem de significado a militância por uma educação médica mais próxima às necessidades da sociedade. A prevalência do aspecto produtor é percebido quando a proposta da Iniciação à Docência nasce do próprio coletivo de residentes e se mantém até hoje. A institucionalização do módulo ID através da descrição no PPP transcende o aspecto de obrigatoriedade, para o de necessidade, não apenas do sistema, mas dos sujeitos implicados. A significância da experiência pode ser relacionada ao que Viktor Frankl (1991, p. 12) sintetiza: “[...] a busca de sentido na vida da pessoa é a principal força motivadora no ser humano”.

O comprometimento com o aperfeiçoamento da experiência transparece nas avaliações de curso. Na análise realizada foram levantadas diversas propostas como: a instrumentalização e colaboração para a prática docente; uma maior participação e investimento pessoal; diversificação de estratégias de ensino-aprendizagem; o aprofundamento do conteúdo de educação popular e finalmente, a incorporação do planejamento político para o módulo ID. Todos esses pontos direcionam mais uma vez para o compromisso pessoal, institucional e sócio-político dos sujeitos do estudo.

Para Almeida (2012), o sucesso do desenvolvimento profissional da formação docente está relacionado com a combinação do interesse e engajamento pessoal do professor, com a responsabilidade institucional de assegurar e valorizar possibilidades formativas por meios de ações políticas de gestão. A construção coletiva do Projeto Político-Pedagógico e a participação ativa e propositiva dos residentes nas avaliações de curso são indicadores desta relação de corresponsabilidade e compromissos do sujeito e da instituição com um projeto coletivo.

Os relatos na avaliação de curso forneceram elementos para caracterizar as concepções e práticas pedagógicas dos médicos residentes. A partir da imersão em uma prática reflexiva, os residentes desenvolveram estratégias de ensino-aprendizagem inovadoras coerentes com as DCN numa perspectiva crítica com o contexto sócio histórico, apoiados por uma relação de corresponsabilidade estudante-professor.

As contribuições serviram para embasar um novo Plano de Ensino-Aprendizagem construído como produção técnica deste estudo (APÊNDICE C). Ao integrar as necessidades de aprendizagem apontadas pelo programa com as aspirações do residentes, este material foi referenciado a partir da concepção de Lopes (2006) de *Ensinagem Centrada no Residente*.

No sentido das políticas indutoras, a experiência do módulo ID pode colaborar com o Mestrado Profissional Associado a Residência em Saúde, em sua atribuição de desenvolver os saberes pedagógicos, de forma longitudinal e

efetiva para os residentes, dessa forma foi elaborada uma proposta para apreciação da Comissão de Residência Médica local (APÊNDICE D).

O estudo teve a intenção de responder questões norteadoras apresentadas na introdução, mas após a análise trouxe mais outras questões que podem motivar novos estudos. Quem são os residentes que iniciaram este processo? Onde estão os egressos? Desenvolvem atualmente alguma atividade docente? Qual? São perguntas que podem ser respondidas a partir de outros desenhos de pesquisa.

O módulo Iniciação à Docência foi concebido por um coletivo formado por preceptores e residentes, sobre alicerces singulares do contexto de um novo programa de residência médica em área estratégica para o SUS, integrados a coordenação da graduação de medicina e formado por egressos daquele curso que militavam no movimento estudantil, em torno da educação médica e transformações curriculares.

A singularidade do processo pode não ser suficiente para generalizações, porém emite uma mensagem de que é possível desenvolver competências pedagógicas em um processo de formação docente coerentes com os novos pressupostos da ciência na residência médica.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, I. **Professores reflexivos em uma escola reflexiva**. 6ª edição. ed. São Paulo: Cortez, v. Questões da nossa época 104, 2003.

ALBUQUERQUE, I. L. O professor e seu papel social. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, p. 206-210, 2004.

ALMEIDA, M. I. D. **Formação do professor do Ensino Superior: desafios e políticas institucionais**. 1ª. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

ANASTASIOU, L. D. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville: UNIVILLE, 2006.

ANDRÉ, M.; LÜDKE, M. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In: ANDRÉ, M.; LÜDKE, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

AQUINO, L. A. D.; WUILLAUME, S. M.; CARDOSO, M. H. C. D. A. Ordenando no tempo e no espaço: epistemologia narrativa, semiologia e raciocínio clínico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 100-108, Setembro 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Residência médica: porque e como mudar. **Boletim Virtual da ABEM**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/boletim_virtual/volume_10/texto_residencia.pdf. Acesso em: 18 setembro 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Persona edições, 1979.

BATISTA, N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. v. 3, n. 2, p. 283-294, Setembro 2005.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. A docência em saúde: desafios e perspectivas. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004. p. 17-31.

BOTTI, S. H. D. O. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. 104 p.

BOTTI, S. H. D. O; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 367-373, 2008.

_____. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2011.

BRASIL. **LEI No 6.932, DE 7 DE JULHO DE 1981**. Brasília: [s.n.]. 07 julho 1981.

_____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, CÂMERA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. [S.l.]: [s.n.], 2001.

_____. **Decreto 80.281 de 05/09/1977**. Brasília: [s.n.]. 1977.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária. 2011**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 de setembro de 2011. 2011a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Pró-Saúde - Governo Federal**. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/>>. Acesso em: 12 de setembro de 2011. 2011b.

BRZEZINSKI, I. Formação de professores: a dimensão política e o compromisso social do pedagogo como professor, investigador e gestor educacional. **Revista**

Brasileira de Formação de Professores, v. 1, n. n. 3, p. 51-75, Dezembro 2009. ISSN ISSN 1984-5332.

CAMPOS, F. **Cooperação e aprendizagem on-line**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

CORDEIRO, T. S. C. **A aula universitária, espaço de múltiplas relações, interações, influências e referências**. Recife: [s.n.], 2006.

COSTA, N. M. D. S. C. Formação pedagógica de professores de medicina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, Jan-Fev 2010.

_____. Docência no ensino médico: Por quê é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 31, 2007. 21-30.

CRUZ, K. T. D. A formação medica no discurso da CINAEM, Dissertação de Mestrado. **Biblioteca Digital da UNICAMP**, 24 Agosto 2004. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?down=vtls000358505>>. Acesso em: 11 Janeiro 2009.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Campinas: HUCITEC, 2004.

CUNHA, M. I. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v. 23, n. n. 1-2, Jan 1997.

_____. **O professor universitário na transição de paradigmas**. 2ª edição. ed. Araraquara: Junqueira & Marin, 2005.

DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N., et al. **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

DENZIN, N. K. **The Research Act**. Piscataway, NJ: Transaction Publishers, 2009.

FARIAS, E. Formação e desenvolvimento profissional sob a ótica de novas competências. **Rhevisão**, Belo Horizonte, n. 3, maio/junho 1998.

FERNADES, C. L. C. et al. Oficina para Capacitar Preceptores em Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia para qualificar a formação em MFC e a

assistência em APS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, out/dez 2007.

FEUERWERKER, L. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

_____. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: MARINS, J. J. N., et al. **Educação Médica em Transformação: instrumentos para construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise do Conteúdo**. 3ª edição. ed. Brasília: Liber Livro, 2008.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1991.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 2ª edição. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GAY, L. R.; AIRASIAN, P.W.; MILLS, G. **Educational Research: Competencies for Analysis and Application**. USA, Prentice Hall, 2009. 640p

GORDAN, P. A. Currículos inovadores: o desafio da inserção docente. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. (.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac, 2004. p. 187-202.

HILL, A. G. et al. A systematic review of resident-as-teacher. **Medical Education**, v. 43, p. 1129–1140, 2009.

JESUS, J.; RIBEIRO, V. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.

LABOR EDUCACIONAL. O que é uma Proposta Pedagógica ou Projeto Político-Pedagógico de uma instituição educacional. **Programa de Gestão Estratégica Participativa**, 2011. Disponível em: <<http://www.labor.org.br/pt-br/gestao-participativa-8.asp>>. Acesso em: 16 Outubro 2012.

LAMPERT, J. B. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: MARINS, J. J. N., et al. **Educação Médica em Transformação: instrumentos para construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 245-268.

LEAL, R. B. Planejamento de ensino: peculiaridades significativas. **Revista Iberoamericana de Educación**, Fortaleza, v. 37, n. 3, Dezembro 2005. ISSN 1681-5653.

LIBÂNEO, J. C. O compromisso social e ético dos professores. In: LIBÂNEO, J. C. **Didática**. [S.l.]: Cortez, 1994.

LINS, D. MANGUE'S SCHOOL OU POR UMA PEDAGOGIA RIZOMÁTICA. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1229-1256, Set./Dez. 2005.

LOPES, J. M. História da medicina de família e comunidade. In: COMUNIDADE, S. B. D. M. D. F. E. **Manual para oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2006.

_____. Ensino centrado no residente. In: COMUNIDADE, S. B. D. M. D. F. E. **Manual da oficina para capacitar preceptores preceptores em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: [s.n.], 2006. p. 59-77.

MICHEL, J. L. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M. D. P. T. Residência Médica no Brasil. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, Outubro 2011.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MOHR, A. A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: BRANT, V. (.). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011. p. 53-65.

MONTEIRO, R. A formação médica na construção da competência e cidadania. **Revista Veritas - PUCRS**, Porto Alegre, 43, Dezembro 1998. 59-63.

_____. **FORMAÇÃO MÉDICA NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS E CIDADANIA**. Porto Alegre: Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais da PUC-RS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, 2001.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa crítica**. Atas do III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa. [S.l.]: [s.n.]. 2000. p. 33-45.

_____. Pesquisa em Educação em Ciências: métodos qualitativos. **Actas del PIDEC**, Burgos, v. 4, p. 25-55, 2002. Disponível em: <www.if.ufrgs.br/~moreira/pesqquali.pdf>.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000.

MORIN, E.; MOTTA, R.; CIURANA, É.-R. **Educar para a era planetária**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

MORRISON, E. H. et al. Residents-as-teachers training in U.S. residency programs and offices of graduate medical education. **Acad Med**, v. 76, p. S1–S4, Out 2001. ISSN ISSN: 1040-2446. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11597856>.

NEVES, M. Y. R.; SILVA, E. S. A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. **ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-73, Jan-Jun 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Residência médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

NUNES, M. D. P. T.; MARTINS, A. C. S.; MACHADO, V. R. Avaliação do Sistema Residência Médica: Instituição, Programa, Residente, Corpo Docente. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, Outubro 2011.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A.; LUZ, M. R. Iniciação científica na graduação: o que diz o estudante de medicina? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Setembro 2008.

OLIVEIRA, S. G.; KOIFFMAN, L. Integralidade no currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N., et al. **Educação Médica em Transformação: instrumentos para construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata - Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde**. Alma-Ata: [s.n.]. 1978.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PEDROSA, J. I. D. S. Educação popular no ministério da saúde: identificando espaços e referências. In: PARTICIPATIVA, B. M. D. S. S. D. G. E. E. P. D. D. A. À. G. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PERIM, G. L. et al. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. Bras. Educ. Med. [online]**, v. 33, p. 70-82, 2009. ISSN ISSN 0100-5502.

PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens - entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____. Formar professores em contextos sociais em mudança: Prática reflexiva e participação crítica. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 5-21, Set-Dez 1999.

PICCINI, R. X.; A., F. L.; SANTOS, R. C. **Preparando a transformação da educação médica brasileira : projeto CINAEM III fase : relatório 1999-2000 / CINAEM**. Pelotas. 2000.

PIMENTA, S. G. Formação de professores: Identidade e saberes da docência. In: PIMENTA, S. G. (.). **Saberes pedagógicos e atividade docente**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. Formação de professores: identidades e saberes da docência. In: PIMENTA, S. G. (.). **Saberes pedagógicos e atividade docente**. 8ª. ed. São Paulo: Cortez, 2012. Cap. 1, p. 15-38.

_____. **O estágio na formação de professores: unidade teoria e prática?** 11ª. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

POST, R. E.; QUATTLEBAUM, R. T.; BENICH, J. J. Residents-as-teachers curricula: a critical review. **Acad Med**, v. 84, n. 3, p. 374-380, Mar 2009. ISSN 1938-808X. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19240450>.

PUSTAI, O. O sistema de saúde do Brasil. In: DUNCAN, B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REBELATTO, J. R. et al. Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde: Conceitos e Possibilidades. **Cadernos da ABEM: Residência Médica**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 57-59, Outubro 2011.

ROMANOWISK, J. P.; WACHOWICZ, L. A. A avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos? In: ANASTASIOU, L. A. C.; P, A. L. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville: Univille, 2004. p. 124-139.

RUIZ-MORENO, L. et al. Mapa conceitual: ensaiando critérios de análise. **Ciênc. educ. (Bauru)**, Bauru, v. 13, n. n. 3, p. 453-463, Set/Dez 2007.

RUIZ-MORENO, L.; SONZOGNO, M. C. Formação pedagógica na pós-graduação em saúde no ambiente Moodle: um compromisso social. **Pro-Posições**, Campinas, v. 22, n. n. 3, Dezembro 2011.

SÁNCHEZ-MENDIOLA, M. et al. The resident-as-teacher educational challenge: a needs assessment survey at the National Autonomous University of Mexico Faculty

of Medicine. **BMC Medical Education**, v. 10, p. 17, Fevereiro 2010. ISSN ISSN 1472-6920. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20156365>.

SANTOS, B. D. S. **Um Discurso sobre as Ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 1988.

_____. **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, E. O. Ambientes Virtuais de Aprendizagem: por autorias livres, plurais e gratuitas. **Revista FAEBA**, v. 12, n. n. 18, 2003.

SEIFFERT, O. M. L. B.; ABDALLA, I. G. Avaliação educacional na formação docente para o ensino superior em saúde. In: BATISTA, N. A.; (ORGS.), B. S. H. **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Editora Senac, 2004. p. 167-185.

SHÉRER, R. Aprender com Deleuze. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1183-1194, Set-Dez 2005.

SILVA, J. R. S.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, n. 1, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Projeto de Expansão da Residência de Medicina de Família e Comunidade, 2005. Disponível em: <www.sbmfc.org.br>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. GRUPO DE TRABALHO ENSINO-APRENDIZAGEM EM MFC. A MFC e a Formação Profissional. **Ensino-Aprendizagem de MFC**, 2011. Disponível em: <<http://gtensinagemfc.wordpress.com/2011/12/28/a-mfc-e-a-formacao-profissional/>>. Acesso em: 06 Outubro 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. 1ª. ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANCREDI, F. B. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 2, 1998. Série Saúde e Cidadania.

TARDIF, M. Saberes profissionais dos professores e conhecimentos universitários: Elementos para uma epistemologia da prática profissional dos professores e suas conseqüências em relação à formação para o magistério. **Revista Brasileira de Educação**, n. 13, Jan/Fev/Mar/Abr 2000.

_____. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis: Vozes, 2002.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Curso de Medicina da UFPE**, 2003. Disponível em: <http://www.ufpe.br/medicina/index.php?option=com_content&view=article&id=418&Itemid=159>. Acesso em: 30 outubro 2012.

VEIGA, I. P. A. INOVAÇÕES E PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO: UMA RELAÇÃO REGULATÓRIA OU EMANCIPATÓRIA? **Cad. Cedes**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, dezembro 2003.

VILAÇA, M. M. Pedagógica Rizomática e Escola da Ponte: Algumas Contribuições Ao Debate Sobre Educação. **Anais do X Encontro Fluminense de Educação Física Escolar**, Niterói, Dezembro 2006. Disponível em: <<http://cev.org.br/biblioteca/pedagogica-rizomatica-escola-ponte-algumas-contribuicoes-ao-debate-sobre-educacao/>>.

VITKOWSKI, J. R. Epistemologia e Educação: conhecimento para uma vida decente. **Analecta**, Guarapuava-PR, 5, n. 1, 2004. 9-22.

WAMSLEY, M. A.; JULIAN, K. A.; WIPF, J. E. A literature review of "resident-as-teacher" curricula: do teaching courses make a difference? **J Gen Intern Med**, v. 19, n. 5, p. 574-81, 2004. ISSN 0884-8734. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15109328>.

WIKIMEDIA FOUNDATION. **Wikcionário, o dicionário livre**, 2004. Disponível em: <<http://pt.wiktionary.org>>. Acesso em: 21 setembro 2012.

WUILLAUME, S. M. **O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2000. Tese de doutorado em saúde da criança e da mulher: IFF/FIOCRUZ.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

APÊNDICE A – UNIDADES TEMÁTICAS, UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE CONTEXTO DA ANÁLISE TEMÁTICA DAS AVALIAÇÕES DOS RESIDENTES

Análise temática das avaliações

Perguntas	Unid Contexto / Registro	Unidades temáticas	Unidades temáticas2	Unidades temáticas3
Objetivo 1: Hist/epist educacao medica	A1R1. Pouco. Na minha analise, a ID não abordou muito essa temática. A minha prática educativa fica com os reflexos de minhas aprendizagens prévias à ID, através de minha participação no movimento de Educação Médica.	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (histórica/epistemológica da EM)	Compromisso social do residente/professor	
Objetivo 1: Hist/epist educacao medica	B1R1. Acha que poderíamos utilizar de alguns pontos que causassem um interesse maior. Avalia que talvez pra ela não tenha sido tão prazeroso pois já tinha contato com tais discussões anteriormente. Acha que faltou a bordar outros pontos que talvez tenha lacunas, em relação a Educação Médica.	Instrumentalização e colaboração para a prática docente	Compromisso social do residente/professor	
Objetivo 1: Hist/epist educacao medica	B1R2. Viveu esse processo de modificações na graduação mas não aproveitou pois não era tão envolvido com o ME. Não aproveitou bem a ID, desenvolveu pouco esses aspectos. Avalia que tem que estudar mais agora, sente necessidade.	Maior participação e investimento pessoal na formação		

Objetivo 1: Hist/epist educacao medica	B1R3. Acha que <i>não chegamos aprofundar na ID sobre o histórico da Educação médica, temos muita demanda, e poucos módulos no mês. Sugere que isso seja resgatado sempre no início do ano. Avalia que não aprofundou muito na ID pois foi o que fez muito durante a graduação em sua militância no ME. O que foi mais importante foi significar isso na prática, enquanto preceptor e tutor no 3 período e internato. Relata que fez um FABIS ano passado e foi muito bom, motivou muitas pessoas a buscarem outros ares, militância em ME, alterações curriculares, etc.</i>	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem(histórica/epistemológica da EM)	Compromisso social do residente/professor	A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente
Objetivo 1: Hist/epist educacao medica	B1R4. Muito produtivo a ID, nesse processo de mudança. Vim de uma educação medica diferente dessa nova. Aqui na ID, <i>percebi a importância dessas mudanças na Ed. Medica e da DCN.</i>	Compromisso social do residente/professor		
Objetivo 2: Estratégias ensinagem	A2R1. Esse já é um assunto que <i>produziu mudanças na minha prática educativa, principalmente no quesito incorporação de novas estratégias de ensino-aprendizagem, ampliando as possibilidades e permitindo também a diversidade. Ex: cmaps, grupo tutorial, uso de tecnologias, moodle, etc.</i>	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras		
Objetivo 2: Estratégias ensinagem	A2R2. Ressalto que o seminário sobre estratégias de ensinagem foi o que <i>mais alterou minha prática diária pedagógica</i> . Sempre retorno ao texto, seja lendo ou mentalizando, ao realizar uma prática educativa (tutoria, atividade de grupo, consulta etc).	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras		
Objetivo 2: Estratégias ensinagem	B2R1. Concorda com Mariana que <i>faltou se juntar e sentar para elaborar planos conjuntamente, p. ex. a construção de uma aula, coisas que poderiam ter ajudado quando se viu só na tutoria. Acha que o que mais ajudou em sua pratica foi assumir seu papel de preceptor no momento prático na Unidade, com estratégias e metodologias que devem ser seguidas.</i>	Escasso apoio do módulo ID à prática docente	A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente	

Objetivo 2: Estratégias ensinagem	<i>B2R2. Acha que sempre se renova e novas coisas surgem a medida que novas turmas vem surgindo, precisa pensar novos mecanismos e estratégias pra atingir os novos grupos, e nisso a ID ajudou muito. Foi o q mais modificou, sempre retomo o material de EEA para novas turmas</i>	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras	
Objetivo 2: Estratégias ensinagem	<i>B2R3. Não se sente tão confortável também com relação as novas estratégias de aprendizagem, tem receio de que as vezes corra muito solto. Relembra o dia do seminário que discutiram um texto de Lea Anastasiou e que foi muito bom pois deu instrumentos e ferramentas. Aprendizado continuo. Concorda com R4 sobre a falta de apoio da ID sobre as ferramentas e abordagem do – como fazer.</i>	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (EEA)	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras
Objetivo 2: Estratégias ensinagem	<i>B2R4. Acha que faltou muitas ferramentas e metodologias (queria mais o apoio, foi apenas um momento) . Acha que faltou apoio na ID quanto a esses anseios. Começou a receber internos agora, e ficou com muitas duvidas, querendo trocas de experiências. Foi muito bom o encontro sobre Preceptorial em APS, e olha que não aprofundou.</i>	A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem
Objetivo 3: habilidade de refletir a prática	<i>A3R1. Por meio das narrativas , a princípio, consegui perceber um método viável a percepção e reflexão do ato pedagógico. Porém o processo não foi levado adiante devido as limitações do grupo. Percebi Tb uma limitação da própria ID em instigar a reflexão da ação pedagógica . Senti falta de mais incentivos capazes de provocar a reflexão e a mudança do ato pedagógico.</i>	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (Reflexão)

Objetivo 3: habilidade de refletir a prática	A3R2. A existência de FABS enquanto espaço de exercício me propiciou algumas reflexões relacionadas com os objetivos da ID. Dentre diversos elementos, com FABS pude parar para pensar a estratégia de ensinagem, ser criativo, colaborativo, dialogar horizontalmente de forma em que as estudantes pudessem interferir na atividade de FABS diretamente etc.	A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente
Objetivo 3: habilidade de refletir a prática	B3R1. Acha que a resistência maior que tiveram no início foi mais em relação ao que estava sendo seguido. A ID era vista como um espaço de iniciação docente de uma forma mais ampla. Expectativa inicial que não foi suprida. Foi falho na questão de discutir FABS.	Escasso apoio do módulo ID à prática docente
Objetivo 3: habilidade de refletir a prática	B3R2. Cumprimos muito pouco da programação. Não fizemos nenhuma narrativa, nem diversificamos.	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (narrativas)
Objetivo 3: habilidade de refletir a prática	B3R3. Retoma a fala de R4 sobre a falta de troca de experiências, e estudo conjunto sobre planos e conceitos. Aconteceu informalmente, Acha que no ano que se passou, aprendeu – na marra -, a refletir continuamente as próprias ações, as práticas, realizadas com muitas resistências. Enxerga muitos desafios para o próximo ano, de como serão as articulações, de suporte pedagógico nos espaços que desenvolve atividade docente, etc.	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (Reflexão) A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente Escasso apoio do módulo ID à prática docente

<p>Compet 1: articulação do conteúdo teórico com situações do cotidiano</p>	<p>A4R1. Justamente pelo que já coloquei abaixo, achei que faltou uma conexão com oq era abordado na ID e as situações do cotidiano, por exemplo no caso de fabs. Faltou abordarmos mais a inserção nossa nesse modulo e discutir soluções em conjunto.</p>	<p>Escasso apoio do módulo ID à prática docente</p>
<p>Compet 2: iniciativa e criatividade diante de situações desafiadoras</p>	<p>A5R1. Tenho limitações de criatividade. Mas perante as situações desafiadoras tento abordar com conteúdos q já tenho internamente. E q pode contribuir com o momento.</p>	<p>A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente</p>
<p>Compet 3. ao planejamento e desenvolvimento das atividades educativas</p>	<p>A6R1. Foi outra falha. Senti q a disciplina de FABS um pouco abandonada, no sentido d q oq foi planejado inicialmente, não foi cumprido. Entao, esperávamos que tal pessoa ia fazer a exposição de um assunto. No ultimo minuto a pessoa cancelava e então tínhamos que pensar da nossa cabeça, e muitas vezes individualmente o q preparar para a atividade educativa. Percebi uma falta de organização com relação a isso, e por conseqüência o planejamento das atividades ficou deficiente e o desenvolvimento Tb</p>	<p>Escasso apoio do módulo ID à prática docente</p>
<p>Compet 4: construção da avaliação da aprendizagem</p>	<p>A7R1. Processo difícil, mesmo pq não houve uma pactuação coletiva inicial com relação aos métodos de avaliação em comum. Por vezes ficando a cargo individual, oq produziu discrepâncias.</p>	<p>Escasso apoio do módulo ID à prática docente</p>

<p>Compet 6: assiduidade e pontualidade?</p>	<p>A9R1. Participei de todas as IDs e tentei ser pontual, bem como ficar até o final.</p>	<p>Relação professor-estudante baseada em respeito mútuo e co-responsabilidade</p>
<p>Compet 6: assiduidade e pontualidade?</p>	<p>A9R2. Infelizmente não fui 100% assíduo às atividades da ID. Teve Julie pra cuidar, carro pra comprar etc. Porém não houve por minha parte despriorização em relação à ID. Minha ausência se deu a fatores que não poderiam ser modificados. Estou animado com a continuidade e o que vem pela frente na ID e no próximo período com FABS.</p>	<p>Descontinuidade na participação dos pares</p>
<p>Compet 7: relação professor- estudante (competências relacionais pautadas na solidariedade e respeito mútuo)?</p>	<p>A10R1. Atendido, principalmente no respeito a ideias e posicionamentos.</p>	<p>Relação professor-estudante baseada em respeito mútuo e co-responsabilidade</p>

<p>Compet 8: análise crítica da lógica social (significado de toda ação para si e para a sociedade)?</p>	<p>B11R3. Na graduação, no ME, pensava em mudar e transformar a realidade e a faculdade, o currículo, buscando melhorias sociais e etc. Isso deve ser pautado também na residência, mas é mais complicado buscar essas mudanças na residência, principalmente puxado apenas por nós mesmos (residentes), pois temos que responder a demanda de trabalho, de vínculo empregatício, tem os 2 anos de residência, particularmente eu tive problemas com preceptoria...</p>	<p>Compromisso social do residente</p>	<p>Sobrecarga de atividades do residente</p>
<p>Compet 9: prática reflexiva e crítica com o estudante e consigo mesmo?</p>	<p>A12R1. Ficou Tb deficitária, podendo ser expandida futuramente.</p>	<p>Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem(Reflexão)</p>	
<p>Compet 9: prática reflexiva e crítica com o estudante e consigo mesmo?</p>	<p>A12R1 = A3. A existência de FABS enquanto espaço de exercício me propiciou algumas reflexões relacionadas com os objetivos da ID. Dentre diversos elementos, com FABS pude parar para pensar a estratégia de ensinagem, ser criativo, colaborativo, dialogar horizontalmente de forma em que as estudantes pudessem interferir na atividade de fabs diretamente etc.</p>	<p>A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente</p>	

Curso1: atividades presenciais	A13R1. A princípio, diante das outras atividades da residência, analiso que a freqüência é ideal . Por vezes ficava um pouco perdida com o resgate dos objetivos de aprendizagem do encontro anterior, pelo fato de ter ficado distante e acabando me esquecendo de procurar e estudar . Porém analiso que foi uma fase particular específica que passei com relação a metodologia do espaço, ao programa de residência e a própria vida pessoal. No momento, compreendo melhor os espaços e a metodologia e estou mais organizada no sentido de procurar os estudos.	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras
Curso1: atividades presenciais	A13R1. a ausência de atividades mais objetivas (aula expositivo-dialogada, seminário), excetuando-se no início do curso, para utilização exclusiva das narrativas como ferramenta pedagógica não dialoga com as nossas necessidades .	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (narrativas)
Curso1: atividades presenciais	B13R3. Nível de discussão legal	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras
Curso 2: a distância (AVA)	A14R1. Avalio q é um instrumento muito potente , que deve ser melhor explorado por tod@s. Sinto falta da participação coletiva no espaço virtual . Mas também analiso que foi um período de transição em que as pessoas estavam se adaptando ao novo formato. Agora em diante temos muita coisa a explorar.	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (AVA) Descontinuidade da participação dos pares

Curso 2: a distância (AVA)	A14R2. Além disso, poucas narrativas foram realizadas, menos ainda foram postadas no espaço virtual, além de apenas um preceptor participar do AVATIS(quanto a esse último “além disso” vale ressaltar que a participação por parte do corpo docente da residência no espaço virtual está muito aquém das nossas expectativas).	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (estratégia AVA)	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (narrativas)	Descontinuidade da participação dos pares
Curso 3: docentes	A15R1. Vislumbro que P1 e P2 foram os professores responsáveis. Vejo em P1 uma pessoa responsável que sempre resgatava os objetivos de aprendizagem, instigava as pessoas a participar, colocar sua opinião. P2 vejo como uma pessoa que infelizmente não participa dos outros momentos da residência, e talvez isso possa explicar certas limitações com relação ao entendimento de nossas demandas . De qualquer forma é uma pessoa que se dedica ao espaço, deposita muitos créditos. Sua imaginação e proposições por vezes são adiante do nosso pensar e do nosso tempo, então certas vezes fico sem entender aonde quer chegar com suas sugestões e divagações. Porém essa limitação é pessoal e estou aberta a entendimentos.	Relação professor-estudante baseada em respeito mútuo e co-responsabilidade		
Curso4: pares	A16R1. Senti muita dispersão e muitas ausências nesse semestre. Penso que por falta de priorização do espaço, os colegas não participavam fisicamente e isso acabava limitando a participação dos poucos q estavam presentes, desanimando Tb a participar. Nos momentos em que havia uma qtdd razoável, a participação não era empolgante, acho que pelo modelo atual da ID, ele não incentiva, não dá animo.	Descontinuidade na participação dos pares		

Curso5: o que foi bom	A17R1. Difícil sugerir, pois meu contato com esse modelo é novo. Mas a certeza é: temos que mudar. Continuar com esse formato não vai animar ninguém. Devemos incentivar a participação no fórum virtual, incentivar que os responsáveis estudem e tragam suas tarefas.	Descontinuidade na participação dos pares	Maior participação e investimento pessoal na formação
Curso5: o que foi bom	R17. todos concordamos que este curso é de grande potencial para o nosso aprendizado interferir nas nossas práticas pedagógicas	A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente	
Curso5: o que foi bom	B17R1. Acha que o que mais ajudou em sua pratica foi assumir seu papel de preceptoría no momento prático na Unidade, com estratégias e metodologias que devem ser seguidas.	A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente	
Curso5: o que foi bom	B17R2. Foi muito bom o encontro sobre Preceptoría em APS, e olha que não aprofundou.	Estratégias e tecnologias de ensino-aprendizagem inovadoras	
Curso5: o que foi bom	B17R3. A gente afeta muita gente sim! Em FABS! Solta o vírus!	Compromisso social do residente (mudanças curriculares)	
Curso6: fazer diferente	A18R1. Esse modelo de narrativas não foi muito adepto por tod@s. Talvez pensar em outra forma de fazer isso, ou mesmo denominar responsáveis, para não ficar algo solto a depender de alguém que pode ou não levar uma narrativa para discutir.	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (narrativas)	Maior participação e investimento pessoal na formação

Curso6: fazer diferente	A18R1 = R13 a ausência de atividades mais objetivas (aula expositivo-dialogada, seminário), excetuando-se no início do curso, para utilização exclusiva das narrativas como ferramenta pedagógica não dialoga com as nossas necessidades.	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (narrativas)
Curso6: fazer diferente	A18R3. As narrativas, que se encaixam dentro de uma epistêmie contemporânea para alguns (e pós-moderna para outros) se mostram, para mim, um instrumento limitado. Digo isso pois, por se basear na linguagem e no auto-referenciamento do EU, toma por critério de verdade uma experiência singular, repleta de contradições. Tomar um discurso como critério de verdade não tem nos ajudado a avançar do ponto de vista dialético dentro da ID. Ou seja, trocando em miúdos, lanço a pergunta: o que, DE FATO, as narrativas modificaram a nossa prática enquanto docentes? Pra mim, muito pouco, ou mesmo quase nada. E atribuo isso a duas questões: uma delas é o lugar epistemológico onde ela se encontra, e outra que é o lugar estranho para nós (tutores) de as utilizar habilmente, não tendo incorporado a primeira questão, ou seja, sendo estranhos a um paradigma educacional "contemporâneo". ... E as narrativas são de um lugar que não nos traz implicação, não está presente em nossa realidade, não faz parte do nosso contexto.	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (narrativas)

Curso6: fazer diferente	B18R1. Foi falho na questão de discutir FABS Concorda com R4 que <i>faltou se juntar e sentar para elaborar planos conjuntamente, p. ex. a construção de uma aula, coisas que poderiam ter ajudado quando se viu só na tutoria.</i>	Escasso apoio do módulo ID à prática docente	
Curso6: fazer diferente	B18R2. Avalia que tem que estudar mais agora, sente necessidade. (HistEpist) <i>Cumprimos muito pouco da programação. Não fizemos nenhuma narrativa, nem diversificamos.</i>	Maior participação e investimento pessoal na formação	
Curso6: fazer diferente	B18R3. <i>Aprendeu na marra</i> Como estabelecer o suporte? Concorda com R4 sobre a falta de apoio da ID sobre as ferramentas e abordagem do – como fazer.	Escasso apoio do módulo ID à prática docente	A prática reflexiva como eixo estruturante da formação docente Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem
Curso6: fazer diferente	B18R4. <i>Acha que faltou apoio na ID quanto a esses anseios (EEA).</i> Começou a receber internos agora, e ficou com muitas dúvidas, querendo trocas de experiências.	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (EEA)	Instrumentalização e colaboração para a prática docente
Curso7: como fazer	A19R1. Talvez também <i>aprofundarmos em temas vinculados a educação medica. Acho q os seminários q tiveram foram curtos e não foram suficientes</i> para abordar os temas necessários. Talvez voltar a estudar melhor e mais detalhado aqueles temas propostos.	Limitação de algumas estratégias de ensino-aprendizagem (seminários)	
Curso7: como fazer	A19R1. Dessa forma, <i>proponho uma transformação das atividades da ID</i> , elaborando um cronograma de estudo, por exemplo, sobre autores da educação, para serem trabalhados na forma de <i>seminários.</i>	Diversificação de estratégias de ensino-aprendizagem	

Curso7: como fazer	A19R3. Isso não quer dizer que somos avessos a novas alternativas de ensinagem, de forma alguma. Porém, falando por mim, utilizar Educação popular em sua pureza de significado, é utilizar ferramentas que dialoguem com a realidade do sujeito implicado no processo educacional.	Aprofundamento de conteúdo: educação popular	Incorporação de planejamento político (Implicação dos sujeitos com a realidade)
Curso7: como fazer	1- Seminários que funcionem analogamente ao que temos feito com os nossos espaços científicos, que alguém traz o tema, e a partir dele discutimos nossa prática. Artigos científicos das Revistas da ABEM, capítulos dos livros sobre Educação Médica, etc. Ixi, tem material demais aqui, que podia ajudar a gente que só! Várias publicações da DEGES na época de Ceccim, materiais do VER-SUS e Aprender-SUS.	Diversificação de estratégias de ensino-aprendizagem	
Curso7: como fazer	2- Aprofundamento em questões mais basais , como métodos alternativos, montagem de aulas e montagem de discussões com os estudantes de FABS. Questões mais práticas mesmo, que nos instrumentize para o dia a dia das tutorias de FABS.	Instrumentalização e colaboração para a prática docente	
Curso7: como fazer	3- Leituras mais gerais (como Pedagogia da Autonomia e outros livros) poderiam ser horizontais, tipo 1 livrinho desse a cada 2 meses, pra que em 1 semestre a gente dê cabo da discussão de 3 livros.	Aprofundamento de conteúdo: educação popular	Diversificação de estratégias de ensino-aprendizagem
Curso7: como fazer	B19R1. Ter mais espaços de EEA	Instrumentalização e colaboração para a prática docente	

B19R3. Muita demanda, valorizar mais a pratica

Significar na nossa pratica

Problematizar a formacao do medico em FABS (DAMUC,

Avaliacao de currículo)

Fazer discussão no inicio

Concordo com P3 que temos que fazer um debate sobre demandas políticas no planejamento de nossa residência na ID. Temos que analisar conjuntamente quais são as ações que temos que fazer. É importante que isso seja colocado neste momento de avaliação e precisamos decidir qual norte iremos seguir.

Tendo um planejamento realista e concreto das nossas pernas, disputar dentro do programa, institucional, o que defendemos.

Vai ser no espaço da ID aqui na residência? Como? Acho que temos que dar arcabouço também pro básico nosso. Muitas vezes senti falta do nosso chão durante a residência. Fazer articulação com outros atores também. P. ex. coordenador do curso. Temos muito pra avançar neste ano, teve um processo de esvaziamento e desestímulo ao longo do tempo, mas temos que retomar algumas coisas, fazer auto-criticas.

Instrumentalização e colaboração para a prática docente

Incorporação de planejamento político (Implicação dos sujeitos com a realidade)

Curso7: como fazer

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro residente,

Você está convidado a participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida no Mestrado Ensino em Ciências da Saúde do CEDESS/UNIFESP intitulada “**O RESIDENTE COMO PROFESSOR: FORMAÇÃO DOCENTE NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**”. A sua participação não é obrigatória e você deve se sentir completamente livre em participar ou não. Em qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. O objetivo deste estudo é analisar uma experiência de formação docente para médicos residentes no módulo Iniciação à Docência (ID) do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da UFPE. Sua participação será através dos relatos e avaliações apresentados no curso do módulo ID, estando assegurado sigilo completo das informações pessoais que aqui serão coletadas. Para esse estudo os riscos aos participantes são mínimos, não existe forma de exposição da identidade dos participantes. Em relação aos benefícios, a pesquisa tem a intenção de contribuir para a produção científica sobre residência na área da educação médica, o incentivo ao desenvolvimento docente não somente para os programas de pós-graduação lato-senso, mas a repercussão interna nos cursos de graduação em mudanças curriculares. Depois de finalizado o trabalho, uma cópia do artigo será apresentada a você e ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, em meio eletrônico, como devolutiva do estudo e forma de acesso ao conhecimento que ajudaram a produzir. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde consta o telefone e o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e dos pesquisadores, podendo buscar informações e tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador⁷

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Residente

Testemunha

Testemunha

¹ **Contatos:** Pesquisador: Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães– 81 88070717 / gustavogodoym@gmail.com
Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 11 5571-1062, FAX: 11 5539-7162 / cepunifesp@unifesp.br

APÊNDICE C - PRODUÇÃO TÉCNICA:
UM NOVO PLANO DE ENSINO-
APRENDIZAGEM DO MÓDULO
INICIAÇÃO À DOCÊNCIA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**PLANO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DO
MÓDULO INICIAÇÃO À DOCÊNCIA**

**RECIFE
2012**

Magalhães, Gustavo Sérgio de Godoy

Plano de Ensino-Aprendizagem do Módulo Iniciação à Docência /
Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães -- Recife, 2012.

6f.

Plano de ensino: Universidade Federal de Pernambuco. Hospital das Clínicas. Comissão de Residência Médica. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Título em inglês: Teaching-learning plan of the initiation to teaching module.

1. Residência Médica; 2. Medicina de Família e Comunidade; 3. Aprendizagem ativa; 4. Docentes de Medicina; 5. Educação Médica

Apresentação

A proposta apresentada neste Plano de Ensino-Aprendizagem foi construída a partir das contribuições das avaliações de curso realizadas no módulo Iniciação à Docência (ID) em 2011. As avaliações aconteceram em dois momentos quando todos os participantes puderam colaborar com opiniões acerca do desenvolvimento do módulo. O registro destas avaliações foram submetidos à análise documental através da pesquisa “*O Residente como Professor: Formação Docente no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pernambuco*” coordenada por Gustavo Godoy Magalhães, preceptor do PRMFC, para o Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Os resultados da pesquisa fundamentaram a construção deste novo plano.

As principais mudanças incorporadas neste plano em comparação aos programas anteriores são a explicitação do compromisso do módulo Iniciação à Docência com a transformação curricular da graduação em medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a diversificação das estratégias de ensino-aprendizagem e a programação de conteúdos relacionada com as vivências práticas e motivações dos residentes.

Módulo Iniciação à Docência

Colaboradores:

- Residentes do 2º ano
- Residentes do 1º ano
- Preceptores
- Convidados a depender dos temas de discussão

Ementa

Iniciar os médicos residentes em um processo de formação docente numa perspectiva reflexiva da ação pedagógica pautadas em uma atitude crítica e colaborativa coerentes com as mudanças dos pressupostos da ciência, educação e saúde, inseridos em um contexto de prática da graduação de medicina da UFPE em plena transformação curricular.

Objetivos

1. Conhecer e discutir o processo histórico e epistemológico das mudanças na educação médica.
2. Conhecer e aplicar estratégias de ensino aprendizagem coerentes com os novos pressupostos da educação considerando as peculiaridades da educação e prática médica.
3. Desenvolver a habilidade de refletir sobre o próprio aprendizado e ação pedagógica pautadas em uma atitude crítica e colaborativa.
4. Facilitar a apropriação dos saberes específicos da Medicina de Família e Comunidade (MFC) a partir do ato de ensinar.
5. Contribuir de forma ativa com a incorporação das mudanças curriculares no curso médico da UFPE conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Metodologia

As atividades presenciais serão desenvolvidas em encontros quinzenais com duas horas de duração através de diversos recursos metodológicos coerentes com a promoção da aprendizagem crítica e colaborativa e a integração dos diversos saberes. Várias estratégias serão utilizadas como exposições dialogadas, estudos de texto, problematização, mapas conceituais, tempestade de idéias, narrativas, fóruns, observação participante entre outras. Será priorizado no primeiro momento de cada encontro um resgate das experiências recentes dos residentes em sua prática docente no sentido de partilhar a ação-reflexão.

A escolha dos conteúdos nos encontros temáticos será escolhida com 15 dias de antecedência, no encontro prévio, de forma a contemplar o desejo e a necessidade atual dos residentes na programação do módulo.

O desenvolvimento da prática docente ocorrerá nos mais diversos cenários, priorizando as atividades da graduação em medicina da UFPE, são eles: em sala de aula como tutor (FABS I), na comunidade como preceptor de serviço (Internato, Saúde e Sociedade, FABS I e FABS II).

Avaliação

A avaliação formativa é contínua e mediadora. O foco da avaliação será a aprendizagem do residente mediada pelo professor e por seus pares em um processo dialógico e permanente. Além da aprendizagem, o desenvolvimento do módulo ID será avaliado por todos os participantes no sentido de conceber um planejamento do curso permanente, dinâmico e participativo. Alguns princípios serão destacados:

- Valorização das diferenças individuais, distintas inteligências e estilos de aprendizagem no processo de aquisição e produção de conhecimento;
- Feedback (devolutiva) constante, individual e coletiva ao longo do processo de ensino-aprendizagem
- Valorização do *aprender a aprender* (metacognição e auto-avaliação favorecem o desenvolvimento da autonomia e a manifestação dos estilos de aprendizagem)

Com base neste último princípio, propomos um instrumento para a reflexão avaliativa dos processos de ensino-aprendizagem do módulo de Iniciação à Docência. A primeira parte é composta por uma avaliação orientada pelos objetivos do módulo, na segunda parte amplia a reflexão para as competências docentes, todos esses aspectos num sentido de auto-avaliação. Por último, na terceira parte, uma avaliação do curso será apresentada aos participantes.

Nos encontros presenciais de avaliação, será feita a partilha e a discussão das reflexões individuais com o grupo, de forma a fundamentar o planejamento do módulo para o próximo período.

Carga Horária

- 50 h/ano: encontros presenciais a cada 15 dias
- 64 h/ano: atividades práticas em sala de aula e serviço/comunidade

Organização curricular dos conteúdos por objetivos

Segue na próxima página.

Observação: os cenários, estratégias, avaliação e referências citadas abaixo são apenas sugestões. O planejamento e desenvolvimento das atividades serão construídos em processo pelo responsável da atividade e proposto para o grupo.

Objetivos	Conteúdos	Cenários de Aprendizagem	Estratégias de Ensino-Aprendizagem	Avaliação	Referências
Conhecer e discutir o processo histórico e epistemológico das mudanças na educação médica.	<p>1. <u>Mudanças nos pressupostos da Ciência</u></p> <p>2. <u>Novos pressupostos da Ciência da Educação</u></p> <p>3. <u>Marcos Históricos das Mudanças da EM.</u></p>	Sala de aula	<p>1.a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas</i></p> <p>b) <i>Tempestade de idéias</i></p> <p>c) <i>Exposição dialogada</i></p> <p>2. a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas (cada um ler um)</i></p> <p>b) <i>Apresentação (ou construção) de um mapa mental para cada perspectiva e discussão (Cada um apresenta o seu)</i></p> <p>3. a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas</i></p> <p>b) <i>Tempestade de idéias</i></p> <p>c) <i>Exposição dialogada</i></p>	1. Seminário: Avaliar exposição dialogada (entre pares)	<p>1. <i>Boaventura – Um discurso sobre as ciências</i></p> <p>2. a) <i>Pedagogia do oprimido – Freire</i></p> <p>b) <i>Aprendizagem significativa crítica – Moreira,</i></p> <p>c) <i>Pedagogia Rizomática – Lins)</i></p> <p>d) <i>Sete saberes – Morin</i></p> <p>3. <i>Feuerwerker – Gestão dos processos de mudança da educação médica in Educação médica em transformação (cap.1)</i></p>
Conhecer e aplicar estratégias de ensino aprendizagem coerentes com os novos pressupostos da educação considerando as peculiaridades da educação e prática médica.	<p>1. <u>Processo ensino-aprendizagem (Anastasiou)</u></p> <p>2. <u>Estilos de Aprendizagem (Tobias)</u></p> <p>3. <u>Organização Curricular (Anastasiou, Maia)</u></p> <p>4. <u>Planejamento no processo ensino-aprendizagem</u></p>	<p>Reflexão: Sala de aula – ID</p> <p>Ação: Sala de aula – FABS Serviço – Internato, prática clínica</p>	<p>1.a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas</i></p> <p>b) <i>Tempestade de idéias</i></p> <p>c) <i>Exposição dialogada</i></p> <p>d) <i>Reflexão sobre a prática</i></p> <p>2. a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas</i></p> <p>b) <i>Construção e desenvolvimento de aula/estratégia por residente A (planejamento/desenvolvimento/avaliação)</i></p> <p>c) <i>Observação e avaliação de prática do residente A por colega (construir matriz de observação) por residente B</i></p> <p>d) <i>Exposição dialogada sobre estratégia escolhida por residente C</i></p>	<p>1.</p> <p>2. b) Avaliar a habilidade de construção de plano de aula com objetivos claros</p> <p>3. c) Avaliação entre pares (observado e observador – matriz)</p>	<p>1. Anastasiou, Léa das Graças Camargos e Alves, Leonir Pessate. <i>Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.</i> Joinville : UNIVILLE, 2006.</p>

	<u>(Anastasiou, Barros Leal)</u>		<p>e) Apresentação narrativa do residente A na roda de conversa</p> <p>f) Apresentação observação do residente B na roda de conversa</p> <p>3.a) Leitura prévia de textos das referências indicadas</p> <p>b) Apresentar um caso real de avaliação por residente A</p> <p>c) Reflexão sobre a prática</p> <p>d) Exposição dialogada</p>	<p>d) Avaliação de exposição dialogada (organização, crítica, clareza, participação e compreensão do público)</p>
	<u>5. Estratégias de ensino (Anastasiou)</u>			
	<u>6. Avaliação da Aprendizagem (Luckesi, Anastasiou, Perrenoud)</u>			
Desenvolver a habilidade de refletir sobre o próprio aprendizado e ação pedagógica pautadas em uma atitude crítica e colaborativa.	<u>1. Professor reflexivo (Alarcão, Schon, Pimenta)</u>	Sala de aula	<p>1.a) Leitura prévia de textos das referências indicadas</p> <p>b) Tempestade de idéias</p> <p>c) Exposição dialogada</p> <p>d) Reflexão sobre a prática</p> <p>e) acompanhar em todos os encontros reflexivos</p>	
Facilitar a apropriação dos saberes específicos da MFC a partir do ato de ensinar	<u>1. Conteúdo programático de FABS e internato</u> <u>2. Preceptorial em APS com enfoque na prática centrada na pessoa</u>	Sala de aula Serviço Comunidade	<p>1. Planejar e desenvolver as atividades educativas em sala de aula (FABS) e no serviço (preceptorial)</p> <p>2. Leitura prévia dos textos Discussão dos conceitos a partir de casos de preceptorial reais Exposição dialogada</p>	SBMFC, Manual da Oficina de preceptores (ver site SBMFC - Material da oficina) + Stewart, Moira - Medicina Centrada na Pessoa (Ensinando o Método centrado na Pessoa) + Talbot, Yves - Ensino Médico no Atendimento Ambulatorial - Um guia prático

Contribuir de forma ativa com a incorporação das mudanças curriculares no curso médico da UFPE conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

1. Currículo longitudinal em MFC/APS na graduação de medicina

2. Curso médico UFPE

3. *Leitura de artigos relacionados (RBEM ultios 10 anos)*

Levantamento de outras experiências

Discussão dos textos

Avaliação critica da realidade

Propostas de interveção

2. *Participação nos encontros de avaliação FABS, Internato*

Revisão de artigos nos últimos 10 anos da RBEM sobre Currículo, APS, MFC, graduação Currículo de outros cursos (UPE, UFPB...)

Diretrizes para o ensino na APS na graduacao de medicina (

[http://www.abem-](http://www.abem-educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf)

[educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf))

Campos, GW - Papel da rede de atenção básica em saúde na

fomração médica, diretrizes (

[http://www.abem-](http://www.abem-educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf)

[educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf))

Apêndice 1

Saberes e Competências em construção no módulo ID

Saberes Pedagógicos: tem por objetivo o desenvolvimento de saberes para a reflexão, ordenação, sistematização e crítica do processo educativo. Incorporam os saberes didáticos referentes ao processo de ensino-aprendizagem, metodologias e técnicas ensino e aprendizagem aplicadas em situações práticas e nos contextos de ensino em que ocorrem.

Saberes Técnico-Assistenciais: saberes relacionados ao próprio processo assistencial que farão parte do conteúdo programático a ser apreendido pelos educandos e aperfeiçoado pelos educadores.

Saberes da Experiência: caracterizam-se por serem originados na prática cotidiana da profissão, sendo validados pela mesma, podem refletir tanto a dimensão da razão instrumental que implica num saber-fazer ou saber-agir tais como habilidades e técnicas que orientam a postura do sujeito, como a dimensão da razão interativa que permite supor, julgar, decidir, modificar e adaptar de acordo com os condicionamentos de situações complexas (que dizem do modo como nos apropriamos do ser professor em nossa vida). Therrien (1995) surge como núcleo vital do saber docente, a partir do qual o(a)s professor(a)s tentam transformar suas relações de exterioridade com os saberes em relações de interioridade com sua própria prática. Nesse sentido os saberes da experiência não são saberes como os demais, eles são, ao contrário, formados de todos os demais, porém retraduzidos, “polidos” e submetidos às certezas construídas na prática e no vivido (Tardif et al. (1991),p. 234). Estão relacionados transversalmente aos saberes relacionados anteriormente.

Competências cognitivas: proporcionam ao profissional a capacidade de aprender a aprender, de pensar estrategicamente, de responder criativamente a situações novas e inusitadas e de agir pró-ativamente. O desenvolvimento de tais competências objetiva antecipar-se aos problemas antes que ocorram, visando introduzir melhorias, integrar atividades interdependentes e permitir o domínio de conceitos relacionados a grupos de atividades afins. Tais competências são, nos dias de hoje, fundamentais no exercício da maioria das atividades, uma vez que a complexidade, tanto de equipamentos como das relações requer níveis substancialmente mais elevados de elaboração mental por parte das pessoas.

Competências organizacionais: proporcionam a capacidade de organizar o trabalho, tanto a nível individual como grupal, de acordo com os níveis de importância; de estabelecer métodos próprios de planejamento, execução e controle dos próprios processos de trabalho; de gerenciar seu próprio tempo e espaço com vistas à otimização das atividades e a supressão de tarefas desnecessárias, eficiência e realização pessoal.

Competências relacionais: diz respeito às relações interpessoais que são estabelecidas com os alunos e outros docentes. “A educação está centrada no diálogo entre aluno e professor, diálogo este que supõe compromisso do profissional

consigo mesmo e a sociedade, pois educação nada mais é do que uma prática a serviço do homem no seu meio. Essa atitude pode ser dotada no relacionamento professor-aluno. Atitudes humanas, de compreensão e de confiança por parte do professor em relação a seus alunos (Freire, 1981, p.45. Configuram-se em atitudes capazes de proporcionar níveis adequados de relacionamento entre as pessoas, tais como discutir, em bases positivas, problemas grupais; apresentar idéias que facilitam o entendimento e a solução de problemas de forma simplificada; buscar parcerias com pessoas que tenham objetivos comuns; dialogar, negociar, argumentar e questionar, buscando sempre soluções pautadas na solidariedade e no respeito mútuo. Estas competências levam em conta a questão da qualidade da comunicação entre as pessoas, e são condição básica para que estas compartilhem espaços e possam conviver com civilidade e humanidade.

Competências sociais: estão diretamente ligadas à construção da cidadania e definem-se pela capacidade profissional de estabelecer relações entre as esferas do saber e do social, de transferir conhecimentos e aprendizados experimentados na vida cotidiana para a esfera do trabalho, percebendo com isso sua função no contexto da sociedade na qual está inserido. Essas competências requerem visão crítica da realidade, capacidade de entender a que lógica social as atividades exercidas estão atreladas, capacidade de perceber com clareza o sentido e significado que cada ação tem para si e para a sociedade.

Competências comportamentais: necessárias à manutenção do sentido de totalidade, como espírito de iniciativa diante de situações desafiadoras; atenção seletiva - estabelecendo diferenciação entre fatos importantes e fatos urgentes - motivação, criatividade na busca de soluções novas para situações conhecidas, vontade de aprender, curiosidade e abertura a mudanças.

APÊNDICE D - PRODUÇÃO TÉCNICA:
PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO PARA O
MESTRADO PROFISSIONAL ASSOCIADO
A RESIDÊNCIA MÉDICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**INICIAÇÃO À DOCÊNCIA PARA O MESTRADO
PROFISSIONAL ASSOCIADO À RESIDÊNCIA
MÉDICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO**

RECIFE
2012

Magalhães, Gustavo Sérgio de Godoy

Iniciação à Docência para o Mestrado Profissional Associado a Residência Médica da Universidade Federal De Pernambuco / Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães -- Recife, 2012.

18f.

Iniciação à Docência para Mestrado Profissional associado a Residência Médica: Universidade Federal de Pernambuco. Hospital das Clínicas. Comissão de Residência Médica. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Título em inglês: Module Introduction to Teaching Associate and Professional Masters in Health At Residences De Pernambuco Federal University Integration Project

1. Residência Médica; 2. Medicina de Família e Comunidade; 3. Aprendizagem ativa; 4. Docentes de Medicina; 5. Educação Médica

SUMÁRIO

Apresentação	Erro! Indicador não definido.
Introdução	Erro! Indicador não definido.
Objetivos	151
Contextualização	152
Plano de Ensino-Aprendizagem.....	154
Referências bibliográficas	163

APRESENTAÇÃO

Este projeto visa apresentar uma proposta de integração entre o módulo Iniciação à Docência, inicialmente desenvolvido a partir do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, com o Programa de Mestrado Profissional Assciado à Residência Médica da Universidade Federal de Pernambuco, com o intuito de desenvolver competências pedagógicas para o médico residente.

A concepção deste trabalho foi fruto da pesquisa “O Residente Como Professor: Formação Docente no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pernambuco” desenvolvida através do mestrado Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo.

Após as justificativas do projeto, serão desenvolvidos os objetivos e a contextualização. Os detalhes da proposta pedagógica da Iniciação a Docência para o Mestrado Profissional será apresentada através do Plano de Ensino-Aprendizagem.

INTRODUÇÃO

Competências pedagógicas passam a ter fundamental importância no perfil do médico, pois o cuidar requer muito do educar, não apenas enquanto profissional de saúde em suas orientações e prescrições, mas enquanto educador e cidadão (MOHR, 2011; SANTOS, 1988).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apresentam a necessidade de formar médicos com pensamento crítico sobre os problemas de nossa sociedade, a fim de orientar seu trabalho para as necessidades de saúde da população. A sua formação deve ser apoiada por uma escola integrada a uma rede de serviços de saúde e mediada por professores comprometidos com uma prática reflexiva (BRASIL, 2001).

Perim et al. (2009) ao analisar as tendências de mudanças nas escolas médicas no Brasil, percebe que o eixo 'Desenvolvimento Docente' é o que se encontra mais distante do preconizado pelas DCN. Fica assim evidenciado que o investimento na formação didático-pedagógica, desde a atualização científica até a capacidade gerencial, é fundamental para dar suporte às mudanças implementadas pelas escolas.

Um a dois terços dos estudantes de graduação em medicina tem como principal facilitador de aprendizagem o médico residente o qual dedica até 25% de seu tempo a atividades docentes (HILL et al., 2009). Os programas resident-as-teacher (residente como professor) ganharam maior popularidade na América do Norte na década de 1990. Em sua pesquisa Morrison et al. (2001) descreveu que 55% dos programas de residência dos Estados Unidos incluíam em seu currículo formal o treinamento de habilidades docentes.

O Ministério da Educação através da CAPES apresentou em 2009 o Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde, com justificativas de aproximar a necessidade de formação de pesquisadores e educadores aos programas de residência. As profissões do campo da saúde que apresentam períodos longos e atividades intensivas de treinamento em trabalho, devem ser estimuladas para além de desenvolver aprendizagens relativas à formação especializada, pois contribuem para a construção do conhecimento científico e formação de habilidades do processo ensino-aprendizagem (REBELATTO et al., 2011).

A intersecção entre mestrado profissional e residência médica, vem responder críticas relacionadas ao tempo utilizado para se formar um professor universitário ou pesquisador em algumas áreas da saúde, principalmente na medicina. Após seis anos

de curso de graduação, o estudante submete-se a dois a cinco anos de especialização na residência. Caso o mesmo tenha interesse pela docência universitária e pesquisa científica enfrentará mais dois a sete anos no mestrado e doutorado. Assim, o investimento total de tempo de formação oficial pode chegar a 18 anos, o que faz o MEC considerar contraproducente o custo de resposta para o investimento educacional no indivíduo (REBELATTO et al., 2011).

Os programas de mestrado em saúde no Brasil apresentam uma problemática existencial: enfoque na formação do pesquisador em detrimento da formação do professor, evidenciado pela ausência na maioria dos programas de formação didático-pedagógica e estágio de prática docente.

Com a necessidade de abertura de novos cursos de medicina e de programas de residência médica anunciados recentemente pelo MS para adequar às necessidades de saúde de algumas regiões do País, amplia-se ainda mais a necessidade de novos professores qualificados.

A ampliação dos cenários de práticas para os serviços de saúde nos mais diferentes níveis de atenção do SUS fez com que o papel do preceptor ganhasse mais relevância. Segundo Mohr (2011, p. 55) “o preceptor é duplamente professor, pois ensina a outros médicos, ao futuro médico e ao paciente”. Os egressos de programas de residência médica tem a preferência nas seleções para orientar as atividades práticas dos estudantes diante de outros que não fizeram a formação.

Neste contexto, apresentamos o desenvolvimento da Iniciação a Docência para o Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Médica da UFPE, a qual tem a intenção de iniciar um processo de formação docente para o médico residente.

OBJETIVOS

Geral

Apresentar uma proposta de formação docente para o médico residente em curso do mestrado profissional na UFPE a partir da integração com o módulo Iniciação à Docência do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Específicos

Desenvolver a competência docente para o médico residente integrada com os saberes específicos da área e os saberes da experiência, em uma prática reflexiva e crítica da ação docente.

Colaborar com o desenvolvimento docente e a transformação curricular da graduação em medicina sob orientação das DCN.

Contribuir para a formação de futuros preceptores de serviço contextualizada com as novas práticas orientadas nas DCN.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A Universidade Federal de Pernambuco segundo os Ministérios da Educação e de Ciência e Tecnologia é uma das universidades melhor avaliadas do País nos aspectos de ensino e pesquisa científica, e apresenta a melhor classificação entre as instituições federais do Norte e Nordeste (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2011).

A Universidade oferece 95 cursos de graduação presenciais distribuídos em 12 centros e mais três cursos de graduação a distância. Atualmente, são oferecidos 116 cursos de pós-graduação stricto sensu (sendo 65 Mestrados Acadêmicos, seis Mestrados Profissionais e 45 Doutorados, além de 64 cursos de pós-graduação lato sensu – especializações, incluindo as Residências Médicas).

Em suas pesquisas, a UFPE tem focado as áreas tidas como estratégicas para o Estado e para a região: Petróleo e Gás; Energia e Biomassa; Bioengenharia e Engenharia Naval; Meio Ambiente; Fármacos e Medicamentos; Nanociência, Nanotecnologia e Materiais Avançados; Metrologia Arqueológica e Patrimonial; Informática; Ciências Humanas e Sociais; e Ciências da Saúde.

O Hospital das Clínicas (HC) é uma unidade de saúde vinculada à Universidade Federal de Pernambuco que tem como objetivo oferecer atendimento médico e hospitalar à população nas mais diversas áreas. Considerado um hospital modelo entre

as unidades universitárias de saúde, serve de campo de atuação para centenas de estudantes de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Serviço Social.

A residência médica se iniciou em 1958, ainda no antigo Hospital Pedro II, quando foram implantados os programas de treinamento nas áreas de Ginecologia, Oftalmologia, Cirurgia, Psiquiatria e Clínica Médica. Em 1977, houve uma maior qualificação dos serviços com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica, responsável pela regulamentação, credenciamento e fiscalização dos programas de residência médica de todo o País.

Hoje, o Hospital das Clínicas oferece vagas em 27 programas de residência médica com mais de 90 vagas por ano, além dos programas em enfermagem, nutrição e multiprofissional. Em todos eles, o processo seletivo é anual e as bolsas de estudo são financiadas pelo Ministério da Educação e pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2011).

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) compôs sua primeira turma no início de 2006, com quatro residentes que colaboraram junto com os preceptores e professores para construção do Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa.

A necessidade de expansão da cobertura assistencial da Estratégia Saúde da Família em Recife; a necessidade de qualificação da atenção à saúde e de formação pedagógica dos profissionais da rede; de desenvolvimento de linha de pesquisa de relevância para o SUS; de aproximação da Universidade com o sistema de saúde e, finalmente; a necessidade de inovação no modelo de formação docente e pesquisa em educação médica são justificativas para existência do PRMFC em Recife segundo consta em seu PPP (UFPE, 2005).

Inserido na programação curricular do PRMFC, o módulo Iniciação à Docência (ID) foi concebido desde a primeira turma de residentes em 2006 e visa iniciar os médicos residentes em um processo de formação docente, numa perspectiva reflexiva da ação pedagógica pautada em uma atitude crítica e colaborativa. Optou-se por utilizar o termo “Iniciação”, pois a maioria dos residentes, egressos da graduação em medicina, pela primeira vez experimentam um contato com uma prática docente formalmente estruturada.

O módulo ID é desenvolvido em formato de módulo horizontal durante os dois anos do programa. Os residentes alocados nas suas respectivas unidades de saúde se responsabilizam, junto com outros professores do curso médico e preceptores de serviço, por um módulo do curso médico da UFPE chamado FABS I - Fundamentos da Atenção Básica à Saúde I (2º ano da graduação em medicina), além das atividades de preceptoria em serviço para os estudantes do Internato em Saúde Coletiva I (5º ano).

O módulo também promove encontros com a presença de residentes e preceptores para reflexão sobre a prática docente. Os encontros ocorrem a cada 15 dias e contam com a presença dos residentes envolvidos e preceptores do programa.

PLANO DE ENSINO- APRENDIZAGEM

Iniciação à Docência para Residência Médica

Colaboradores:

- Residentes:
- Preceptores:
- Convidados a depender dos temas de discussão

Ementa

Iniciar os médicos residentes em um processo de formação docente numa perspectiva reflexiva da ação pedagógica pautadas em uma atitude crítica e colaborativa coerentes com as mudanças dos pressupostos da ciência, educação e saúde, inseridos em um contexto de prática da graduação de medicina da UFPE em plena transformação curricular.

Objetivos

6. Conhecer e discutir o processo histórico e epistemológico das mudanças na educação médica.

7. Conhecer e aplicar estratégias de ensino aprendizagem coerentes com os novos pressupostos da educação considerando as peculiaridades da educação e prática médica.
8. Desenvolver a habilidade de refletir sobre o próprio aprendizado e ação pedagógica pautadas em uma atitude crítica e colaborativa.
9. Facilitar a apropriação dos saberes específicos da especialidade a partir do ato de ensinar.
10. Contribuir de forma ativa com a incorporação das mudanças curriculares no curso médico da UFPE conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Metodologia

As atividades presenciais serão desenvolvidas em encontros quinzenais com duas horas de duração através de diversos recursos metodológicos coerentes com a promoção da aprendizagem crítica e colaborativa e a integração dos diversos saberes. Várias estratégias serão utilizadas como exposições dialogadas, estudos de texto, problematização, mapas conceituais, tempestade de idéias, narrativas, fóruns, observação participante entre outras. Será priorizado no primeiro momento de cada encontro um resgate das experiências recentes dos residentes em sua prática docente no sentido de partilhar a ação-reflexão.

A escolha dos conteúdos nos encontros temáticos será escolhida com 15 dias de antecedência, no encontro prévio, de forma a contemplar o desejo e a necessidade atual dos residentes na programação do módulo.

O desenvolvimento da prática docente ocorrerá nos mais diversos cenários, priorizando as atividades da graduação em medicina da UFPE, por exemplo: em sala de aula como tutor (FABS I), na comunidade como preceptor de serviço (Internato, Saúde e Sociedade, FABS I e FABS II).

Avaliação

A avaliação formativa é contínua e mediadora. O foco da avaliação será a aprendizagem do residente mediada pelo professor e por seus pares em um processo dialógico e permanente. Além da aprendizagem, o desenvolvimento do módulo ID será avaliado por todos os participantes no sentido de conceber um planejamento do curso permanente, dinâmico e participativo. Alguns princípios serão destacados:

- Valorização das diferenças individuais, distintas inteligências e estilos de aprendizagem no processo de aquisição e produção de conhecimento;

- Feedback (devolutiva) constante, individual e coletiva ao longo do processo de ensino-aprendizagem
- Valorização do *aprender a aprender* (metacognição e auto-avaliação favorecem o desenvolvimento da autonomia e a manifestação dos estilos de aprendizagem)

Com base neste último princípio, propomos um instrumento para a reflexão avaliativa dos processos de ensino-aprendizagem do módulo de Iniciação à Docência. A primeira parte é composta por uma avaliação orientada pelos objetivos do módulo, na segunda parte amplia a reflexão para as competências docentes, todos esses aspectos num sentido de auto-avaliação. Por último, na terceira parte, uma avaliação do curso será apresentada aos participantes.

Nos encontros presenciais de avaliação, será feita a partilha e a discussão das reflexões individuais com o grupo, de forma a fundamentar o planejamento do módulo para o próximo período.

Carga Horária

- 50 h/ano: encontros presenciais a cada 15 dias
- 64 h/ano: atividades práticas em sala de aula e serviço/comunidade

Organização curricular dos conteúdos por objetivos

Segue na próxima página.

Observação: os cenários, estratégias, avaliação e referências citadas abaixo são apenas sugestões. O planejamento e desenvolvimento das atividades serão construídos em processo pelo responsável da atividade e proposto para o grupo.

Objetivos	Conteúdos	Cenários de Aprendizagem	Estratégias de Ensino-Aprendizagem	Avaliação	Referências
<p>Conhecer e discutir o processo histórico e epistemológico das mudanças na educação médica.</p>	<p>1. <u>Mudanças nos pressupostos da Ciência</u></p> <p>2. <u>Novos pressupostos da Ciência da Educação</u></p> <p>3. <u> Marcos Históricos das Mudanças da EM.</u></p>	<p>Sala de aula</p>	<p>1.a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas</i> b) <i>Tempestade de idéias</i> c) <i>Exposição dialogada</i></p> <p>2. a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas (cada um ler um)</i> b) <i>Apresentação (ou construção) de um mapa mental para cada perspectiva e discussão (Cada um apresenta o seu)</i></p> <p>3. a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas</i> b) <i>Tempestade de idéias</i> c) <i>Exposição dialogada</i></p>	<p>2. Seminário: Avaliar exposição dialogada (entre pares)</p>	<p>3. <i>Boaventura – Um discurso sobre as ciências</i></p> <p>4. a) <i>Pedagogia do oprimido – Freire</i> b) <i>Aprendizagem significativa crítica – Moreira,</i> c) <i>Pedagogia Rizomática – Lins)</i> d) <i>Sete saberes – Morin</i></p> <p>3. <i>Feuerwerker – Gestão dos processos de mudança da educação médica in Educação médica em transformação (cap.1)</i></p>
<p>Conhecer e aplicar estratégias de ensino aprendizagem coerentes com os novos pressupostos da educação considerando as peculiaridades da educação e prática médica.</p>	<p>1. <u>Processo ensino-aprendizagem (Anastasiou)</u></p> <p>2. <u>Estilos de Aprendizagem (Tobias)</u></p> <p>3. <u>Organização Curricular (Anastasiou, Maia)</u></p> <p>4. <u>Planejamento no processo ensino-aprendizagem</u></p>	<p><i>Reflexão: Sala de aula – ID</i> <i>Ação: Sala de aula – FABS Serviço – Internato, prática clínica</i></p>	<p>1.a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas</i> b) <i>Tempestade de idéias</i> c) <i>Exposição dialogada</i> d) <i>Reflexão sobre a prática</i></p> <p>2. a) <i>Leitura prévia de textos das referências indicadas</i> b) <i>Construção e desenvolvimento de aula/estratégia por residente A (planejamento/desenvolvimento/avaliação)</i> c) <i>Observação e avaliação de prática do residente A por colega (construir matriz de observação) por residente B</i> d) <i>Exposição dialogada sobre estratégia escolhida por residente C</i></p>	<p>3.</p> <p>4. b) Avaliar a habilidade de construção de plano de aula com objetivos claros c) Avaliação entre pares (observado e observador – matriz)</p>	<p>3. Anastasiou, Léa das Graças Camargos e Alves, Leonir Pessate. <i>Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville : UNIVILLE, 2006.</i></p>

	<u>(Anastasiou, Barros Leal)</u>		e) Apresentação narrativa do residente A na roda de conversa f) Apresentação observação do residente B na roda de conversa	d) Avaliação de exposição dialogada (organização, crítica, clareza, participação e compreensão do público)
	<u>5. Estratégias de ensino (Anastasiou)</u>		3.a) Leitura prévia de textos das referências indicadas	
	<u>6. Avaliação da Aprendizagem (Luckesi, Anastasiou, Perrenoud)</u>		b) Apresentar um caso real de avaliação por residente A c) Reflexão sobre a prática d) Exposição dialogada	
Desenvolver a habilidade de refletir sobre o próprio aprendizado e ação pedagógica pautadas em uma atitude crítica e colaborativa.	<u>1. Professor reflexivo (Alarcão, Schon, Pimenta)</u>	Sala de aula	1.a) Leitura prévia de textos das referências indicadas b) Tempestade de idéias c) Exposição dialogada d) Reflexão sobre a prática e) acompanhar em todos os encontros reflexivos	
Facilitar a apropriação dos saberes específicos da MFC a partir do ato de ensinar	<u>1. Conteúdo programático de FABS e internato</u> <u>2. Preceptoría em APS com enfoque na prática centrada na pessoa</u>	Sala de aula Serviço Comunidade	4. Planejar e desenvolver as atividades educativas em sala de aula (FABS) e no serviço (preceptoría) 5. Leitura prévia dos textos Discussão dos conceitos a partir de casos de preceptoría reais Exposição dialogada	SBMFC, Manual da Oficina de preceptores (ver site SBMFC - Material da oficina) + Stewart, Moira - Medicina Centrada na Pessoa (Ensinando o Método centrado na Pessoa) + Talbot, Yves - Ensino Médico no Atendimento Ambulatorial - Um guia prático

<p>Contribuir de forma ativa com a incorporação das mudanças curriculares no curso médico da UFPE conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).</p>	<p><u>1. Currículo longitudinal em MFC/APS na graduação de medicina</u></p> <p><u>2. Curso médico UFPE</u></p>	<p>6. <i>Leitura de artigos relacionados (RBEM ultios 10 anos)</i> <i>Levantamento de outras experiências</i> <i>Discussão dos textos</i> <i>Avaliação critica da realidade</i> <i>Propostas de interveção</i></p> <p>4. <i>Participação nos encontros de avaliação FABS, Internato</i></p>	<p><i>Revisão de artigos nos últimos 10 anos da RBEM sobre Currículo, APS, MFC, graduação Currículo de outros cursos (UPE, UFPB...)</i> <i>Diretrizes para o ensino na APS na graduacao de medicina (http://www.abem-educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf)</i> <i>Campos, GW - Papel da rede de atenção básica em saúde na fomração médica, diretrizes (http://www.abem-educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf)</i></p>
---	--	---	---

Apêndice 1

Saberes e Competências em construção no módulo ID

Saberes Pedagógicos: tem por objetivo o desenvolvimento de saberes para a reflexão, ordenação, sistematização e crítica do processo educativo. Incorporam os saberes didáticos referentes ao processo de ensino-aprendizagem, metodologias e técnicas ensino e aprendizagem aplicadas em situações práticas e nos contextos de ensino em que ocorrem.

Saberes Técnico-Assistenciais: saberes relacionados ao próprio processo assistencial que farão parte do conteúdo programático a ser apreendido pelos educandos e aperfeiçoado pelos educadores.

Saberes da Experiência: caracterizam-se por serem originados na prática cotidiana da profissão, sendo validados pela mesma, podem refletir tanto a dimensão da razão instrumental que implica num saber-fazer ou saber-agir tais como habilidades e técnicas que orientam a postura do sujeito, como a dimensão da razão interativa que permite supor, julgar, decidir, modificar e adaptar de acordo com os condicionamentos de situações complexas (que dizem do modo como nos apropriamos do ser professor em nossa vida). Therrien (1995) surge como núcleo vital do saber docente, a partir do qual o(a)s professor(a)s tentam transformar suas relações de exterioridade com os saberes em relações de interioridade com sua própria prática. Nesse sentido os saberes da experiência não são saberes como os demais, eles são, ao contrário, formados de todos os demais, porém retraduzidos, “polidos” e submetidos às certezas construídas na prática e no vivido (Tardif et al. (1991),p. 234). Estão relacionados transversalmente aos saberes relacionados anteriormente.

Competências cognitivas: proporcionam ao profissional a capacidade de aprender a aprender, de pensar estrategicamente, de responder criativamente a situações novas e inusitadas e de agir pró-ativamente. O desenvolvimento de tais competências objetiva antecipar-se aos problemas antes que ocorram, visando introduzir melhorias, integrar atividades interdependentes e permitir o domínio de conceitos relacionados a grupos de atividades afins. Tais competências são, nos dias de hoje, fundamentais no exercício da maioria das atividades, uma vez que a complexidade, tanto de equipamentos como das relações requer níveis substancialmente mais elevados de elaboração mental por parte das pessoas.

Competências organizacionais: proporcionam a capacidade de organizar o trabalho, tanto a nível individual como grupal, de acordo com os níveis de importância; de estabelecer métodos próprios de planejamento, execução e controle dos próprios processos de trabalho; de gerenciar seu próprio tempo e espaço com vistas à otimização das atividades e a supressão de tarefas desnecessárias, eficiência e realização pessoal.

Competências relacionais: diz respeito às relações interpessoais que são estabelecidas com os alunos e outros docentes. “A educação está centrada no diálogo entre aluno e professor, diálogo este que supõe compromisso do profissional

consigo mesmo e a sociedade, pois educação nada mais é do que uma prática a serviço do homem no seu meio. Essa atitude pode ser dotada no relacionamento professor-aluno. Atitudes humanas, de compreensão e de confiança por parte do professor em relação a seus alunos (Freire, 1981, p.45). Configuram-se em atitudes capazes de proporcionar níveis adequados de relacionamento entre as pessoas, tais como discutir, em bases positivas, problemas grupais; apresentar idéias que facilitam o entendimento e a solução de problemas de forma simplificada; buscar parcerias com pessoas que tenham objetivos comuns; dialogar, negociar, argumentar e questionar, buscando sempre soluções pautadas na solidariedade e no respeito mútuo. Estas competências levam em conta a questão da qualidade da comunicação entre as pessoas, e são condição básica para que estas compartilhem espaços e possam conviver com civilidade e humanidade.

Competências sociais: estão diretamente ligadas à construção da cidadania e definem-se pela capacidade profissional de estabelecer relações entre as esferas do saber e do social, de transferir conhecimentos e aprendizados experimentados na vida cotidiana para a esfera do trabalho, percebendo com isso sua função no contexto da sociedade na qual está inserido. Essas competências requerem visão crítica da realidade, capacidade de entender a que lógica social as atividades exercidas estão atreladas, capacidade de perceber com clareza o sentido e significado que cada ação tem para si e para a sociedade.

Competências comportamentais: necessárias à manutenção do sentido de totalidade, como espírito de iniciativa diante de situações desafiadoras; atenção seletiva - estabelecendo diferenciação entre fatos importantes e fatos urgentes - motivação, criatividade na busca de soluções novas para situações conhecidas, vontade de aprender, curiosidade e abertura a mudanças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, CÂMERA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. [S.l.]: [s.n.], 2001.

HILL, A. G. et al. A systematic review of resident-as-teacher. **Medical Education**, v. 43, p. 1129–1140, 2009.

MOHR, A. A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: BRANT, V. (.). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011. p. 53-65.

MORRISON, E. H. et al. Residents-as-teachers training in U.S. residency programs and offices of graduate medical education. **Acad Med**, v. 76, p. S1–S4, Out 2001. ISSN ISSN: 1040-2446. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11597856>.

REBELATTO, J. R. et al. Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde: Conceitos e Possibilidades. **Cadernos da ABEM: Residência Médica**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 57-59, Outubro 2011.

SANTOS, B. D. S. **Um Discurso sobre as Ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 1988.

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

CARTA DE ACEITE

À Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP,

O coordenador do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Prof. Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida, vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada "*O Residente Como Professor: Formação Docente no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pernambuco*", sob a responsabilidade do pesquisador, Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães, a ser realizada no período referido no projeto.

Este programa está ciente da liberação dos pesquisadores para a coleta dos dados referentes à pesquisa, somente mediante a apresentação do PARECER de APROVADO pelo CEP. Esta instituição é consciente de sua co-responsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS no 196/96 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a APROVAÇÃO DO PROJETO por parte do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFESP. Conforme apresentado, receberemos cópias dos artigos produzidos a partir desta pesquisa.



Prof. Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida

Coordenador do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade HC/UFPE

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: O RESIDENTE COMO PROFESSOR: FORMAÇÃO DOCENTE NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Pesquisador: Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

CAAE: 00587012.0.0000.5505

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 6747

Data da Relatoria: 16/04/2012

Apresentação do Projeto:

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apresentam a necessidade de formar médicos com pensamento crítico para as necessidades de saúde da sociedade. A necessidade crescente de corpo docente qualificado em Medicina de Família e Comunidade, a baixa adesão dos professores de medicina às mudanças apresentadas nas e o reconhecimento do importante papel docente do médico residente fizeram com que o PRMFC/UFPE desenvolvesse uma proposta de desenvolvimento de competências docentes para o residente. A formação docente acontece em um módulo chamado "Iniciação à Docência". Neste estudo será utilizada a abordagem qualitativa como opção metodológica. Como estratégia, está em desenvolvimento um estudo de caso que enfocará a vivência dos residentes no módulo, a partir de entrevistas com os mesmos e análise documental do material produzido nas atividades desenvolvidas com os estudantes de graduação em medicina em diversos cenários (sala de aula, serviço e comunidade). Este estudo visa analisar a experiência de formação docente para médicos residentes na perspectiva do novo perfil profissional recomendado nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas para o aprofundamento da temática com os médicos residentes que estão cursando ou que já cursaram o módulo Iniciação à Docência. As entrevistas serão registradas com o apoio de um gravador de voz a fim de possibilitar um registro completo e fidedigno da conversação. Os sujeitos da pesquisa são os médicos residentes do PRMFC da UFPE. Em 2011 o programa contou com 8 residentes, 4 no primeiro ano e 4 em seu segundo ano de curso, sendo todos participantes deste estudo por cursarem o módulo ID como parte integrante do currículo do programa. Entre janeiro de 2008 e janeiro de 2011, outros 9 médicos concluíram o programa de residência, dos quais todos também participaram do módulo ID.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar uma experiência de formação docente para médicos residentes no módulo Iniciação à Docência (ID) do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da UFPE.

Objetivo Secundário: Analisar a proposta educativa do módulo ID em seus objetivos, conteúdos, práticas, cenários e avaliação. Caracterizar o perfil e a trajetória profissional dos médicos residentes participantes. Conhecer as motivações e expectativas dos residentes no módulo ID. Identificar as concepções e práticas pedagógicas dos médicos residentes durante o módulo. Identificar possibilidades, dificuldades e contribuições dos participantes para o desenvolvimento do módulo. Caracterizar o papel docente dos residentes participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos previstos são reduzidos, considerando algum desconforto ao responder a entrevista, que poderá ser minimizado com o direito da não resposta a alguma questão e desistência na participação da pesquisa a qualquer momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional, sem procedimento intervencionista, com inclusão de 17 indivíduos. O estudo será realizado com financiamento próprio, sendo o custo declarado da pesquisa, no valor de R\$ R\$ 3.090,50. Apresenta anexo ao projeto encaminhado, o roteiro que será utilizado nas entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de rosto foi apresentada de forma adequada. TCLE encontra-se adequado, contemplando a resolução 196/96.

Recomendações:

O estudo será conduzido com residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFPE, que deverá receber uma cópia do artigo resultante desta pesquisa, como informado no TCLE. Seria interessante a apresentação de uma carta de ciência com a pesquisa, do responsável pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFPE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentar carta de anuência do responsável pelo programa de residencia em Saúde da Família e Comunidade da UFPE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências foram atendidas. O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

SAO PAULO, 05 de Abril de 2012

Assinado por:

José Osmar Medina Pestana

ANEXO 3 – PLANO DE ENSINO- APRENDIZAGEM DO MÓDULO INICIAÇÃO À DOCÊNCIA DE 2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DAPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Plano de Ensino-Aprendizagem - 2011

Módulo: Iniciação à Docência

Colaboradores:

- do 2º ano - Residentes
- Residentes do 1º ano -
- - Preceptores
- - Professor
- - Professora colaboradora
- Outros convidados a partir de temas de discussão

Carga Horária:

- 50 horas/ano: atividades presenciais em grupo
- A partir de 64 horas/ano: atividades práticas em sala de aula e comunidade

Ementa

Iniciar os médicos residentes em um processo de formação docente numa perspectiva reflexiva da ação pedagógica pautadas em uma atitude crítica e colaborativa coerentes com as mudanças dos pressupostos da ciência, educação e saúde.

Objetivos

1. Conhecer e discutir o processo histórico e epistemológico das mudanças na educação médica.

2. Conhecer e aplicar estratégias de ensino aprendizagem coerentes com os novos pressupostos da educação considerando as peculiaridades da educação e prática médica.
3. Desenvolver a habilidade de refletir sobre o próprio aprendizado e ação pedagógica pautadas em uma atitude crítica e colaborativa.
4. Facilitar a apropriação dos saberes específicos da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da experiência de ensino

Saberes e Competências em construção

Saberes Pedagógicos: tem por objetivo o desenvolvimento de saberes para a reflexão, ordenação, sistematização e crítica do processo educativo. Incorporam os saberes didáticos referentes ao processo de ensino-aprendizagem, metodologias e técnicas ensino e aprendizagem aplicadas em situações práticas e nos contextos de ensino em que ocorrem.

Saberes Técnico-Assistenciais: saberes relacionados ao próprio processo assistencial que farão parte do conteúdo programático a ser apreendido pelos educandos e aperfeiçoado pelos educadores.

Saberes da Experiência: caracterizam-se por serem originados na prática cotidiana da profissão, sendo validados pela mesma, podem refletir tanto a dimensão da razão instrumental que implica num saber-fazer ou saber-agir tais como habilidades e técnicas que orientam a postura do sujeito, como a dimensão da razão interativa que permite supor, julgar, decidir, modificar e adaptar de acordo com os condicionamentos de situações complexas (que dizem do modo como nos apropriamos do ser professor em nossa vida). Therrien (1995) surge como núcleo vital do saber docente, a partir do qual o(a)s professor(a)s tentam transformar suas relações de exterioridade com os saberes em relações de interioridade com sua própria prática. Nesse sentido os saberes da experiência não são saberes como os demais, eles são, ao contrário, formados de todos os demais, porém retraduzidos, “polidos” e submetidos às certezas construídas na prática e no vivido (Tardif et al. (1991),p. 234). Estão relacionados transversalmente aos saberes relacionados anteriormente.

Competências cognitivas: proporcionam ao profissional a capacidade de aprender a aprender, de pensar estrategicamente, de responder criativamente a situações novas e inusitadas e de agir pró-ativamente. O desenvolvimento de tais competências objetiva antecipar-se aos problemas antes que ocorram, visando introduzir melhorias, integrar atividades interdependentes e permitir o domínio de conceitos relacionados a grupos de atividades afins. Tais competências são, nos dias de hoje, fundamentais no exercício da maioria das atividades, uma vez que a complexidade, tanto de equipamentos como das relações requer níveis substancialmente mais elevados de elaboração mental por parte das pessoas.

Competências organizacionais: proporcionam a capacidade de organizar o trabalho, tanto a nível individual como grupal, de acordo com os níveis de importância; de estabelecer métodos próprios de planejamento, execução e controle dos próprios processos de trabalho; de gerenciar seu próprio tempo e espaço com vistas à otimização das atividades e a supressão de tarefas desnecessárias, eficiência e realização pessoal.

Competências relacionais: diz respeito às relações interpessoais que são estabelecidas com os alunos e outros docentes. “A educação está centrada no diálogo entre aluno e professor, diálogo este que supõe compromisso do profissional consigo mesmo e a sociedade, pois educação nada mais é do que uma prática a serviço do homem no seu meio. Essa atitude pode ser dotada no relacionamento professor-aluno. Atitudes humanas, de compreensão e de confiança por parte do professor em relação a seus alunos (Freire, 1981, p.45). Configuram-se em atitudes capazes de proporcionar níveis adequados de relacionamento entre as pessoas, tais como discutir, em bases positivas, problemas grupais; apresentar idéias que facilitam o entendimento e a solução de problemas de forma simplificada; buscar parcerias com pessoas que tenham objetivos comuns; dialogar, negociar, argumentar e questionar, buscando sempre soluções pautadas na solidariedade e no respeito mútuo. Estas competências levam em conta a questão da qualidade da comunicação entre as pessoas, e são condição básica para que estas compartilhem espaços e possam conviver com civilidade e humanidade.

Competências sociais: estão diretamente ligadas à construção da cidadania e definem-se pela capacidade profissional de estabelecer relações entre as esferas do saber e do social, de transferir conhecimentos e aprendizados experimentados na vida quotidiana para a esfera do trabalho, percebendo com isso sua função no contexto da sociedade na qual está inserido. Essas competências requerem visão crítica da realidade, capacidade de entender a que lógica social as atividades exercidas estão atreladas, capacidade de perceber com clareza o sentido e significado que cada ação tem para si e para a sociedade.

Competências comportamentais: necessárias à manutenção do sentido de totalidade, como espírito de iniciativa diante de situações desafiadoras; atenção seletiva - estabelecendo diferenciação entre fatos importantes e fatos urgentes - motivação, criatividade na busca de soluções novas para situações conhecidas, vontade de aprender, curiosidade e abertura a mudanças.

Conteúdo

1. Mudanças nos pressupostos da Ciência
 - a. Positivismo, fenomenologia, marxismo e complexidade
2. Novos pressupostos da Ciência da Educação
 - a. Pedagogia da autonomia
 - b. Aprendizagem significativa crítica

- c. Pedagogia Rizomática
3. Marcos Históricos das Mudanças da Educação Médica
4. Processo ensino-aprendizagem
 - a. Organização Curricular
 - b. Planejamento no processo ensino-aprendizagem
 - c. Estratégias de aprendizagem
 - d. Avaliação da Aprendizagem
5. Sujeitos e estilos da aprendizagem
6. Professor reflexivo
7. Conteúdo programático de FABS e Internato
8. Conteúdo programático do Núcleo MFC

Metodologia

As atividades presenciais serão desenvolvidas em encontros quinzenais com duas horas de duração através de diversos recursos metodológicos coerentes com a promoção da aprendizagem crítica e colaborativa e a integração dos diversos saberes. Várias estratégias serão utilizadas como exposições dialogadas, estudos de texto, problematização, mapas conceituais, tempestade de idéias, narrativas, fóruns, observação participante entre outras.

O desenvolvimento da prática docente ocorrerá nos mais diversos cenários, priorizando as atividades da graduação em medicina da UFPE, são eles: em sala de aula como tutor (FABS I), na comunidade como preceptor de serviço (Internato, Saúde e Sociedade, FABS I e FABS II).

Avaliação

A avaliação formativa é contínua e mediadora. O foco da avaliação será a aprendizagem do residente mediada pelo professor e por seus pares em um processo dialógico e permanente. Alguns princípios serão destacados:

- Valorização das diferenças individuais, distintas inteligências e estilos de aprendizagem no processo de aquisição e produção de conhecimento;
- Feedback (devolutiva) constante, individual e coletiva ao longo do processo de ensino-aprendizagem
- Valorização do *aprender a aprender* (metacognição e auto-avaliação favorecem o desenvolvimento da autonomia e a manifestação dos estilos de aprendizagem)

Com base neste último princípio, propomos este instrumento para uma reflexão avaliativa dos processos de ensino-aprendizagem do módulo de Iniciação à Docência. A primeira parte é composta por uma avaliação orientada pelos objetivos do módulo, na segunda parte amplia a reflexão para as competências docentes e na terceira parte uma avaliação do curso.

Nos encontros presenciais de avaliação (a cada 4 meses), será feita a partilha e a discussão das reflexões individuais com o grupo, de forma a fundamentar o planejamento do módulo para o próximo período.

CRONOGRAMA

DATAS	PROGRAMAÇÃO
7/2/11	<p><i>Apresentação</i></p> <p>Por que Iniciação à Docência na Residência de MFC?</p> <p>Apresentação da ID (História, Justificativa, Objetivos)</p> <p>Apresentação dos referenciais teóricos</p> <p>Discussão do tema a partir dos saberes da experiência</p> <p>Objetivo de Aprendizagem: <i>Compreender os fundamentos pedagógicos e epistemológicos do processo de ensino-aprendizagem (ênfase nas Diretrizes Curriculares Nacionais no Contexto de Mudanças na Educação Médica)</i></p>
21/2	<p><i>Discussão do OA anterior</i></p> <p>O que aprender para ensinar?</p> <p>Discussão do tema a partir dos saberes da experiência</p> <p>OA: <i>Saberes requeridos para a Formação docente</i></p>
7/3	<i>Feriado de Carnaval</i>
14/3	<p><i>Discussão do OA anterior</i></p> <p>Quais são as estratégias de ensino-aprendizagem segundo o novo paradigma? –</p> <p>Discussão do tema a partir dos saberes da experiência</p> <p>OA: <i>Estratégias de ensino-aprendizagem (ênfase nas desenvolvidas atualmente: tutoria, fórum...)</i></p>
28/3	<p><i>Discussão do OA anterior</i></p> <p>Como avaliar a aprendizagem segundo o novo paradigma? –</p> <p>Discussão do tema a partir dos saberes da experiência</p> <p>OA: <i>Avaliação da aprendizagem (ênfase nas desenvolvidas atualmente)</i></p>
11/4	<p>1ª parte: discussão do OA anterior</p> <p>2ª parte: relato de vivências e reflexões + Narrativa 1</p> <p>OA.:</p>
25/4	<p>1ª parte: discussão do OA anterior</p> <p>2ª parte: relato de vivências e reflexões + Narrativa 2</p> <p>OA.:</p>
2/5	<p>1ª parte: discussão do OA anterior</p> <p>2ª parte: relato de vivências e reflexões + Narrativa 3</p> <p>OA.:</p>
16/5	<p>1ª parte: discussão do OA anterior</p> <p>2ª parte: relato de vivências e reflexões + Narrativa 4</p> <p>OA.:</p>
30/5	<p>1ª parte: discussão do OA anterior</p>

	2ª parte: relato de vivências e reflexões + Narrativa 5 OA.:
13/6	Avaliação 1/3
04/7	Continuação da avaliação e planejamento
18/7	Conclusão da avaliação e planejamento
1/8	Vide cronograma restante em anexo (planejamento de conteúdos construído após a avaliação).
15/8	
29/8	
12/9	
26/9	
10/10	
24/10	
10/11	
21/11	
05/12	
19/12	
<i>02/01</i>	<i>Recesso</i>
09/01	
23/01	Avaliação 3/3

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Morin, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro.* São Paulo : Cortez, 2000.

Morin, Edgar, Motta, Raúl e Ciurana, Êmilio-Roger. *Educar para a era planetária.* Lisboa : Instituto Piaget, 2003.

Santos, Boaventura de Souza. *Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado.* São Paulo : Cortez, 2004.

Freire, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.* São Paulo : Paz e Terra, 1996.

- Anastasiou, Léa das Graças Camargos e Alves, Leonir Pessate.** *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.* Joinville : UNIVILLE, 2006.
- Cunha, Maria Isabel.** *O professor universitário na transição de paradigmas.* 2ª edição. Araraquara : Junqueira & Marin, 2005.
- Alarcão, Isabel.** *Professores reflexivos em uma escola reflexiva.* 6ª edição. São Paulo : Cortez, 2003. Vol. Questões da nossa época 104.
- da Fonseca, Vítor.** *Cognição, Neuropsicologia e Aprendizagem.* São Paulo : Vozes, 2007.
- Maturana, H.R. e Varela, F.J.** *A Árvore do Conhecimento – as bases biológicas da compreensão humana.* Ed. Palas Athena. São Paulo, 2001.
- Kolb, David A.** *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development.* Kolb Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall, 1984.
- Moreira, M.A. e Masini, E.F.S.** *Aprendizagem Significativa – A Teoria de David Ausubel.* Ed. Centauro. São Paulo, 2001.
- Lins, Daniel.** *MANGUE'S SCHOOL OU POR UMA PEDAGOGIA RIZOMÁTICA* *Educ. Soc.,* Campinas, vol. 26, n. 93, p. 1229-1256, Set./Dez. 2005
- FREIRE, P.** *Conscientização, Teoria e Prática da Libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.* 3 ed. São Paulo: Moraes, 1981.
- TARDIF, M.; LESSARD & LAHAYE.** *Os professores face ao saber: Esboço de uma problemática do saber docente.* *Teoria & Educação* nº 4, Porto Alegre: Pannônica, 1991.
- TERRIEN, J.** *Uma abordagem para o estudo do saber da experiência das práticas educativas.* In: *Anais da 18ª Anped*, 1995 (disq.)

Apêndice A - Plano de atividades da ID (2º semestre 2011)

Data	Conteúdo	Respons.	Objetivos	Estratégias	Avaliação	Referências bibliográficas
1/8 OK	1. Iluminismo e o racionalismo (Positivismo, cartesianismo...) 2. Fenomenologia		???	? Trazer situação problema/real ou fictícia	???	Wikipedia TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987
29/8	Dialética (Marxismo) A Ideologia dos cursos de medicina		???	Trazer situação problema/real ou fictícia	???	ROS. M.A. A Ideologia dos cursos de medicina. In Marins, JJN et AL. Educação Médica em Transformação: instrumento para a construção de novas realidades..
12/9	O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social			1. 2. Trazer situação problema/real ou fictícia		CECCIM, FEWERWERKER. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In: Marins, JJN et AL. Educação Médica em Transformação: instrumento para a construção de novas realidades..
26/9	Pedagogia Rizomática		1. Apropriar e vivenciar o conceito de esquizoanálise	1. Leitura de texto e discussão 2. Trazer situação problema/real ou fictícia		Lins, D. Mangué's School... Fred 04, Manifesto Mague Revista Pensamento – Deleuze (Docência como ato de craiç~ao) Rolnik, Sueli. Cartografia do desejo

			2. Refletir sobre a relação com nossa prática			Saber militante
10/10	Avaliação da aprendizagem		Construir proposta de avaliação			Luckesi. Avaliação da aprendizagem escolar. Q capítulos? Fernando Menezes
07/11	Avaliação do desenvolvimento das atividades na graduação (FABS I etc)	Residentes, preceptores e coordenadores				
28/11	Reunião ampliada sobre a inserção e o desenvolvimento das atividades na graduação	Estudantes, residentes, preceptores e coordenadores				
12/12	Aprendizagem significativa crítica ou subversiva Pedagogia da autonomia			1. 2. 2. Trazer situação problema/real ou fictícia		Moreira, M. A. (2000). Aprendizagem significativa crítica. Atas do III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, pp 33-45., com o título original de Aprendizagem

						significativa subversiva http://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigcritport.pdf FREIRE, P. Pedagogia da autonomia
26/12	Sujeitos e estilos da aprendizagem			1. Trazer situação problema/real ou fictícia		TOBIAS, Como as crianças aprendem
09/01	<ul style="list-style-type: none"> Continuação Materialismo dialético 					TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987
23/01	Complexidade			3. 2. Trazer situação problema/real ou fictícia		MINAYO, M. C.S. Caminhos do pensamento – Epistemologia e método.. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Morin
06/02	Avaliação da ID	Todos				
20/02	Planejamento 2012	Todos				

ANEXO 4 – PROJETO POLÍTICO
PEDAGÓGICO DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**Programa de Residência Médica em Medicina de
Família e Comunidade**

Projeto Político Pedagógico

Residimos

O saber tão poderoso!....
Como pão compartilhado.
Todos os castelos e capas...
Ao chão em frangalhos.

Mãos dadas, peitos em sintonia, ombro a ombro,
Olhos humildes, convictos e guerreiros,
Construindo a proximidade da Paz,
Aquela que só irmãos conhecem.

Seremos mulheres-homens-mulheres,
Crianças experientes, Velhos sonhadores.
Degustaremos vários mundos,
Revolucionando este cosmo.

Os olhares de tristeza fatalista
Arruinar-se-ão ao canto coletivo de liberdade cidadã,
Melodia que há tanto ecoa na balada do condor.

Lançaremos no ar da lua, da graça do vôo sem volta:
O sonho.
Ter medo é um privilégio dos que vão
Os espelhos não se quebram sozinhos
Nunca ficaremos sós.

Poema do ser médico e mudar o mundo Alfredo, Izaías

Apresentação

Este documento apresenta o Projeto de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade - PRMMFC, proposto pelo Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde – CCS da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, em Parceria com a Prefeitura da Cidade do Recife. Foi construído pelos docentes e discentes da Universidade com base nos documentos de referência do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC e na experiência acumulada pela gestão acadêmica do Curso Médico da UFPE. Após breve contextualização apresenta elementos conceituais de suporte, proposta metodológica de ensino em serviço, equipe docente, articulações com o ensino da graduação na universidade e com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde da UFPE.

Contexto

Nacional

Ao completar 20 anos de criação, o Sistema Único de Saúde reúne grandes avanços, como política pública que pretende atender aos princípios garantidos pela Constituição Federal de 1988. A extensão de sua abrangência dos trabalhadores formais e contribuintes previdenciários para todos os cidadãos brasileiros atendendo aos ditames da universalidade, a ampliação da oferta de serviços de média e alta complexidade orientada a partir das necessidades de grupos mais prevalentes e impactantes epidemiologicamente, em resposta aos princípios da equidade, e por fim, a reorientação do modelo assistencial, outrora puramente curativo, para um sistema de desenvolva ações articuladas de promoção e prevenção em busca da integralidade, com forte ênfase na Atenção Básica à Saúde, são alguns desses avanços.

Esta reorientação do modelo assistencial tem na Estratégia de Saúde da Família – ESF seu eixo principal. Ao completar 14 anos de criação do Programa Saúde da Família, esta estratégia cobre grande parte do território nacional e da população geral, mais prioritariamente as populações menos assistidas. Conta hoje com quase 30000 equipes, em todo o país, e é a estratégia responsável pela redução dos indicadores epidemiológicos e sociais extremamente relevantes como a mortalidade infantil.

Com financiamento público garantido pelas linhas de financiamento dos três entes federados, a continuidade da reorientação do modelo assistencial, imprescindível para a busca da integralidade, esbarra em outro problema. Os modelos de formação

tradicionais dos profissionais de saúde, majoritariamente hospitalocêntricos, curativos, centrados no pensamento biomédico e fragmentados são responsáveis por profissionais que não se adequam a necessidade da ESF.

Nos últimos anos várias iniciativas foram empreendidas com o intuito de dirimir ou sanar esta problemática. Medidas de cunho mais estruturantes e com perspectivas de impacto futuro foram dirigidas, inicialmente a formação dos médicos, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, e posteriormente o PROMED (Programa de Incentivo à Mudança Curricular no Curso de Medicina). Em seguida expandida às outras profissões com o PRO-Saúde que concentra seus esforços na qualificação da Atenção Básica.

Várias iniciativas de Educação Continuada e Permanente também foram desenvolvidas com objetivos de mais curto prazo como as especializações de saúde da família formuladas e implementadas inicialmente pelos Pólos de Capacitação de Saúde da Família e as Especializações em Modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Com a implantação destes projetos e com o desenrolar dos processos de reforma dos cursos da graduação novos desafios se impõem. O perfil de professores começa a se mostrar como um nó crítico para os processos de mudança assim como seu modelo de formação docente. Como elemento estratégico deste modelo a residência médica necessita ser repensada. Não apenas readequada às necessidades de saúde da população em termos de demanda social por especialistas, mas como elo fundamental entre a graduação e a pós-graduação *strito sensu*. Neste cenário é que se impõe o desenvolvimento de novos modelos de formação profissional e docente, voltados para o complexo contexto de atuação profissional da atualidade, que permitam um permanente aprendizado e constante co-produção da política pública de saúde.

Nordeste

O Nordeste brasileiro é a região com os piores indicadores epidemiológicos e sociais do país. A ESF vem se desenvolvendo com grande velocidade em todos os estados da região estando perto de atingir níveis desejados de cobertura assistencial e qualificação profissional da rede em algumas cidades e estados.

Porém a expansão da cobertura e a eficácia das ações de atenção básica também esbarram em problemas relacionados à formação de profissionais de saúde. Em áreas de difícil provimento e fixação de profissionais, que na região nordeste podemos identificar como o semi-árido, a periferia das grandes metrópoles, os assentamentos da

reforma agrária, os distritos sanitários indígenas e as comunidades remanescentes de quilombos, o problema é mais grave.

Na ocasião da fundação deste programa a região nordeste contava com apenas quatro cursos de Residência Médica em Saúde da Família, credenciado pela CNRM - na Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, na Universidade Federal do Ceará - UFC, na Universidade Federal de Alagoas e no Município de Vitória da Conquista na Bahia. A necessidade de profissionais para a rápida expansão da saúde da família experimentada nos últimos anos tem sido, em parte, suprida pelas Especializações em Saúde da Família (em todos os estados) e pelas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (Sobral), estas ainda não regulamentadas pela CNRM. Ambas as iniciativas demandam profissionais melhores formados com especialização em serviço, cujo consenso nacional aponta para a residência médica como estratégia prioritária.

As ações estruturantes de mudanças na graduação que também avançaram muito nos últimos anos, na região, também esbarram na falta de profissionais e a resistência interna nos colegiados acadêmicos, dada a falta de qualidade de atenção a saúde e de ensino nos espaços de aprendizado aumenta paulatinamente.

Pernambuco

O estado de Pernambuco albergou na década de 70 uma experiência de formação em atenção básica como estratégia de educação permanente. O projeto Vitória, anterior ao SUS, foi contemporâneo das primeiras experiências de formação em Medicina Geral Comunitária, termo usado na época. Ao contrário das residências do Murialdo, Grupo Hospitalar Conceição e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, não conseguiu permanecer ativo até os dias atuais.

Atualmente conta com três cursos de medicina, em escolas públicas e um em escola privada, em intenso processo de reformulação curricular com inserção de estudantes nas atividades da Atenção Básica desde os primeiros períodos até o Internato do curso de graduação. As duas escolas médicas públicas da capital, a UFPE e a UPE (ambas participantes do PROMED e PRO-Saúde) participam ativamente da formação dos profissionais da rede da capital, Recife.

A UFPE conta com quase todos os cursos da área de saúde reconhecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, já a UPE conta com os cursos de graduação em Medicina, Educação Física, Odontologia e Enfermagem. Ambas detêm reconhecido acúmulo na área de Extensão Universitária, em especial, na área da saúde.

Recife e Região Metropolitana

A cidade de Recife está inserida em uma região metropolitana com outros 12 municípios, dos quais recebe boa parte a referência especializada em saúde. É a sede das duas escolas médicas do estado e nos últimos oito anos vem passando por uma grande transformação de seu modelo assistencial com uma expansão de mais de cinco vezes da rede de atenção básica (27 equipes para 240 equipes).

A região metropolitana do Recife – RMR concentra metade da população do estado e possui algumas áreas de grande densidade demográfica. Com grandes desigualdades sociais, a RMR tem conseguido reduzir alguns indicadores epidemiológicos e sociais, mas alguns problemas ainda persistem. A região enfrenta uma epidemia de Dengue, de Filariose e ainda podemos encontrar uma prevalência significativa de Tuberculose e Hanseníase, por exemplo.

Recife é a capital do nordeste que possui o maior número de programas de pós-graduação, tanto stricto quanto lato sensu. As residências médicas e de enfermagem e nutrição são todas de enfoque hospitalar a exceção das residências de Medicina Preventiva e Social do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPQAM, órgão da Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ e da Universidade de Pernambuco.

UFPE

Fundada em 1946, a Universidade Federal de Pernambuco está entre as melhores instituições de ensino superior da região Norte/Nordeste do Brasil, de acordo com avaliações do Ministério da Educação.

Os cursos oferecidos pela UFPE estão distribuídos em dez centros acadêmicos, relacionados em quatro áreas de conhecimento. Juntos, os centros reúnem 67 departamentos, aos quais estão vinculados os cursos de graduação e de pós-graduação

São 108 cursos de pós-graduação, entre especializações, mestrados e doutorados, atendidos pela Propesq - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Também são oferecidos cursos de extensão, através da Pró-Reitoria de Extensão, em diversas áreas do conhecimento.



Campus universitário

Na área de pesquisa e de pós-graduação, a UFPE também é bem avaliada, possuindo a 7ª melhor produção científica nacional entre as universidades federais. Está ainda em 7º lugar entre todas as instituições brasileiras, de acordo com o Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

No ano de 2004 a Universidade Federal de Pernambuco conta com mais de 25.000 alunos matriculados, sendo 20.500 dos cursos de graduação, 2.484, dos cursos de especialização, 2.489, dos mestrados e 1.199, dos doutorados. Há, ainda, 389 alunos do Colégio de Aplicação, que oferece ensino médio.

O quadro de professores é formado por 1.647 docentes efetivos. Desse total, 980 têm título de doutorado e/ou pós-doutorado, 451 de mestrado, 100 de especialização e 116 possuem apenas a graduação.



Possui um Hospital Universitário certificado pelo Ministério da Educação e da Saúde e contratualizado ao SUS, em cumprimento da portaria interministerial 1000 de 2004.

O Centro de Ciências da Saúde – CCS possui 7 dos 14 cursos reconhecidos pelo Conselho Nacional de Educação (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Farmácia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia) outros dois cursos estão sediados no Centro de Ciências Sociais Aplicadas (Psicologia e Serviço Social).

O Centro de Ciências da Saúde - CCS - foi criado em 1976 com a fusão de várias escolas superiores do Recife. No campo da pesquisa científica, destacam-se as investigações nas áreas de transplantes e de patologias regionais, relacionadas à fome crônica e à desnutrição. Destaque para o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Filariose (Nepaf), reconhecido como centro internacional de treinamento. O CCS participa da seleção e da capacitação de profissionais para atuar em programas de saúde da família e criou há alguns anos o Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI).

Departamentos

- Cirurgia
- Clínica e Odontologia Preventiva
- Educação Física
- Enfermagem
- Ciências Farmacêuticas
- Fisioterapia
- Materno Infantil
- Medicina Clínica
- Medicina Social
- Medicina Tropical
- Neuropsiquiatria
- Nutrição
- Patologia
- Prótese e Cirurgia Buco Facial
- Terapia Ocupacional

O Núcleo de Saúde Pública (NUSP), órgão suplementar ligado a Reitoria da UFPE é uma interface de Pesquisa e Extensão importante da Universidade com o SUS e a sociedade. Desenvolve entre outras ações consultorias de gestão a municípios do agreste pernambucano orientadas pelos conceitos de promoção da saúde expressos nos projetos dos municípios saudáveis. Este projeto é apoiado pela Japanese International Cooperation Agency – JICA.

Uma outra iniciativa nesta direção foi o Programa Integrado de Pós-graduação sensu stricto em Saúde Coletiva (PIPASC) que teve origem na convergência de afinidades de duas unidades funcionalmente distintas do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE: o Departamento de Medicina Social (DMS) e o Núcleo de Saúde Pública (NUSP). O primeiro é um dos 15 Departamentos que integram o CCS e o último, teve a sua estruturação respaldada por convênio da UFPE com a JICA .

As potencialidades do DMS para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão somaram-se às do NUSP para a criação do PIPASC em 1998.

O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva nesses sete anos tem procurado alcançar os objetivos que nortearam sua criação, quais sejam:

- 1- Proporcionar formação especializada de profissionais da saúde e de áreas afins, para atuarem na docência, nos serviços de saúde e na pesquisa no campo da Saúde Coletiva;
- 2- Produzir conhecimentos técnicos e científicos que contribuam para a intervenção eficaz sobre os problemas sanitários da região;
- 3- Fomentar a cooperação técnica entre a Universidade e outras instituições vinculadas ao equacionamento dos problemas de saúde da população.

Atualmente os estudantes de medicina desempenham atividades de ensino aprendizagem na rede de atenção básica de Recife no 1º,3º,4º períodos e no internato. Um dos maiores, senão o maior, problema enfrentado hoje na gestão acadêmica do curso é a falta de profissionais qualificados para atenção e mais ainda para o ensino. As especializações em saúde da família têm tentado resolver estes problemas, mas ela mesma demanda profissionais com formação especializada em Medicina de Família e Comunidade para as atividades práticas e supervisão em serviço.

Integralidade e a Residência em Medicina de Família e Comunidade

Além de um dos princípios do SUS, garantidos na Constituição Federal de 1988, a Integralidade é um conceito amplo utilizado para analisar e propor inovações nas práticas de saúde. Aplicado à educação na saúde ajuda a pensar as relações entre os processos formativos e o trabalho em saúde.

Alguns autores apontam como um dos entraves para o sucesso dos modelos assistenciais a desarticulação entre as ações de prevenção e promoção a saúde e as práticas assistenciais, e ainda a distância entre os espaços de formulação de políticas públicas e o universo das práticas de cuidado.

A integralidade propõe para a residência em saúde um desafio polissêmico. Uma residência integrada é proposta como um processo formativo integrado entre as profissões de saúde, entre o aparelho formador ou a academia e a rede assistencial e entre a atenção e a gestão. Este projeto apresenta a modalidade Residência Médica em

Medicina de Família e Comunidade, mas introduz a discussão sobre a necessidade de se pensar o aprendizado em serviço integrado entre as profissões.

A UFPE aguarda as resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde sobre as competências específicas de cada área e sobre as possibilidades de aprendizado compartilhado, para propor as outras modalidades relacionadas a Atenção Básica.

Como extensão aos conceitos apresentados na literatura da Saúde Coletiva propõe uma integração também entre as ações, já descritas de Gestão, Atenção à prática de pesquisa e produção de conhecimentos aplicados às reais necessidades de saúde da população e às necessidades de gestão do SUS.

A Medicina de Família e Comunidade se anuncia como a especialidade médica da integralidade. Esta é uma afirmação do documento da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, entidade que apóia o Ministério da Saúde na expansão das residências médicas em MFC.

A formação em Medicina da Família e Comunidade existe no Brasil desde a década de 1970, nesta época sob a denominação de Medicina Geral Comunitária. Mas apenas na década de 1990 as entidades médicas brasileiras reconhecem-na como especialidade médica. Este dado mostra a hegemonia do pensamento curativo que permeia a prática médica.

A rápida expansão inicial do Programa Saúde da Família não contou com médicos especialistas em MFC. A maioria dos médicos que foram responsáveis pela implementação do programa em todo o Brasil eram profissionais recém formados ou especialistas em outras áreas aposentados.

A SBMFC tem direcionado suas ações para a participação na política pública de saúde, permeando seus congressos científicos com debates políticos e técnico gerenciais sobre o SUS e os modelos de atenção a saúde. Estas iniciativas têm gerado um importante acúmulo reconhecido pelo Ministério da Saúde através do convite à SBMFC para participar da formação de preceptores e apoiar o processo de expansão das residências em todo o país.

Justificativa

Frente ao contexto apresentado o presente projeto justifica-se pela necessidade de:

4. expansão da cobertura assistencial do Saúde da Família em Recife e sua Região Metropolitana;
5. de qualificação da atenção;

6. de formação pedagógica da rede e conseqüente potencialização da iniciativas de formação acadêmica graduada e pós graduada;
7. do desenvolvimento de linha de pesquisa de relevância para o SUS;
8. de aproximação da Universidade com o SUS;
9. da integração entre os processos de formação especializada já em desenvolvimento e as iniciativas de interiorização do trabalho em saúde.
10. da inovação no modelo de formação docente e pesquisa em educação médica.

Organização e Desenvolvimento do Programa

Distribuição horária de atividades

Primeiro Ano

Durante o R1 os residentes estarão inseridos na rede de atenção básica de Recife e como médicos do programa de saúde da família durante 11 meses, cumprindo assim 40h semanais. As 20h restantes exigidas pela CNRM serão dedicadas a atividades de reflexão teóricas, pesquisa, formação docente, e plantões nos serviços de retaguarda de níveis secundário e terciário.

Sua áreas de abrangência deve cobrir aproximadamente 500 famílias e, no mínimo 1, no máximo 3 micro-áreas. Preferencialmente a área coberta pelo residente deve ser formada por áreas contíguas e de intersecção entre as equipes fixas.

Cálculo de carga horária:

48 semanas X 60h semanais = 2.880 h

Distribuição de atividades do primeiro ano:

ATIVIDADE	Distribuição Percentual das 2880 h/ anuais em 48 semanas
Consultório de MFC	≥ 40% (24 h/sem ou 1.152 h/ano)
Atenção domiciliar	≥ 13,3% (8 h/sem ou 384h/ano)
Grupos Terapêuticos	≥ 13,3% (8 h/sem ou 384h/ano)
Teóricas	≥ 13,3% (8 h/sem ou 384 h/ano)

Plantões	≥ 20% (12 h/sem ou 476 h/ano)
-----------------	--------------------------------------

Adaptado do documento da SBMFC

Segundo Ano

Durante o R2 os residentes estarão complementando a sua formação nos estágios a seguir e permanecem com 5 turnos semanais na USF a serem definidos em pactuação com as ESF:

- Saúde da Mulher – Maternidade e ambulatório especializado do HC UFPE, e serviços de atenção à saúde da mulher dos municípios conveniados (8 semanas – 480h);
- Saúde da Criança e do Adolescente – Berçário e ambulatório especializado do HC UFPE, e serviços de atenção a saúde da criança dos municípios conveniados (8 semanas – 480h);
- Saúde do Homem e do Idoso – Enfermarias e ambulatórios especializados do HC UFPE, no Núcleo de Atenção ao Idoso CCS UFPE e serviços de atenção a saúde do adulto dos municípios conveniados (12 semanas – 720h);
- Saúde Mental – Serviços substitutivos e de reintegração social dos municípios parceiros e outros serviços (8 semanas – 480h);
- Estágio Integrativo – Estágio em práticas integrativas na Unidade de Cuidados Integrativos – UCIS Prof. Guilherme Abath (4 semanas – 240h);
- Estágios Estratégicos – Este período do segundo anos será dedicado ao aprimoramento prático em outras áreas de difícil fixação de profissionais como os assentamentos da reforma agrária e distritos sanitários indígenas (4 semanas – 480h).

Atividades Teóricas

As atividades teóricas correspondem de 10 a 20% da carga teórica de cada estágio e os conteúdos e competências correspondentes, tanto às atividades teóricas quanto práticas, estão relacionadas a seguir. São construídos a partir do documento de referência da SBMFC e seus conteúdos serão coordenados/ministrados pelo Departamento de Medicina Social CCS UFPE e pelo Núcleo de Educação Permanente da UFPE.

Núcleo da Medicina de Família e Comunidade – Terças 17:30h – 19-30h. Discussão de Casos, Construção de Projetos Pedagógicos Singulares.

Estudo de Casos em Ambiente Interdisciplinar – Quartas 8-10h – Apresentação de Casos e Discussão Integrada às Atividades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Formação Docente

Face a problemática apresentada o PRMMFC-UFPE se propõe como uma estratégia qualificada de Formação Docente. Os residentes acompanham e participam da formulação, gerenciamento e execução do Módulo Interdisciplinar de Fundamentos da Atenção Básica e do Internato em Saúde Coletiva I (Atenção Básica).

As atividades docentes são acompanhadas em encontros periódicos com supervisão especializada em Educação Médica, sob a responsabilidade da Profa. Regina Monteiro e do Preceptor e Coordenador do Programa Dr. Vitor Hugo.

Carga Horária:

Encontros de Problematização e Aprofundamento Teórico
24 encontros quinzenais de 2h ao longo do programa
Total=48x2=96h

Atividades de prática docente
40h por semestre de atividades em sala de aula
Total=40x4=160h

Carga Horária TOTAL=256h

Concepção Pedagógica, Supervisão e Avaliação

Orientação pedagógica

A RMMFC da UFPE utilizará como princípio metodologias ativas de aprendizado, orientadas pelo cotidiano do trabalho em saúde. Todas as iniciativas pedagógicas devem estar voltadas para a construção de autonomia profissional e científica. A RMMFC-UFPE utilizará estratégias de supervisão em ato, remota, e o apoio integrado interdisciplinar

como estratégias de supervisão, dando prioridade para a supervisão em ato como recomenda a SBMFC.

A orientação político pedagógica do programa busca os pressupostos da Educação Rizomática como segue:

Uma pedagogia rizomática, que tem como axioma primordial uma *ciência nômade* ou itinerante está inserida na ética e na estética da existência, na imanência, pois, como vida e emerge como pura resistência, puro dever. Eis um dos eixos do projeto de uma escola inserida numa dinâmica do rizoma: resistir, infectar e vitalizar o instituído. Numa pedagogia nômade os saberes tornam-se *sabores* porque permitem as inteligências aceder a um universo outro. Os saberes como *sabores* não mudam a realidade finita dos homens, mas atribuem ao "incompreensível" uma realidade artística, criadora. *MANGUE'S SCHOOL OU POR UMA PEDAGOGIA RIZOMÁTICA* DANIEL LINS *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 26, n. 93, p. 1229-1256, Set./Dez. 2005

O protagonismo da residente passa a ser uma categoria central de organização curricular orientada pelo cuidado e pela prática nas USF. Para dar sentido a esta construção propões a Construção de Projetos Pedagógicos Singulares, parafraseando a idéias dos Projetos Terapêuticos Singulares proposto por Gastão Wagner (1997). Como observa Mehry, 1996 a perspectiva cuidadora é uma dimensão perdida da formação e prática em saúde. Propõe-se então que o Cuidado seja o elemento orientador do currículo e dos projetos pedagógicos que se constróem para dar conta dos processo e fluxos necessários.

Supervisão

Atualmente o programa conta com todos os preceptores formados em Programa de Residência Médica e Capacitados pelo Programa de Capacitação Oferecidos pela SBMFC. A Supervisão em Ato se dá em tempo integral nas USF.

O exercício da preceptoria pode ser compartilhado entre as equipes preceptoras da unidades mutuamente e ainda pode ser programada com professores da UFPE e profissinais da rede municipal de saúde.

Avaliação

A RMMFC-UFPE utiliza metodologias de avaliação participativa e emancipatória. Com participação de residentes, docentes e preceptores, gestores, e usuários. As iniciativas de avaliação devem ser condizentes com as metodologias de ensino-aprendizagem proposta anteriormente. Ou seja, devem contribuir para a construção de autonomia científica e clínica dos residentes.

Deverão ser avaliados permanentemente o modelo pedagógico, as estratégias metodológicas empregadas, o processo de aprendizagem dos residentes, os docentes e preceptores, a gestão, as condições de trabalho da rede e a participação social dos usuários.

Todos os requisitos de avaliação propostos pela CNRM deverão ser contemplados, os residentes devem apresentar uma monografia de conclusão do curso, que pode estar articulada ao Mestrado Profissionalizante descrito adiante.

Equipe Docente e a Formação de Preceptores

Preceptores do Projeto:

- Prof. Oscar Bandeira Coutinho Neto, médico, mestre em Saúde Pública e coordenador do curso de Medicina da UFPE;
 - Dr. Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida, médico de família e comunidade pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – Centro de Saúde Escola Murialdo – RS;
 - Dr. Vitor Hugo Lima Barreto, médico de família e comunidade pela UFPE;
 - Dra. Carla Rezende, médica de família e comunidade pela UFPE;
 - Dr. Gustavo Sérgio Godoy Magalhães, médico de família e comunidade pela UFPE;
- 8) Prof. Clésio Cordeiro de Sá Leitão, mestre em Medicina Clínica professor do Depto de Medicina Clínica UFPE;

Modelo de gestão do PRMFC

O modelo de gestão do PRMFC segue a busca democrática de atuação entre os serviços, a academia e a gestão governamental dentro do Núcleo Colegiado de Gestão Compartilhada, formado pelas representações da secretaria de saúde do Recife do(s) coordenador(es) e dos preceptores do PRMFC, de representante da COREME HC, representante do CCS UFPE e de representantes residentes. As relações de poderes terão equidade com voto proporcional e universal entre as quatro representações (serviço, docentes, residentes, e gestão municipal). Tal núcleo será a primeira e principal instância deliberativa do PRMFC.

A coordenação político-pedagógica do núcleo é atribuição do Departamento de Medicina Social da UFPE, instituição proponente deste projeto para a Comissão Nacional de Residência Médica e para o Ministério da Saúde.

Para prover as decisões do núcleo e administrar PRMFC disponibilizaremos de uma coordenação eleita anualmente, uma secretaria e uma equipe de comunicações. Para a avaliação será disponibilizado uma tríade supervisora, para o acompanhamento pedagógico além das visitas da CNRM e da SBMFC disponibilizaremos uma equipe supervisora, para cada área de conhecimentos teremos um supervisor direto.

Referências Bibliográficas.

Brasil, Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises / organizado por André Falcão et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 460p.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas PROMED. Brasília – DF, 2002. 40 p.

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

SAUL, Ana Maria, Avaliação Emancipatória. São Paulo: Cortez, 1991, pp. 7-71.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Documento de Referência para Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Sítios Consultados:

www.datasus.gov.br – informações do CNES

www.mec.gov.br – informações sobre os programas de RM

ANEXO 5 – MATRIZ DE AVALIAÇÃO DO MÓDULO INICIAÇÃO À DOCÊNCIA DO PRMFC/UFPE

A avaliação formativa é contínua e mediadora. O foco da avaliação será a aprendizagem do residente mediada pelo professor e por seus pares em um processo dialógico e permanente. Alguns princípios serão destacados:

- Valorização das diferenças individuais, distintas inteligências e estilos de aprendizagem no processo de aquisição e produção de conhecimento;
- Feedback (devolutiva) constante, individual e coletiva ao longo do processo de ensino-aprendizagem
- Valorização do *aprender a aprender* (metacognição e auto-avaliação favorecem o desenvolvimento da autonomia e a manifestação dos estilos de aprendizagem)

Com base neste último princípio, propomos este instrumento para uma reflexão avaliativa dos processos de ensino-aprendizagem do módulo de Iniciação à Docência. A primeira parte é composta por uma avaliação orientada pelos objetivos do módulo, na segunda parte amplia a reflexão para as competências docentes e na terceira parte uma avaliação do curso.

No próximo encontro presencial, será feita a partilha e a discussão das reflexões individuais com o grupo, de forma a fundamentar o planejamento do módulo para o próximo período.

- 1) Sobre os objetivos...
 - a. “Conhecer o processo histórico e epistemológico das mudanças na educação médica”, o que você aprendeu sobre este tema? Como você percebe esse conhecimento na sua prática educativa hoje?
 - b. “Conhecer e aplicar estratégias de ensino aprendizagem coerentes com os novos pressupostos da educação considerando as peculiaridades da educação e prática médica”, o que você aprendeu sobre este tema? Como você percebe esse conhecimento na sua prática educativa hoje?
 - c. Como você tem percebido o desenvolvimento da habilidade de refletir sobre a própria ação pedagógica durante o módulo de Iniciação à Docência? Quais foram os ganhos, resistências e desafios nesse processo?
- 2) Sobre as competências docentes,
Como você se avalia em relação à...
 - ...articulação do conteúdo teórico com situações do cotidiano?

- ...iniciativa e criatividade diante de situações desafiadoras?
- ...ao planejamento e desenvolvimento das atividades educativas?
- ...construção da avaliação da aprendizagem?
- ...organização do trabalho docente, dos meus processos educativos e gerenciamento do tempo?
- ...assiduidade e pontualidade?
- ...relação professor-estudante (competências relacionais pautadas na solidariedade e respeito mútuo)?
- ...análise crítica da lógica social (significado de toda ação para si e para a sociedade)?
- ...prática reflexiva e crítica com o estudante e consigo mesmo?

3) Sobre o desenvolvimento do curso,

Como você avalia...

- a. *os encontros presenciais quinzenais?*
- b. *à distância (AVATIS)?*
- c. *a atuação dos docentes responsáveis pelo módulo?*
- d. *a atuação dos colegas?*
- e. *O que incentivar e continuar fazendo?*
- f. *O que fazer diferente?*
- g. *Como fazer diferente?*