



UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ

REITORIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

SÍNTESE DO PROJETO DO CURSO DE GRADUAÇÃO
EM MEDICINA COM RESPECTIVO PROJETO
POLÍTICO PEDAGÓGICO

Chapecó(SC), 2005

1. REFERENCIAIS PARA A CRIAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

1.1 6.1 Um olhar sobre o processo de mudança curricular na Educação Médica¹

6.1.1 O contexto das mudanças

Em nossa sociedade, a educação universitária tem sido revisitada, nas diversas áreas do saber, devido à percepção de algumas de suas peculiaridades, que tendem a favorecer a alienação do estudante e fazer com que a universidade não forneça nem a formação adequada para o desenvolvimento de certas habilidades profissionais, nem o profissional adequado para as necessidades do país (GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2004).

Entre estas peculiaridades estão: o descompasso entre a organização educacional e a estrutura produtiva, que gera a formação de mão-de-obra que não corresponde às necessidades do país; a fragmentação do saber; o divórcio entre saber e fazer, conhecimento e ação e universidade e realidade; a falta de integração entre os diversos saberes e da promoção dos diferentes potenciais humanos; e, a pouca consideração à cultura e às condições psicossociais das pessoas envolvidas nos processos de ensino-aprendizagem (BOHOSLAVSKY, 1983; D'AMBRÓSIO, 1996; FREIRE, 1987).

Em função disto, no caso da profissão médica, desde o final dos anos sessenta, diversos países, entre eles, Canadá, Países Baixos e Austrália, iniciaram o processo de reforma na educação dos profissionais de saúde, visando adequá-la às novas necessidades profissionais e demandas de saúde da população.

O modelo de educação de um determinado país é determinado por seu contexto histórico-político. No caso do Brasil, o modelo flexneriano começou a ser incorporado no ensino médico, principalmente, a partir da Reforma Universitária, em 1968. Esse modelo de formação médica vinha ao encontro de um modelo de assistência de maior complexidade, baseado na atenção terciária e consolidou-se no Brasil somente quando se instaurou no País uma política que favorecia interesses internacionais – no caso da Medicina, os interesses de expansão da indústria farmacêutica e do complexo médico-

¹ Texto organizado por Suely Grosseman, Professora doutora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina e contém sínteses encaminhadas para publicação em 2004 (no prelo) e trechos da tese de Grosseman (2001) e do livro de Grosseman e Patrício (2004).

industrial (VERAS, 1983). Como salientado por Tedesco (apud AMARAL, 2002), a reforma ocorreu em toda a América Latina e não foi deflagrada pelas necessidades internas dos países, mas sim por políticas preconizadas por agências internacionais de financiamento. Em se tratando da educação no Brasil, citamos o acordo entre o Ministério de Educação e Cultura (MEC) e a United States Agency for International Development (MACHADO, 1997; AMARAL, 2002).

A proposta do currículo tradicional, elaborada por Flexner, em 1910, para os Estados Unidos, concebia a doença como processo individual, natural e biológico e preconizava o ensino, inicialmente, de um curso básico e, posteriormente, de um profissionalizante, mais focado no estudo de sistemas e órgãos, por disciplinas, segundo especialidades, ministradas de forma independente, tendo como locais estratégicos e de excelência para a implantação do binômio ensino-pesquisa os hospitais universitários (MACHADO, 1997). Flexner também defendia a idéia de que a educação de profissionais de Saúde Pública deveria ocorrer em uma escola exclusiva para essa área, separando assim a Medicina curativa da preventiva.

Neste contexto, o ensino reforçou certas características tradicionais: a fragmentação do saber; a dissociação entre Medicina curativa e preventiva e entre o ciclo básico e o profissionalizante; a falta de integração entre as disciplinas, que eram ministradas por departamentos com lógicas próprias, um grande número de disciplinas de especialidades no ciclo clínico (que, muitas vezes, deveriam ser ministradas, só na pós-graduação) e um excesso de conteúdo a estudar, que resultava na busca do saber a partir das anotações realizadas em sala de aula; a pouca correlação entre conteúdo ministrado e as necessidades de saúde da população; o ensino prático, predominante em ambientes de laboratório ou em hospitais, sem que o estudante tivesse oportunidades de conhecer o sistema de saúde, de forma mais ampla, e de interagir mais efetivamente com a comunidade, conhecer os indivíduos em seus ambientes naturais; a ênfase na busca de objetividade na relação médico-paciente, visando ao diagnóstico e tratamento da doença, com subestimação de conteúdos referentes às dimensões psicológicas e socioculturais do ser humano; e, a supervalorização de equipamentos.

Como resultado, o acadêmico de Medicina, ao sair da universidade, tinha visão biologicista predominante, com tendência a se tornar especialista ou superespecialista, supervalorizando a utilização de exames complementares e equipamentos; necessitava engajar-se em uma residência médica para complementar

seu aprendizado; era pouco hábil para lidar com a complexidade do ser humano, abordando a doença de forma objetiva, com pouca consideração à subjetividade e cultura do doente e tinha conhecimento insuficiente sobre o sistema público de saúde e as reais necessidades de saúde da população e pouco envolvimento e comprometimento com a sociedade.

Ao mesmo tempo, desde a década de 70, já se observava que o modelo assistencial brasileiro não se adequava à realidade sanitária nacional. Era perceptível que o modelo hegemônico neoliberal, com a prática médica baseada nos aspectos curativo-reabilitadores não dava conta de alterar o perfil de morbimortalidade da população brasileira, que o alto custo do modelo assistencial, inviabilizava sua expansão e que a ausência de critérios para compra de serviços de hospitais privados era incompatível com uma ação racionalizadora da rede privada. Estes fatores corroboraram a progressiva perda de qualidade dos serviços prestados pela Previdência Social e a crescente insatisfação em usuários, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde (MENDES, 1999).

Emergiu então, nas instituições acadêmicas, um movimento contra-hegemônico, estabelecendo a base político-ideológica do que viria a se tornar a Reforma Sanitária (MENDES, 1999).

Este movimento fortaleceu-se, a partir da Conferência de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, na qual foi estabelecido o objetivo de conseguir-se "Saúde para todos no ano 2000", entendendo-se que este só poderia ser alcançado se a atenção básica na saúde fosse reorganizada e incentivada na educação profissional e no sistema de saúde, pois o modelo tradicional vinha privilegiando os cuidados de saúde terciários, sendo centrado na doença e no atendimento hospitalar.

O processo de redemocratização do Brasil, iniciado em 1980, fez emergir na discussão política sobre saúde atores sociais com interesses e visões de mundo diferentes, que fizeram com que se delineassem dois projetos político-sanitários: o hegemônico e o contra-hegemônico, traduzido pela Reforma Sanitária (MENDES, 1999). Também nessa época, a discussão sobre a educação médica, que já vinha ocorrendo desde a década de 50, foi intensificada e fortalecida, passando a abranger mais atores sociais envolvidos com o setor saúde, devido à necessidade de um outro referencial na formação médica, que pudesse desenvolver no acadêmico uma visão mais ampla de saúde e mais compatível com as necessidades da população.

O movimento da Reforma Sanitária incorporou, progressivamente, outros segmentos da sociedade e sua luta era direcionada à construção de uma política de saúde que contemplasse, efetivamente, a população e considerasse a descentralização, universalização e unificação, como elementos essenciais (ALMEIDA, 1998).

Após várias tentativas de melhoria na assistência à saúde, o projeto de Reforma Sanitária culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando se obteve consenso entre partidos políticos, instituições públicas de saúde, alguns produtores privados e várias outras instituições, para estabelecimento de um Sistema Único de Saúde, regulamentado pelo Estado. O objetivo principal desse novo projeto de sistema de saúde era torná-lo acessível a todos os cidadãos brasileiros (universalização da assistência à saúde), com a mesma eficiência e eficácia e com crescente participação popular (MENDES, 1999).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado em 1987 e incorporou os princípios da Reforma Sanitária: “universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e política integrada de recursos humanos” (MENDES, 1999).

Em 1988, a Constituição Federal incorporou as diretrizes referidas pela Reforma Sanitária, expressas em lei em 1990 (Brasil, 1990), e os principais mandamentos constitucionais: saúde como direito e dever do Estado, o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social, e o Sistema Único de Saúde (SUS), com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com mando único em cada esfera de governo (MENDES, 1999).

Esta Constituição estabelecia que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deveriam organizar, em regime de colaboração, seus sistemas de ensino, devendo a escola médica formar profissionais, em consonância com as necessidades sociais da população. Mas, a interação insuficiente entre as definições políticas do Ministério da Saúde e o da Educação, em um primeiro momento, manteve o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades de saúde.

6.1.2 A transformação em processo

Em 1990, diversas entidades representativas da Medicina, que vinham discutindo possibilidades de mudanças no ensino médico e lutando por sua concretização, começaram a se articular para trabalhar em prol de uma nova reforma do ensino médico resultando, em 1991, na criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Os objetivos dessa comissão eram avaliar a qualidade do ensino médico para atender às necessidades médico-sociais da população, propor medidas a curto, médio e longo prazos para sanar as deficiências encontradas e criar mecanismos permanentes de avaliação das escolas médicas (CINAEM, 2000).

No processo de avaliação, que durou dez anos, concluiu-se que os médicos formados dominavam cerca de 50% dos conhecimentos que deveriam ter ao término do curso, o que, de certa forma, explicava o fato de a residência médica ter sido incorporada com continuidade natural da graduação (mais de 2/3 dos médicos que se graduam ingressam na residência médica, tendo esta parcela tendência a aumentar), e que não estavam preparados para as demandas de saúde da sociedade.

Entre os fatores prejudiciais na formação, responsáveis por esse contexto, a Comissão confirmou certos aspectos antes mencionados: o modelo biologicista descontextualizado da realidade histórico-social; o pouco contato do estudante com a população; o currículo fragmentado, com dissociação entre o ciclo básico e clínico, sem inter-relação entre disciplinas, com mais ênfase na patologia do que na promoção da saúde, com carga horária excessiva, enfatizando as especialidades que utilizam tecnologia sofisticada; teoria e prática não condizentes com as necessidades de saúde da população; aulas práticas, principalmente, no nível terciário de atenção.

Além disto foi apontado o papel do professor como “repassador” de informações para o estudante, sendo a memorização do caderno o principal meio de estudo para as avaliações, com pouca consideração do professor ao potencial de construção de conhecimentos dos estudantes e a sua aquisição de habilidade e atitudes; falta de preparo dos docentes para lidar com novas metodologias de ensino-aprendizagem; e, baixa produção de conhecimentos, tendo esta como foco principal as áreas especializadas (PADILHA & FEUERWERKER, 2002).

Uma das decorrências do processo de avaliação foi a elaboração da proposta das diretrizes curriculares para a graduação médica, coordenada por uma comissão de especialistas de Medicina, assessores da Secretaria de Ensino Superior do Ministério

da Educação. Essa proposta inicial foi submetida, posteriormente, a um ciclo de debates coordenado pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), do qual participaram as entidades componentes da CINAEM, representantes da Rede Unida, diretores e coordenadores da maioria das escolas médicas e representantes discentes. A proposta resultante foi apresentada pelos conselheiros relatores e aprovada, com pequenas modificações, pelo Conselho Nacional de Educação, em agosto de 2001 (STELLA, 2001) .

Em outubro de 2001, as novas diretrizes curriculares propostas para o curso de Medicina foram homologadas pelo Ministério da Educação (MEC) e instituídas pela Resolução CNE/CES (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

As Diretrizes instituem que as escolas médicas devem educar seus estudantes, visando a torná-los profissionais com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitando-os a atuar, com princípios éticos, no processo saúde-doença, nos diferentes níveis de atenção, com ações de promoção de saúde e prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, na perspectiva de integralidade da assistência, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, em prol da saúde integral do ser humano. Ainda, essas propostas abordam a integração dos conteúdos, interdisciplinaridade, metodologia de ensino-aprendizagem ativa, inserção precoce do estudante na comunidade e integração da escola médica com os serviços de saúde pública e a comunidade (MEC, 2001).

Em paralelo a todo este processo de construção, diversas escolas médicas no País já vinham inovando seu currículo (REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2002). Em muitos casos, a Rede Unida e a Comissão Interinstitucional para Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) tiveram participação ativa na facilitação do processo de transformação. Porém, o movimento foi intensificado, a partir de março de 2002, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED), para promover a implantação das novas diretrizes (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002) nas escolas médicas.

6.1.3 Elementos para o processo de mudanças

O PROMED propunha a elaboração dos projetos calcados em três eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenário de práticas. Cada um destes eixos divide-se

em dois vetores. O eixo orientação teórica tem como vetor 1 a produção de conhecimentos segundo as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e como vetor 2 a adequação da pós-graduação e oferta de educação permanente; o eixo abordagem pedagógica tem como vetor 1 a mudança pedagógica e como vetor 2 a integração ciclo básico/ciclo profissional; e, o eixo cenário de práticas tem como vetor 1 a diversificação de cenários do processo de ensino e como vetor 2 a abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS.

Neste projeto adotamos os eixos propostos, tendo como norte o “ideal preconizado”. A orientação teórica deverá estimular a *produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS*, sendo representada por produção de investigações orientadas às necessidades da atenção básica, sem prejuízo da investigação pura e tecnológica, e com forte interação com os serviços de saúde na área de produção e avaliação de protocolos clínicos, inovações da gestão, análises de custo-benefício, e outras similares.

A abordagem pedagógica deverá centrar-se na relação docente-discente-conhecimento-saúde da população, utilizando metodologias de aprendizagem ativa e *integrando ciclo básico/ciclo profissional, antes vigentes no currículo tradicional*; esta proposta de integração estará embasada pelos princípios da complexidade.

A diversificação de cenários no processo de ensino será constituída de atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, ao longo de toda a carreira, com graus crescentes de complexidade. Durante os dois primeiros anos de graduação, combinam-se atividades multiprofissionais, com experiências de integração, com participação de docentes de áreas básicas e clínicas em, pelo menos, 20% da carga horária. Atividades clínicas desenvolvidas de forma mista entre serviços próprios das IES e unidades comuns e correntes de atenção básica da rede do SUS – majoritariamente ambulatorial, ou em serviços próprios das IES que subordinem suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS – em que se perfaça menos 40% da carga horária. Internato desenvolvido em, pelo menos, 25% na rede do SUS.

6.1.4 Considerações complementares

Neste contexto inovador e de construção de condições concretas para efetivar a formação do profissional da área de saúde, a UNOCHAPECÓ objetiva uma ação protagonista na formação do profissional direcionado a atenção básica, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial àquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica, a partir dos seguintes objetivos: estabelecer, de forma sistemática e auto-sustentável, protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; deslocar o eixo central do ensino médico da concepção exclusiva da enfermidade, incorporando noção integralizadora do processo saúde-doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde; e, favorecer a adoção de metodologia pedagógicas ativas e centradas no estudante, visando prepará-los para a auto-educação permanente em um mundo de constante renovação da ciência.

6.2 Referências bibliográficas

- ALMEIDA ES, CASTRO CGJ, VIEIRA CAL. Distritos sanitários: concepção e organização. Saúde & Cidadania, Volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998
- AMARAL, J.L. Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2002.
- BOHOSLAVSKY, R. Vocacional: teoria, técnica e ideologia. São Paulo: Cortez, 1983.
- BRASIL. Lei nº 8.080, promulgada em 1990.
- CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM, III fase: relatório 1999-2000 / CINAEM. Piccini RX, Facchini LA, Santos RC. orgs. Pelotas: UFPel, 2000.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
- D'AMBRÓSIO, U. Globalização e multiculturalismo. Blumenau: FURB, 1996.
- FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GROSSEMAN, S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. 282f. Tese Doutorado em Engenharia de Produção – Ergonomia. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001

GROSSEMAN S, Patrício Z. 2004. Do Desejo à realidade de ser médico. A educação e a prática médica como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: UFSC, 2004.

MACHADO, M.H. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MEC. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Disponível no site <<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/depart/cgprh/projetos/promed/diretrizes.html>>. Acesso em julho de 2004.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: TEIXEIRA, C. UNGLERT, C.V.S. GREGO, C. ARAUJO, EC. MENDES, E.V, DI VILLAROSA, F.N. PAIM, J.S. CARDOSO, M.R.L. TASCA, R. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p.19-91.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde/Secretaria de Educação Superior. Promed – Programa de incentivo a mudanças curriculares nos curso de Medicina: Uma Nova Escola para um Novo Sistema de Saúde. Disponível no site < http://dtr2001.saude.gov.br/sps/depart/cgprh/projetos/promed/doc_disp.html#>. Acesso em julho 2004.

PADILHA, R.Q.; FEUERWERKER L.C.M. As políticas públicas e a formação de Médicos. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro. 2002, 26 (1). p. 3-4.

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 2002, 26 (S1).

STELLA, R.C.R. Conquista e desafios. Revista brasileira de Educação Médica,. Rio de Janeiro set./out. 2001, 25(3): p. 5.

VERAS, R. P.; RIBEIRO, L.S.; SOUZA LIMA J.C. Notas sobre a evolução da ESCOLA MÉDICA NO BRASIL. Educación Médica Y Salud 1983.17(4). p. 398-413.

6.3 Organização curricular: determinantes do modelo globalizante².

6.3.1 Introdução: elementos do contexto científico

Em oposição ao currículo tradicional, a LDBEN 9394/96 propõe a organização curricular a partir de processos integrativos.

² Texto produzido por Léa das Graças Camargos Anastasiou, Professora Doutora pela FEUSP em Didática; pesquisadora e consultora em Processos de Profissionalização Continuada de Docentes da Educação Superior, para subsidiar a proposta curricular globalizante do PPP do Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ/2005, a partir de publicações e trabalhos apresentados em Congressos de Educação, 2003/4.

Estas alterações previstas na organização curricular, tanto pela legislação quanto pelas necessidades da sociedade atual, relacionam-se às funções de ensino, pesquisa e extensão, básicas e determinantes dos processos de produção e sistematização dos conhecimentos.

Para as questões da reformulação curricular tomaremos como foco o ensino, sem desconsiderar que para sua efetivação estão em jogo o espírito e comportamento de pesquisa que o coletivo docente adota e pratica, assim como suas percepções das relações da ciência com a realidade, envolvendo também a extensão. Para estas três funções, o fazer docente na universidade centra-se no conhecimento, obtido a partir da ciência existente.

6.3.2 A visão de Ciência como determinante

A Ciência estrutura-se a partir de um conjunto organizado de conhecimentos obtidos mediante a observação, a experiência e utilização de um método próprio, na busca de leis que possibilitem ordenar, classificar e traduzir o quadro teórico-prático.

Na universidade, os conhecimentos são organizados e sistematizados com base nos quadros científicos; estes, obtidas pela pesquisa, possibilitam novas construções e encaminhamentos na resolução dos problemas colocados pela realidade.

O conhecimento organizado e sistematizado nas propostas curriculares, concebido para servir à transformação da realidade, ao ser socializado constitui-se, em cada momento, premissa do conhecimento científico do momento seguinte, pelo movimento, pela contradição, pela mudança contínua e crescente das sínteses científicas.

Compreender as atuais alterações curriculares exige a análise da visão de conhecimento dominante. Estudiosos têm apontado a necessidade da superação da denominada *visão moderna da ciência*, por uma visão chamada de *pós-moderna*³.

Boaventura Santos, ao analisar a necessidade da ruptura da visão moderna para uma visão pós-moderna, pontua que o *modelo de racionalidade* que preside a ciência na visão moderna surgiu a partir da revolução científica, no século XVI e foi se desenvolvendo nos séculos seguintes. Por esta visão se reconhecem como válidas

³ A respeito da visão moderna e pós moderna e da mudança paradigmática, consultar, entre outros: Um discurso sobre as Ciências, de Boaventura de Sousa Santos, Porto, Edições Afrontamento, 1999.

apenas duas formas de conhecimento: as disciplinas formais da lógica e da matemática e as ciências empíricas.

Na visão moderna, conhecer exige: a quantificação e o rigor das medições que atestam a cientificidade; dividir e classificar, para depois estabelecer relações entre aquilo que foi separado, garantindo a apreensão da parte; a partir do quantificado, apreender a ordem, as leis e os princípios que garantem a estabilidade e as relações causais entre os fenômenos.

Há um desconhecimento do homem como sujeito empírico e de sua identificação como sujeito epistêmico.

Neste modelo, os estudos universitários requerem um plano detalhado numa *grade curricular*, única, válida para qualquer postulante e instituição e com uma regulamentação uniforme, à qual se submeta o corpo docente e discente.

Decorre disto um currículo organizado por coleção de disciplinas, estanques, sem objetivar relacionarem-se entre si e separando o sujeito aprendiz do objeto de estudo. Centrado na especialização disciplinar, o conhecimento é aprofundado em focos, sem objetivar processos integrativos, organizando-se os cursos num período básico e outro profissionalizante, separando-se também a teoria - que vem antes - da prática. Os estágios ficam alocados no final do currículo escolar.

Atualmente, muitas instituições vêm buscando organizar o currículo num todo através de ações integrativas que auxiliem o estudante a construir um quadro teórico-prático global significativo, mais próximo dos desafios que enfrentará na realidade profissional dinâmica, na qual atuará após concluir a graduação.

Estes esforços integrativos já são decorrentes de uma visão diferenciada da ciência, chamada de pós-moderna⁴. Esta representa uma mudança paradigmática em relação à visão moderna.

Ao discutir os elementos que levam a um rompimento dos pilares do paradigma anterior e resultantes do avanço da ciência, Boaventura Santos aponta vários dados⁵,

⁴ Além da obra de Boaventura do Sousa Santos, Um discurso sobre as Ciências, sugerimos a leitura das obras de Edgar Morin, em especial: Cabeça bem feita e Os sete saberes indispensáveis a educação do futuro.

⁵ São pontuados: as descobertas de Einstein em relação ao conceito da relatividade da simultaneidade (a simultaneidade de acontecimentos distantes não pode ser verificada, mas tão somente definida), exigindo um repensar dos conceitos de tempo e espaço absolutos de Newton. As descobertas de Heisenberg e Bohr sobre a mecânica quântica, que demonstram a interferência existente sobre

que alteram radicalmente o posicionamento quanto a visão de ciência, de conhecimento, do saber escolar e da organização curricular: no lugar do mecanicismo, a interpenetração, a espontaneidade e a auto-organização; no lugar do determinismo, a imprevisibilidade; no lugar da reversibilidade, a irreversibilidade e a evolução; no lugar da ordem, a desordem e os eventos; no lugar da necessidade, a criatividade e o acidente, e portanto, no lugar da eternidade, a história; história esta que é construída com a ação dos seres humanos em um tempo e espaço histórico.

Ainda segundo Boaventura Santos, na visão moderna a inovação científica consiste em inventar contextos persuasivos que conduzam à aplicação dos métodos fora de seu habitat tradicional, assumindo que os sistemas de crenças e valores são parte integrante da explicação científica. O objeto é continuação do sujeito. Todo conhecimento é autoconhecimento, é autobiográfico.

6.3.3 O conhecimento, o saber escolar e a organização curricular

Se conhecer é o processo pelo qual o homem compreende o mundo, formaliza um conjunto de enunciados e utiliza uma forma ao mesmo tempo teórico-prática e prático-teórica de compreender a realidade que nos cerca, este ato terá plenamente sentido na medida em que o produzimos e forma de entender a realidade, facilitando e melhorando o modo de viver dos homens. (Luckesi C.C.et al., 1991).

Para construir o conhecimento na universidade, assimilamos e acomodamos novos elementos através da observação, experiência, comparação e sistematização do dado novo com o que já temos elaborado, por meio de transferência e construção de sínteses progressivamente complexas, por confronto entre alternativas de compreensão e de concretização do mundo.

objetos observados ou medidos. O princípio da incerteza, de Heisenberg: temos do real apenas aquilo que nele introduzimos, demonstrando a interferência estrutural do sujeito no objeto observado. Também a Biologia, ao demonstrar a inviabilidade do pressuposto determinista, e a química, ao comprovar que a irreversibilidade de sistemas abertos se faz por auto organização numa situação de não equilíbrio, significando que esses processos são produto de sua história, determinantes de sua evolução.

Toda organização curricular explícita determinada visão de ciência: numa organização curricular em grade, a visão cartesiana e o modelo racionalista estão de tal forma entranhados que dificultam ações integrativas dos saberes. Quando estas ocorrem, resultam de verdadeiros malabarismos criativos dos professores que, tendo percebido os resultados que a visão fragmentada acarretou em sua formação, assumem pessoalmente ou em grupos ações de integração disciplinar.

Leite (1994) alerta que o conhecimento tomado apenas como produto é estático, acabado, cumulativo, conjunto de informações neutras, objetivas e impessoais, sobre o real, elaborado e sistematizado no trabalho de investigação da realidade. Assim, *cabe perfeitamente, se enquadra e atende* a uma formatação de grade curricular, onde cada professor dá conta de uma parte - a sua disciplina - despreocupando-se das demais. Fica a cargo do estudante, no momento do estágio ou no internato, fazer, por si e solitariamente, as sínteses que o currículo em grade não facilitou, objetivou ou propiciou.

Em uma organização curricular globalizada a integração se inicia pelo próprio desenho curricular. Mesmo que o docente pretenda apenas lidar com uma parte do conhecimento, ele terá dificuldades em não interagir com os demais, pois o PPP já se organiza nesta outra forma.

No modelo curricular globalizante os conteúdos de ensino são tomados como o conjunto de conhecimentos, habilidades, hábitos, modos valorativos e atitudinais de atuação social, organizados pedagógica e didaticamente, tendo em vista a assimilação ativa e aplicação pelos estudantes na sua prática de vida. Englobam conceitos, idéias, fatos, processos, princípios, leis científicas e regras; habilidades cognoscitivas, modos de atividade, métodos de compreensão e de aplicação, hábitos de estudo, de trabalho e de convivência social; valores, convicções, atitudes. LIBÂNEO, (1999).

6.3.4 Da estrutura globalizante do currículo

A fragmentação das ciências criou corpos especializados de conhecimentos, determinados por campos, objetos, instrumentais, metodologias, aplicações e análises.

Estes campos diferenciados foram transplantados⁶ como disciplinas ou matérias de estudo nas organizações curriculares do modelo grade.

O currículo globalizante tem como centro os estudantes e suas necessidades educacionais. Os nexos estabelecidos buscam superar a fragmentação disciplinar e propõem a articulação dos conteúdos curriculares a partir de eixos, módulos, projetos, pesquisa, resolução de problemas, etc, ou seja, centram-se no princípio de que o conhecimento se constrói a partir de uma abordagem relacional.

Estes currículos desafiam o estudante a efetivar atividades, de forma a construir e apropriar-se no pensamento e pelo pensamento, das relações essenciais pretendidas, numa construção contínua e processual de sua própria autonomia. Isto mobiliza as capacidades, interesses e motivações dos estudantes, direcionando-os para a construção e elaboração das sínteses necessárias. Assim, o conhecimento supera a simples informação, possibilitando o processamento significativo e inteligente da mesma.

Conforme Edgar Morin, (grifos nossos) conhecimento não se reduz à informação. Esta é um primeiro estágio daquele. *Conhecer implica em um segundo estágio, o de trabalhar com as informações classificando-as, analisando-as e contextualizando-as.* O terceiro estágio tem a ver com a inteligência, a consciência ou sabedoria. Inteligência tem a ver com a arte de vincular conhecimento de maneira útil e pertinente, isto é, de produzir novas formas de progresso e desenvolvimento. Consciência e sabedoria envolvem reflexão, isto é, capacidade de produzir novas formas de existência, de humanização.

O currículo globalizante, ao propor estratégias de abordagem e construção do conhecimento por módulos ou eixos, exige e possibilita ações e operações mentais que superam a simples memorização, associando saberes: saber fazer, saber como, saber porque, saber para que. Saberes que se estruturam em torno dos princípios da complexidade⁷, tomando-se como *complexo aquilo que é tecido junto*. Daí a importância

⁶ Conforme Zabala, A . nessa transposição, estão estabelecidos três graus de relações disciplinares: a *multidisciplinaridade*, caracterizada pela proposição simultânea de disciplinas, de forma somática, sem que se explicitem relações entre elas; é o currículo grade ou coleção. A *interdisciplinaridade* é a interação de duas ou mais disciplinas, desde idéias, ações , tarefas, até a interação do campo conceitual, leis e princípios, podendo até ocorrer o surgimento de uma nova disciplina, como o caso da bioquímica. E a *transdisciplinaridade*, que corresponde a uma integração total, dentro de um sistema globalizador, de modo a explicar a realidade para além e a partir do parcelamento disciplinar.

⁷ A respeito da complexidade sugerimos a leitura de Edgar Morin, em especial “CIENCIA CON CONSCIENCIA” Barcelona, Anthropos, Editorial del Hombre,1994 e Complexidade e Transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental, Natal: Editora da UFRN, 2000.

da realidade como ponto de partida e de chegada nos momentos e na abordagem dialética que a metodologia nos propõe.

“O complexo requer um pensamento que capte as relações, interrelações e implicações mútuas, os fenômenos multidimensionais, as realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas [...], que respeite a diversidade, ao mesmo tempo que a unidade, um pensamento organizador que conceba a relação recíproca de todas as partes”(Morin, 2000).

Morin alerta para as reformas universitárias ocorridas até agora, que se encontram atreladas a um tipo de inteligência que é preciso reformar através da reproblemática dos princípios do conhecimento, reformando o pensamento na direção da complexidade (ligar, tecer junto, contextualizar, globalizar) e da transdisciplinaridade.

Ao alterar a estrutura, o currículo globalizante exige uma série de modificações essenciais, dentre as quais destacamos:

- a alteração da lógica da organização do conhecimento, superando-se a visão moderna, na direção do visão pós-moderna de ciência;
- a reorganização do tempo e das ações discentes e docentes de forma alternativa, tratando e considerando as individualidades;
- a discussão e o aprofundamento vertical, associado ao horizontal;
- o estudo das conexões, relações, da construção de leis e princípios, que se tornam a tônica do processo, mantendo um ritmo de trabalho processual e indo além da sala de aula;
- a prática ou leitura da realidade, para configurar a dúvida intelectual em relação aos quadros teóricos das várias áreas, num posicionamento inter ou transdisciplinar;
- o olhar processualmente os fracassos e erros e sua forma de superação na flexibilização curricular;
- a organização do trabalho coletivo dos docentes e discentes envolvidos;

- a necessidade da *profissionalização continuada*⁸ para o fortalecimento do coletivo docente, em processo contínuo;

É importante estar atendo aos desafios que, como docentes e educadores, enfrentamos neste processo: o número de estudantes e as novas exigências de organização grupal, o trabalho com o novo e a resistência, a relação inovadora com a prática social e profissional, a superação de processos de passividade intelectual e busca constante da criatividade; a exigência da humildade, pouco desenvolvida na prática profissional dominante; a busca coletiva de saídas para as situações, o acompanhamento ou avaliação processual e a adaptação aos novos desafios.

6.3.5 Os registros do processo

O currículo globalizante se constrói a partir do Projeto Pedagógico Institucional e do Curso, da legislação em vigor e das diretrizes curriculares.

Neste projeto integrado do curso de Medicina da UNOCHAPECÓ, pontuamos a visão de conhecimento como algo histórico, datado e, assim, provisório, relativo; o foco em ações de observação, análise, composição e recomposição de informações, argumentos, dúvidas, idéias; a proposta dos eixos integrando as áreas de conhecimento; a construção e seleção de estratégias diversificadas para a aceleração do pensamento construtivo e autônomo do estudante.

Neste sentido, os processos de ensino e de aprendizagem se orientarão através de procedimentos, que superam os limites das antigas disciplinas, com uso de estratégias de investigações, estudo de temas, resolução de problemas e projetos integrativos, a partir das deliberações coletivas expressas no PPP do Curso.

Estas deliberações coletivas devem ser registradas para acompanhamento e devidas alterações, para o que sugerimos a utilização dos Programas de Aprendizagem, como instrumentos de deliberação conjunta e registro do processo.

⁸ Profissionalização Continuada: processos institucionais, construídos de diferentes formas, visando possibilitar aos profissionais universitários, oriundos de formações específicas em áreas diversas, se profissionalizarem na docência. É histórico na configuração do docente universitário haver “dormido profissional de uma área específica e acordado professor”, como se a docência não fosse uma profissão a ser apreendida, com quadro teórico prático próprio e específico, sistematizado.

6.3.6 Plano de Ensino e Programa de Aprendizagem

Durante muito tempo organizamos e registramos as ações docentes nos Planos de Ensino; o centro era o ato de ensinar; a ação docente individualizada tinha seu foco neste plano.

Num currículo globalizante, ressaltamos a importância da construção de um processo de aula em parceria, deslocando-se o foco da ação docente e do ensino para a *aprendizagem*, destinando ao estudante *o espaço e o dever do aprendiz*.

Enquanto que nos Planos de Ensino se perguntava: “qual a melhor forma de ensinar um conteúdo?”, nos Programas de Aprendizagem passamos a questionar: “*qual a melhor forma de fazer o estudante apreender este conteúdo, seja ele cognitivo, procedimental ou atitudinal ?*”

Menos maturo que o professor, o estudante necessita da mediação deste no processo, mas deve participar dele, ativamente, numa ação intencional e direcionada, o que exige tanto esforços conjuntos quanto ações docentes e discente diferenciadas na construção crescente da autonomia e do domínio do conhecimento.

No currículo tradicional, em grade, os Planos de Ensino se apresentavam como forma habitual de organização do trabalho docente, com dados de identificação (turma, turno, disciplina, número de estudantes, carga horária, etc), ementa, objetivos (gerais e específicos), tópicos de conteúdos, metodologia, avaliação e bibliografia. Eram feitos individualmente, entregues à coordenação e, algumas vezes, apresentados aos estudantes no início do ano ou semestre.

No currículo com matriz integrativa a parceria e a articulação dos conhecimentos exige a busca e definição dos eixos associativos de conhecimentos das diferentes áreas, em torno de um tema, problema, ações comuns. Estes funcionam como elementos centrais, em torno dos quais os conteúdos escolares, de forma propositalmente integrada, descrevem um movimento de crescente complexidade.

Nesta matriz integrativa do Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ, o currículo já se organiza por módulos, que tem objetivos definidos e explicitados e propõem a integração das áreas de conhecimento (ou antigas disciplinas), que serão descritos no capítulo referente à organização curricular.

Há elementos que auxiliam na construção destas integrações e incluem a definição e determinação de alguns aspectos, a saber:

- definição de tema, foco, problema, objeto de estudo;
- áreas e conhecimentos que subsidiarão o objeto pretendido;
- eixos integrativos para as fases do curso, com tópicos, questões e elementos que serão investigados;
- ações e estudos a serem sistematizados na direção do foco;
- dados e conhecimentos atuais e novas informações necessárias, integrando-os num todo coerente e relevante;
- vocabulário comum e integrativo dos diferentes campos / áreas de estudo, encaminhando os conflitos existentes entre eles;
- efetivação de estratégias integradoras;
- análise e avaliação das contribuições obtidas, em sua adequação, relevância e adaptatividade;
- ratificação ou rejeição de soluções e propostas obtidas;
- continuidade ou alteração da tarefa, através de análise dos resultados pretendidos e obtidos;

Enfatizamos que vários desafios decorrem desta mudança. Nos Planos de Ensino cada professor pensava e organizava sua disciplina isolada e individualmente, de forma solitária. Nos Programas de Aprendizagem é necessário discutir coletivamente a ação docente, exigindo abertura para a escuta dos outros professores que atuam no mesmo semestre, no anterior e/ou posterior; e o compromisso de todos que constroem os vários momentos do curso, dando continuidade a algo já iniciado e que será ampliado, efetivando um processo contínuo, coletivo em construção.

Outro desafio é pensar o ensino em relação a um perfil de profissional médico diferente daquele que tem sido formado até o presente momento, tomando-o essencialmente como um estudante histórico e contextualizado, que deverá assumir o

rumo de sua auto construção profissional, como sujeito de seu processo de aprendiz. Isto não se dará de forma mágica, mas como resultante da ação coletiva dos professores entre si e junto aos estudantes, ao longo da caminhada no curso e na universidade: a cooperação como princípio e processo se faz então fundamental.

É neste contexto, os Programas de Aprendizagem são então construídos e propostos aos estudantes no início de cada etapa de aprendizagem, através de sua discussão como um “contrato didático”⁹. Contrato onde as partes definem ações, compromissos e formas de enfrentamento dos desafios presentes no ato de ensinar e de apreender os conhecimentos ali propostos.

Os Programas de Aprendizagem se constituem então como documentos onde se identificam, definem e registram dados norteadores do processo, a saber:

- os sujeitos envolvidos, com suas características;
- os rumos, os objetivos pretendidos para o tópico em questão (seja ele um eixo, um problema ou até ações), para serem efetivados pelos docentes e discentes; referem-se à conhecimentos, que podem ser predominantemente cognitivos, procedimentais ou atitudinais;
- a relação dos conhecimentos propostos com os anteriores, concomitantes e posteriores;
- a justificativa da importância daquele conhecimento;
- a forma de abordagem que será proposta, diretamente relacionada aos objetivos e objetos de estudo, ou seja, a metodologia pretendida;
- definição, escolha, aplicação de estratégias de ensino e aprendizagem;
- a forma de acompanhamento e registro do processo, ou seja a avaliação;
- as referências bibliográficas básicas e complementares.

⁹ Contrato Didático: processo de combinar os elementos norteadores dos Programas de Aprendizagem, no início do semestre, definindo atuação de professor e estudantes, ou seja, os objetivos a serem alcançados, metodologias, formas de avaliação, datas de entrega de trabalhos, enfim, os papéis de cada um. A este respeito, vide Masetto, M. T, Competência Pedagógica do Professor Universitário, São Paulo: Summus, 2003 e BEHRENS.M. A e JOSÉ E. M.A. Aprendizagem por projetos e os contratos didáticos. In: Revista Diálogo Educacional – Programa de Pós-graduação em educação – PUCPR v.2, nº 3, jan/hun 2001.

Estes elementos serão fruto do trabalho coletivo dos docentes que atuam em cada fase ou etapa do curso, tendo o PPP como referência.

O conteúdo, de domínio indiscutível de todos os docentes, facilita a definição dos nexos determinantes e possibilita a revisão dos demais aspectos necessários à ação docente. Este é o desafio: trabalhar nesta rede e, a partir da organização dos conteúdos, definir os demais elementos do processo.

6.3.7 O trabalho em parceria

Um elemento essencial desta proposta globalizante é o desenvolvimento de ações em parceria, que se fará necessária em diferentes níveis e espaços: entre equipe de ensino em suas ações de pesquisa, linhas de pesquisa e projetos de extensão institucional; entre coordenação geral, coordenação de fases do curso, docentes e discentes. Entre docentes das mesmas fases e fases antecedentes e conseqüentes; entre docentes e discentes da mesma turma, de turmas, grupos e períodos diferentes em ações integrativas, assim como docentes e discentes de outros cursos nas atividades integradas, dentro da instituição ou em trabalho de campo.

Trabalhar num grupo exige maturidade e intencionalidade: “um grupo é um conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade, exercendo ação interativa com objetivos compartilhados” (OSORIO, 2003). Torna-se fundamental a interação, o compartilhar, o respeito à singularidade, a habilidade de lidar com o outro em sua totalidade, incluindo suas emoções.

É necessário desenvolver a habilidade de conversar: *com*, *junto* e *versar*, que quer dizer mudar. Assim, conversar com o outro pressupõe a abertura *para mudar junto com o outro*. É o salto da era da individualidade para a era da grupalidade, exigindo o amadurecimento de fatores inter pessoais, para um melhor desempenho dos processos relacionais.

Trata-se de um desafio a ser conhecido, considerado e enfrentado, pois nosso hábito de trabalho, tanto na pesquisa quanto no ensino, vem sendo sistematizado em situações prioritariamente individuais e individualizadas.

O trabalho em parceria exige abertura e flexibilidade. É fundamental partir-se de objetivos claros e definidos a priori, tendo como eixo os elementos essenciais desta experiência integralizadora, remetendo-se continuamente ao perfil profissional pretendido, uma vez que os elementos aí expressos são determinantes deste fazer cooperativo.

O trabalho cooperativo exige verificação constante e contínua dos valores de vida do grupo: co-operar significa operar com, junto com, portanto, agir, produzir, criar, retomar ações, objetivos, processos sempre que necessário; exige um compartilhar, uma flexibilidade mental e operacional, enfim, novas posturas de vida.

Como professores, nosso domínio maior centra-se na questão do conteúdo que ensinamos; geralmente, quanto a este aspecto, nos sentimos mais seguros, temos os “pés no chão”. Por isto, a sugestão é que tomemos a discussão, análise e tomada de posição da organização da ação discente e docente, pelos conteúdos de ensino.

6.3.8 Os conteúdos como ponto de partida

Para facilitar a ação de construir integrativamente o currículo, através da organização e construção dos Programas de Aprendizagem, sugerimos iniciar pelos conteúdos, a partir de algumas pistas: realizar *um rol, uma listagem* de todos os tópicos de conteúdos da antiga disciplina, mesmo sabendo que o rol existente é muito amplo. A partir desta listagem, *identificar* quais os elementos *essenciais e complementares*, para cada momento do curso onde será trabalhado.

A partir dos elementos essenciais, organizá-los em seus aspectos cognitivos, procedimentais e atitudinais¹⁰. Será preciso, então, identificar, comparar, analisar, categorizar os conhecimentos visando definir a necessária relação entre conteúdos a serem apreendidos e a forma de assimilação.

Os conteúdos conceituais contemplam os fatos, dados, conceitos, fenômenos e princípios; referem-se a um *saber e saber que*, englobando conjuntos de objetivos e símbolos com características comuns, ou ainda mudanças que se produzem num fato, leis, regras, relações de causa e efeito, correlações e conexões. Exigem tanto resposta inequívoca quanto processo de elaboração e construção processual e crescente. Há

¹⁰ Estamos nos utilizando da categorização de Zabala, Antoni, na obra *Enfoque Globalizador e Pensamento Complexo: uma proposta para o currículo escolar*. Porto Alegre ArtMed, 2002.

módulos que são compostos por áreas de conhecimento predominantemente conceituais.

Os conteúdos procedimentais incluem procedimentos, técnicas, métodos, regras, destrezas, habilidades, estratégias, ações coordenadas para um fim. Podem ser predominantemente motoras, reflexivas e/ou perceptivas. Trata-se de um *saber como*. Sua aprendizagem depende de exercitação múltipla, realização, reflexão, aplicação. Aqui também encontraremos módulos que são compostos por áreas predominantemente procedimentais, estreitamente ligadas aos conteúdos conceituais.

Os conteúdos atitudinais referem-se a valores, atitudes e normas, contendo um *saber para que e porque*. Os valores referem-se a princípios ou idéias éticas. As atitudes referem-se às tendências ou predisposições, formas de agir. As normas referem-se às regras, padrões, formas pactuantes coletivas, devendo ser interiorizadas, refletidas, pensadas, atuando a partir de disposições intuitivas, do automatismo até se comporem em atitudes fortemente reflexivas. Na construção das normas, há um caminhar da aceitação para conformidade, chegando-se à interiorização. Em todos os módulos que o estudante vivenciar lhe serão passados, de forma intencional ou não, atitudes, valores ou normas. Como se trata de formação profissional, é compromisso passar-se estes elementos de forma clara, objetivando-se a intencionalidade existente.

Nesta apreensão dos conteúdos, o processo de construção do sujeito cidadão exige a mobilização das estruturas cognitivas, em redes de esquemas de conhecimentos. Estes esquemas constituem as representações que o estudante possui, inicialmente como síncrese¹¹, a serem revisadas, modificadas, adaptadas, transformadas, adquirindo formas mais e mais complexas, em direção à sínteses qualitativamente superiores. Isto se dará pela análise conjunta de professores e estudantes, relacionando as capacidades cognitivas, o nível de apreensão em que o estudante se encontra, o equilíbrio pessoal, o processo de relação interpessoal e a inserção social, propostos e vivenciados.

Destacamos a importância de se verificar o nível de apreensão em que o estudante universitário se encontra, pois a representação de um conhecimento, poderá variar desde percepções iniciais sincréticas até percepções mais elaboradas.

¹¹ Síncrese: visão inicial, não elaborada e as vezes caótica, do objeto estudado.

Para a organização dos aspectos cognitivos, procedimentais e atitudinais em redes relacionais, considerar os níveis de abordagem do processo: *introdutório, fundamentos e aprofundamentos*.

Este também tem sido um desafio para o docente, que por se sentir responsável pela formação do futuro médico, já deseja iniciar o trabalho no nível que domina, ou seja, dos *aprofundamentos*, sem antes haver efetivado um caminho com o pensamento e no pensamento do estudante, da síncrese (visão inicial e não elaborada) à sínteses mais complexas, no sentido do tecidas junto.

Neste caminhar, integram-se nos módulos, os dados captados na realidade com os elementos teóricos, em torno dos eixos propostos, possibilitando definir os níveis (*introdução, fundamentos e aprofundamentos*) e a melhor forma de apropriação dos nexos pretendidos, em cada momento curricular, num crescente de complexidade, isto é, de tessitura.

A partir desta análise do rol de conteúdos propõe-se a definição dos demais elementos essenciais e determinantes da ação docente. Inicialmente, deve-se clarear cada vez mais os *objetivos* pretendidos. Estes devem traduzir as metas dos conteúdos (sejam conceituais, procedimentais, atitudinais, seja a integração entre eles) e as ações docentes e discentes para esta metas. Em relação às ações discentes e níveis de pensamento, temos sugerido a análise das operações de pensamento exigidas e/ou necessárias ao processo¹².

A partir do estudo e definição dos objetivos, e tendo os conteúdos analisados, definidos e categorizados, fica mais fácil definir também as ações docentes e discentes no processo de ensinagem.¹³ A proposta é que se efetive a metodologia dialética, considerando os momentos de mobilização para o conteúdo, construção do conteúdo e elaboração da síntese do conteúdo.(Vasconcelos, 1995)

A definição de formas de acompanhamento é também derivada de tudo que foi proposto. É preciso constantemente diferenciar o verificar e o avaliar¹⁴ na ação docente. As questões relativas à avaliação estão registradas no Regimento Interno que

¹² A respeito das operações de pensamento e ações docentes e discentes ver Anastasiou, L. G. C. e Pessate, L. A, in Processos de Ensino na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville, Editora Univille, 2003.

¹³ Processo de ensinagem: processo de ensino sob uma ação de parceria entre professor e estudantes e do qual necessariamente resulte a aprendizagem.

¹⁴ A respeito destes elementos, ver o texto Avaliação da Aprendizagem, 1ª. e 2ª. parte, Oficina de Novembro de 2003, de Anastasiou, L. G. C. Mimeo.

historicamente tem sido estruturado para currículos em grade, muitas vezes se contrapondo às determinações legais (LDBEN 9394/96). Cabe então uma revisão regimental, visto que o processo avaliativo deve auxiliar e ampliar tanto o processo de ensino quanto o de aprendizagem, fornecendo subsídios para retomadas necessárias no processo de construção coletiva.

6.4 Referências bibliográficas

ANASTASIOU, L.G.C. Docência como Profissão no Ensino Superior e os Saberes Científicos e Pedagógicos. Revista Univille Educação e Cultura v.7, n. 1, junho 2002

_____ e PIMENTA, S.G. Docência no ensino superior. V.I, São Paulo, Editora Cortez, 2002.

ANASTASIOU, L.G.C . Profissionalização continuada do docente universitário. in Viella, M. dos A (org) , Tempos e espaços de formação. Chapecó, Editora Argos, 2003.

ANASTASIOU, L. G. C. e PESSATE, L. A . Processo de ensinagem na Universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em aula. Joinville, Editora Univille, 2003.

BEHRENS.M. A e JOSÉ E. M.A. Aprendizagem por projetos e os contratos didáticos. In: Revista diálogo educacional – Programa de Pós-graduação em educação – PUCPR v.2, nº 3, jan/hun 2001.

BOAVENTURA, E. Universidade e Estado no Brasil. Piracicaba, Unimep, 1989.

_____ Um discurso sobre as Ciências. Edições Afrontamento. Porto. 1999.

LEITE, S. B. Considerações em torno do significado do conhecimento, in Moreira, F.A . (org) Conhecimento educacional e formação do professor, Campinas, SP., Papyrus, 1994.

LIBÂNEO, J. C. Didática, São Paulo, Editora Cortez, 1999.

(LUCKESI C.C.et al. Fazer universidade, uma proposta metodológica. São Paulo, Editora Cortez, 1991).

Masetto, M. T. Competência Pedagógica do Professor Universitário. São Paulo:Summus, 2003.

MORIN, Edgar. Epistemologia da complexidade. IN SCHNITMAN, Dora Fried (org.)

----- Os sete saberes necessários a educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília,DF:UNESCO,2000.

----- CIENCIA CON CONSCIENCIA. Barcelona, Anthropos, Editorial del Hombre,1994.

----- Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental, Natal: Editora da UFRN, 2000.

OSORIO, Luis Carlos. Psicología grupal: uma nova disciplina para o advento de uma nova era.Porto Alegre, ArtMed, 2003.

VASCONCELOS, C. J. Construção do conhecimento em sala de aula, São Paulo: Série Cadernos Pedagógicos do Libertad no. 2, 1996.

6.5 Fundamentos da proposta curricular

Discutir os fundamentos de uma proposta é expressar reflexões sobre razões, argumentos, concepções que formam e embasam um conjunto de princípios. *Episteme* é o conjunto de conhecimentos, que tem por objeto o conhecimento científico, visando explicitar seus condicionamentos, sejam eles legais, filosóficos, éticos, políticos, entre outros, esclarecendo seus vínculos e avaliando seus resultados e aplicações.

Esta proposta curricular tem como ponto-chave a visão de homem como um ser histórico, determinado pelo e determinante do seu contexto, inserido na complexidade e complementaridade de uma teia de inter-relações. Esta visão permeia os diferentes papéis sociais vivenciados pelos sujeitos envolvidos neste processo: discente, docente, indivíduos saudáveis ou com agravos de saúde, gestor, prestador de serviço, aprendizes, tendo como foco o profissional médico; nestes diferentes papéis, os grupos sociais se organizam e reorganizam como equipes de adesão e contraposição, no movimento dialético da realidade.

Como os envolvidos situam-se em contextos sociais diversos, permeados por uma cultura, é fundamental que sejam esclarecidos os elementos que norteiam suas relações no contexto da formação do profissional médico, seja no âmbito político, legal, ético, filosófico e epistemológico, entre outros. A separação destes âmbitos, ainda que, muitas vezes, facilite seu entendimento, já indica uma fragmentação do saber fundante. Optamos então por apresentar os fundamentos de forma entrelaçada, considerando sua complementaridade neste processo.

A discussão da necessidade da reformulação da formação dos profissionais de saúde, entre eles o médico, já é um fato histórico e legislado¹⁵. Assumimos como pressuposto que a proposta de um novo perfil para o profissional médico, conforme as Diretrizes Curriculares, integra a ação do estudante ao apreender à responsabilidade docente ao ensinar, sendo esta uma via de mão dupla. Isto exige um compromisso social, político, ético, epistemológico, por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo.

¹⁵ para aprofundamento, ler Grosseman, item 6.1 deste PPP.

Institucionalmente, estas intenções ficam registradas no PPP, no qual se define a missão institucional naquele contexto.

A adoção de determinada visão de saúde/doença, como explicitada na Legislação e adotada neste documento, define o papel social da Medicina e dos profissionais médicos.

Todos esses elementos – a missão institucional, o perfil almejado do futuro médico, o papel do docente e do discente, a concepção de saúde e doença, as ações de ensinar e aprender - estão diretamente associados ao HOMEM como ser social e histórico.

6.5.1 Fundamentos legais, filosóficos, éticos, políticos¹⁶

O curso de Graduação em Medicina a ser oferecido pela UNOCHAPECÓ, considera a Legislação Educacional que orienta o processo de formação do bacharel em Medicina:

- Regulamentação da profissão: Lei no. 3.268, de 30.09.57;
- Lei 9394/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional;
- Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina - parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001;
- Padrões de Qualidade para Implantação e Funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina;
- Código de Ética Médica;
- Políticas e Diretrizes da Graduação da UNOCHAPECÓ.

Como vimos no item 4.4 os atuais princípios que norteiam o ensino médico no Brasil são fruto de uma longa trajetória histórica de embates e disputas em torno de diferentes visões políticas, até chegar a proposta atual.

A formação dos médicos objetiva torná-los aptos a desenvolver atividades de educação, promoção, prevenção e reabilitação, no âmbito individual e coletivo, no contexto da saúde pública e privada. Nesta perspectiva, deve-se gerar e estabelecer estratégias que

¹⁶ Organizado por Marcelo Moreno e Suely Grosseman e de acordo com as normas de construção de PPP da UNOCHAPECÓ.

oportunizem a busca do bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos mantendo um estreito vínculo com a realidade sócio-econômica e cultural dos mesmos e da comunidade onde vivem.

Neste sentido, as Diretrizes Curriculares no Curso de Medicina (CNES, 2001) instituem em seu artigo 3º que o estudante de Medicina adquira, no decorrer do curso:

- postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania;
- orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças;
- capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional;
- orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde;
- Capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências;
- capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente;
- capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho;
- capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde.

Para tanto, é necessário que o planejamento curricular objetive um processo ensino-aprendizagem com conteúdos integrados, com base trans ou interdisciplinar, organizando-se as antigas disciplinas sob novos princípios integrativos. Esta integração visa possibilitar uma visão de rede em complexidade crescente, ao longo do curso. O ponto de partida e de chegada é a realidade social existente, na qual o futuro médico se insere, por meio de um processo de problematização, de sistematização da ciência existente, instrumentalizando-se para a resolução dos problemas que a prática profissional lhe colocará no futuro. O contexto deste movimento se dá, desde o início

do curso, na inserção e integração entre escola médica, serviços de saúde pública e comunidade (MEC, 2001).

A metodologia dialética fornece o suporte necessário às ações docentes e discentes, em um trabalho em parceria. Diversos aspectos relativos ao processo de formação, propostos pela CINAEM (2000) e abordados nas Diretrizes (MEC, 2001) devem ser levados em consideração, de forma mais pontual, pois estes representam um avanço e incluem estratégias facilitadoras do processo de formação do profissional almejado.

O médico a ser formado deve:

- estar preparado para ser um cuidador, ou seja, compreender, significar e intervir sobre as necessidades dos indivíduos, na situação social específica em que estes vivem, com o objetivo de reduzir os danos e ampliar a sua autonomia social, considerando as limitações impostas pela condição biopsicossocial específica;
- ter capacidade de integrar as ciências básicas com a clínica e de entender as necessidades da comunidade, nos seus diferentes níveis de complexidade, relacionadas com a promoção à saúde e a prevenção às doenças;
- demonstrar competência na realização de anamnese e conseqüente construção de história clínica, bem como maestria no domínio da arte e técnica do exame físico;
- ter habilidade no levantamento de problemas do paciente, tanto nos aspectos individuais, quanto nas suas repercussões coletivas;
- agir com familiaridade, competência e desenvoltura no trato dos problemas comuns das diferentes especialidades médicas, nos diversos níveis hierárquicos de complexidade de atenção à saúde;
- atuar com competência no manejo inicial das urgências e emergências;
- desenvolver o raciocínio clínico de forma global, abordando os problemas do paciente à luz da ciência, em um contexto histórico, familiar, social e ocupacional;

- demonstrar proficiência na realização de estudo inicial e continuado;
- conhecer a metodologia científica, para adequada avaliação do material bibliográfico disponível à educação médica continuada e à incorporação crítica de novas tecnologias;
- ter domínio de técnicas de comunicação que qualifiquem as relações dos profissionais de saúde entre si e destes com os usuários;
- conhecer as peculiaridades do sistema de saúde vigente, as características do mercado de trabalho e entender o engajamento do profissional médico como elemento integrante de uma equipe de saúde.

Em relação à escola médica, o processo de formação deve:

- tomar como eixo estruturante do ensino da prática médica a necessidade individual e coletiva referida pelos usuários e aquelas identificadas pelos profissionais de saúde, bem como o processo saúde doença em si;
- assumir a dimensão cuidadora da prática médica como eixo integrador das competências profissionais;
- integrar os conteúdos disciplinares a partir do cuidado, das necessidades do indivíduo e ou do coletivo, tomando as ciências básicas como complemento permanente ao raciocínio desenvolvido;
- desenvolver atividades práticas como base para reflexão teórica de conhecer (significar/compreender) e intervir de forma integrada e permanente ao longo do curso desenvolvido nos diversos ambientes, tornando a exposição teórica um momento eventual e especial do processo de construção do conhecimento;
- tornar o estudante sujeito do seu processo de formação, o docente sujeito de sua prática e o paciente sujeito de seu cuidado;

- garantir a interação contínua entre professores, estudantes e usuários a partir do início do curso;
- promover a seleção para os conteúdos e habilidades a serem desenvolvidos, compatíveis com as diretrizes para o médico que se deseja formar, a partir de critérios éticos, humanísticos, de letalidade, prevalência e potencialidade de prevenção;
- tomar como objeto da organização didática e pedagógica o modo como se organiza e se pratica o cuidado integral aos indivíduos e as populações através da prática clínica cuidadora, da prática sanitária e da organização dos serviços de saúde.

Em relação à docência, esta deve:

- avaliar o docente periodicamente a partir do seu desempenho nas diversas funções que exerce (ensino, pesquisa, extensão, administração, etc), através de processo criterioso e efetivo, utilizando os resultados da avaliação para o progresso na carreira, a remuneração, incentivos profissionais e a melhoria da qualidade do processo ensino-aprendizagem;
- promover programas de educação permanente com docentes, com ênfase na formação pedagógica, em áreas do conhecimento médico, mas também em informática e comunicação, abordando conteúdos referentes à formação didático-pedagógica da docência no ensino superior (processo educacional, teorias do aprendizado, aprendizado de adultos, estratégias de ensino e avaliação do aprendizado e do curso, etc);
- promover o intercâmbio pedagógico e acadêmico entre docentes de diferentes unidades e setores de ensino da escola e com outras instituições de ensino e pesquisa, no país e exterior;
- inserir conteúdos pedagógicos nos cursos de pós-graduação das áreas de conhecimento da Medicina desenvolvidos pela instituição;

- organizar programa de pós-graduação em educação médica, objetivando a capacitação de alto nível dos doc;
- atualizar e reformular os programas de pós-graduação em áreas do conhecimento médico, visando uma formação rápida e qualificada dos docentes;
- promover encontros científicos e colaborativos entre ex-estudantes da escola médica, visando tanto a capacitação permanente dos egressos, quanto o desenvolvimento da instituição;
- promover eventos entre escolas com experiências inovadoras em docência médica, objetivando qualificar as mudanças em curso;
- viabilizar a efetiva participação docente na definição e implementação do novo processo de formação;
- definir e legitimar na comunidade as competências docentes requeridas para o novo processo de formação.
- oportunizar o desenvolvimento do ensino médico nos espaços de atendimento do sistema público de saúde e em serviços credenciados;
- credenciar e capacitar profissionais de saúde da rede de serviços de saúde como preceptores e tutores para o ensino de Medicina;
- desenvolver política de avaliação continuada das necessidades de saúde da população;
- promover política de captação de recursos e incentivos à docência profissionalizada, incluindo melhoria da remuneração, prêmios, bolsas, financiamentos, período sabático, visitas científicas, dentre outros incentivos capazes de fortalecer o vínculo do docente com a instituição;
- avaliar os planos de carreira e incentivo vigentes - regimes de trabalho, perfil de conhecimentos, habilidades e atitudes dos docentes, processos seletivos -, objetivando sua adequação à profissionalização da docência.

Em relação à gestão, esta deve:

- promover política de gestão participativa da escola médica, garantindo e respeitando os espaços de discussão e deliberação institucional, incluindo orçamento participativo e horizontalização da gestão;
- redefinir o contrato social das escolas, visando explicitar a missão da escola e suas relações com a sociedade;
- garantir o compromisso de gestores e dirigentes com o projeto de transformação da escola,
- priorizar a capacitação e qualificação docente como estratégia central de transformação da escola médica;
- desenvolver política de integração efetiva da escola médica com os serviços de saúde, incluindo parceria com o SUS, visando qualificar o atendimento público;
- promover o intercâmbio intra e inter-institucional sobre experiências de gestão da escola médica;
- promover programas de capacitação dos gestores das escolas médicas.
- Construir apoio das instâncias superiores das Universidades ao projeto de transformação da escola médica;
- inserir a escola nas instâncias de participação da sociedade do setor saúde;
- integrar campos de prática profissional, áreas do conhecimento e de serviços, orientados por necessidades de saúde individuais e/ou coletivas;
- garantir a autonomia técnica, política e administrativa das unidades de produção.
- garantir sistemas de prestação de conta permanente, público e re-direcionador;
- dos processos decisórios da instituição;

- promover fóruns participativos para definição e atualização do projeto institucional; dinamizar a captação e alocação de recursos financeiros para o desenvolvimento do projeto pedagógico, da docência e da infraestrutura da escola médica;
- definir democraticamente os papéis e poderes de instâncias institucionais, como por exemplo, congregação, conselho departamental, colegiado de curso, disciplinas, conselho de pesquisa e extensão, visando sua autonomia e responsabilização técnico-administrativa;
- definir linhas prioritárias de pesquisa e extensão, visando a transformação da escola médica e as diretrizes norteadoras do processo de formação e docência.

Em relação à avaliação:

- a avaliação deve permitir ao avaliado o completo conhecimento prévio dos conteúdos envolvidos, instrumentos e critérios adotados;
- o(s) objetivo(s) da avaliação devem ser explícitos e públicos;
- devem ser adotados instrumentos específicos e critérios definidos para avaliar cada uma das variáveis componentes da escola médica (gestão, infra estrutura, recursos humanos e processo de formação) e do desempenho dos estudantes;
- o conjunto das iniciativas de avaliação deve estar integrado a um modelo de análise fundamentado na missão institucional e no marco teórico do processo de transformação da escola médica;
- o resultado da avaliação deve ser debatido periodicamente com seu público alvo como indicadores do processo de acreditação institucional e certificação profissional visando o encaminhamento das mudanças que se fizerem necessárias;
- o sistema de avaliação deve ser vinculado a programas de educação complementar para os indivíduos e de capacitação funcional para as instituições;

- os critérios de avaliação de estudantes e docentes devem ser fundamentados nas diretrizes gerais do processo de formação e no perfil do médico a ser formado;
- os instrumentos disponíveis e aqueles que serão desenvolvidos, devem estar explicitamente correlacionados com a(s) diretriz(es) que pretende(m) avaliar e com o(s) nível(is) de competência a ser(em) abordado(s).

Frente ao que foi apresentado, a UNOCHAPECÓ, possui o compromisso com o processo de formação dos perfis profissionais médicos e com a produção educativa das equipes de saúde, envolvendo os cursos de enfermagem, farmácia, educação física, fisioterapia e nutrição (que está sendo implantado), formando profissionais engajados com o Sistema Único de Saúde. O processo educativo junto à gestão articula uma multiplicidade de identidades profissionais e institucionais e uma multiplicidade de interesses ético-políticos, mas é possível detectar a mobilidade dos grupos técnico-profissionais entre o campo da saúde coletiva e os núcleos identitários das profissões, assim como é possível detectar o maior conforto nos diferentes segmentos de saberes e práticas independentemente da escolha profissional em curso. A atuação multiprofissional de maneira interdisciplinar fortalece as carreiras como núcleos de produção técnico-científica, mas também amplia a reinvenção destes núcleos, dando às profissões a potência da maior destreza e autonomia intelectual que se traduzirão em aperfeiçoamento da gestão e da atenção à saúde, como da própria formação e das profissões. O encontro multiprofissional não anula as profissões; o que se encontra são novos perfis ou novos elencos profissionais.

6.6 Referências bibliográficas

AGUIAR, A . C. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica. Interface - Comunicação, saúde e educação, v. 8, p. 161-66, fev. 2001.

DECLARATION OF ALMA-ATA. International conference on primary health care, alma -ata. USSR, p. 1-3, sep. 1978.

DIRETRIZES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA - Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 7ª Conferência nacional de saúde. Brasília, 1980.

_____. 8ª Conferência nacional de saúde. Brasília, 1986.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS. A saúde no Brasil. Brasília, 1998.

PUSTAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B. SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial. Condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996. p. 17-21

2. OBJETIVOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

7.1 Objetivo Geral

Formar um profissional médico generalista que saiba resolver os problemas comuns de saúde e doença da comunidade, tendo compromisso com o bem estar do ser humano, independente, de sua condição social, além de contribuir para a criação de novos conhecimentos, a partir da prática baseada em evidências científicas.

7.2 Objetivos Específicos

A partir das atividades pedagógicas desenvolvidas no curso o estudante de medicina deverá:

- desenvolver sensibilidade e habilidades para atuar na promoção de estilos de vida saudáveis, nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário, utilizando adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos;
- apropriar-se de conhecimentos para a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças e para a utilização de técnicas apropriadas de comunicação a seus pacientes, familiares e comunidade;
- apropriar-se de conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e desenvolver raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- apropriar-se de conhecimentos necessários ao tratamento correto das principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- desenvolver a sensibilidade para reconhecer as suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral, bem como para a otimização do uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

- apropriar-se de conhecimentos para a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- aplicar os princípios da metodologia científica, de modo a efetuar a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos médicos;
- apropriar-se dos meios (conhecimentos, habilidades e valores) necessários para:
 - compreender de modo abrangente o papel social do médico;
 - desenvolver a disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
 - desenvolver a disposição para atuar em equipes multiprofissionais;
 - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

3. PERFIL DO EGRESSO E COMPETÊNCIAS

8.1 Perfil do Egresso

Tendo em vista as necessidades, demandas e expectativas relativas ao desenvolvimento do setor da saúde na região, bem como as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, o perfil do médico formado pela UNOCHAPECÓ deverá contemplar:

A Formação do médico, generalista, humano, crítico e reflexivo, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. A formação do médico deverá conferir também o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

8.2 Competências e Habilidades

A formação do bacharel em Medicina deverá oportunizar ao profissional a apropriação dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- Atenção à saúde - devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.
- Tomada de decisões - o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas médicas.

- Comunicação - os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- Liderança - liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
tendo em vista o bem-estar da comunidade.
- Administração e gerenciamento - os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- Educação permanente - os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

4. ORGANIZAÇÃO CURRICULAR E PROCESSO PEDAGÓGICO

9.1 Estrutura e Organização Curricular¹⁷

O Curso de Graduação em Medicina da UNOCHAPECÓ, em consonância com as Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação, se estrutura sob um projeto pedagógico centrado no estudante, sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como mediador do processo ensino-aprendizagem e em todos os atores sociais envolvidos neste. Objetivando a formação do estudante, como profissional médico efetivará uma articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência.

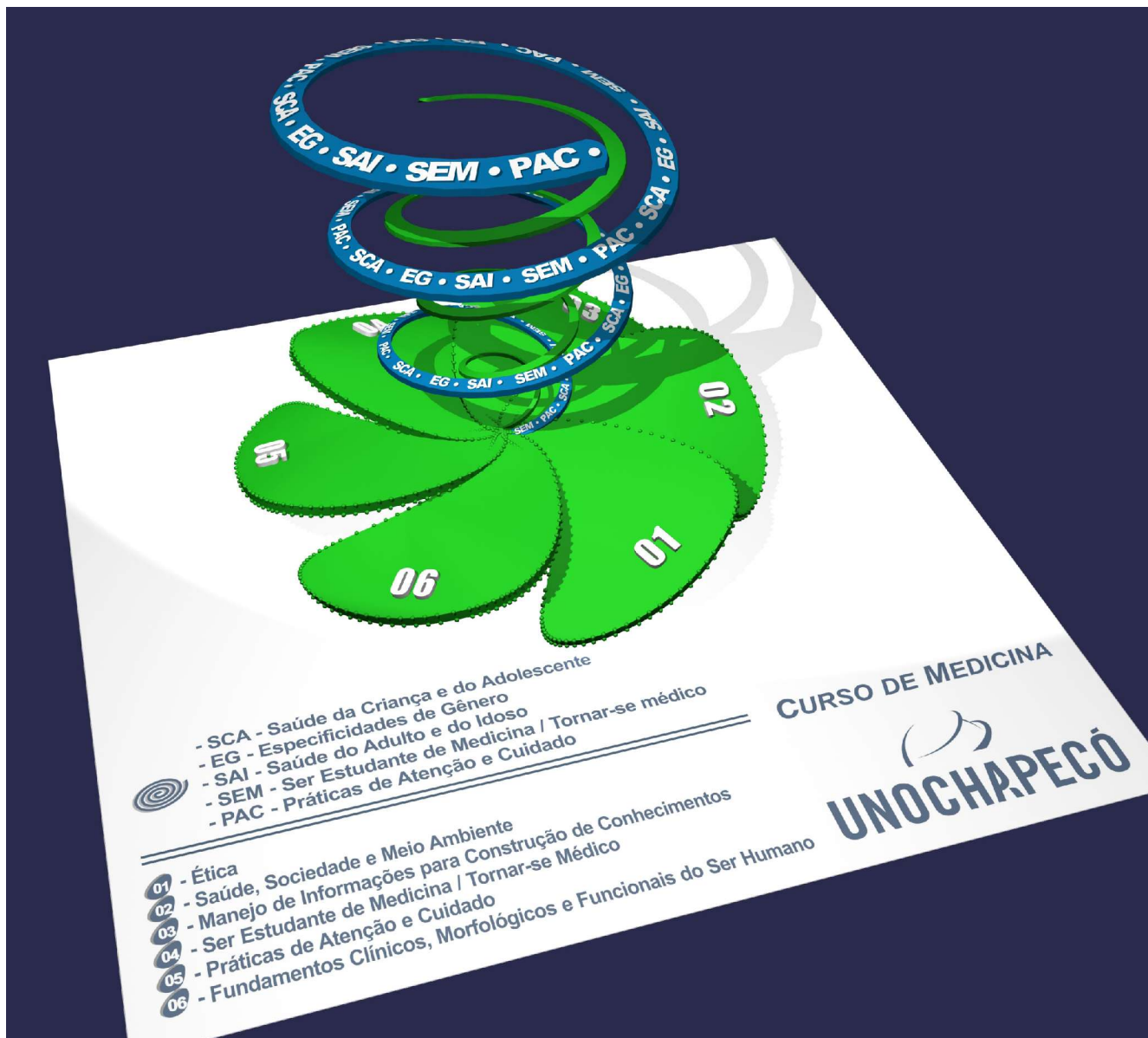
O currículo integrado está representado por uma figura cujo eixo, composto por seis dimensões, gera movimento que atua como força propulsora e integrativa para a construção do conhecimento nos diversos módulos integrados. As dimensões são: “Ética”, “Saúde, Sociedade/ Meio Ambiente”, “Manejo de Informações para Construção de Conhecimentos”, “Ser Estudante de Medicina / Tornar-se Médico”, “Práticas de Atenção e Cuidado” e “Fundamentos Clínicos, Morfológicos e Funcionais do Ser Humano” (FIGURA 19).

As ações integrativas contribuem para auxiliar o estudante a construir um quadro teórico-prático global mais significativo e mais próximo dos desafios que enfrentará na realidade profissional dinâmica, onde atuará depois de concluída a graduação.

FIGURA 19 – Representação gráfica do currículo integrado do curso de graduação em Medicina da UNOCHAPECÓ¹⁸.

¹⁷ Texto organizado por Lea das Graças Camargos Anastasiou, Marcelo Moreno, Ricardo Schmitt, Suely Grosseman.

¹⁸ Representação organizada pela equipe de elaboração deste PPP e construída graficamente pelos Designers Ricardo Pértile e Igor Schmidt.



O processo de ensino e aprendizagem fundamenta-se no desenvolvimento de conhecimentos cognitivos, atitudinais e procedimentais que visam formar um médico ético, reflexivo, humanista, capaz de construir conhecimentos e comprometido com as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde (SUS).

O currículo está organizado por um eixo e módulos ao longo dos semestres, contemplando a temática de cada período. Estes termos são definidos a seguir:

Eixo - unidade longitudinal que perpassa todo o curso, composto pelas seguintes dimensões:

- 1) Ética;
- 2) Saúde, Sociedade e Meio Ambiente;
- 3) Manejo de Informações para Construção de Conhecimentos;
- 4) Ser Estudante de Medicina / Tornar-se Médico;
- 5) Práticas de Atenção e Cuidado;
- 6) Fundamentos Clínicos, Morfológicos e Funcionais do Ser Humano. Neste eixo objetiva-se o contato do estudante de forma contínua e articulada com seus respectivos componentes.

Temáticas – categoria utilizada para definir a orientação seguida em cada semestre¹⁹.
São elas:

- 1) no primeiro e segundo semestres: INTRODUÇÃO À MEDICINA I E INTRODUÇÃO À MEDICINA II;
- 2) no terceiro e quarto semestres: O SER HUMANO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA I e II;
- 3) do quinto ao oitavo semestres: AGRAVOS À SAÚDE I, II, III E IV
- 4) a partir do nono semestre: INTERNATO EM PEDIATRIA, CLÍNICA MÉDICA, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, CLÍNICA CIRÚRGICA E SAÚDE COLETIVA.

Módulos - unidades curriculares integradas e articuladas pelo eixo, possibilitando a integração dos conteúdos e práticas do ensino.

Semestres - unidades de tempo, nas quais serão desenvolvidos os módulos de ensino.

Formação complementar optativa – unidade curricular oferecida de forma optativa desde o primeiro semestre.

A organização dos módulos e semestres deverá contemplar:

Turnos de atividades conjuntas resguardando-se (dois) turnos livres em cada semana para o estudante utilizar com estudos/ atividades pessoais;

¹⁹ Cada numeração corresponde a um semestre.

Cada módulo e semestre terá um coordenador responsável;

Durante todo o período da graduação serão realizadas atividades integradoras de planejamento e avaliação/acompanhamento entre estudantes e professores da respectiva fase e entre estes e o coordenador do curso. As atividades integradoras se darão da seguinte forma:

- encontro entre os docentes participantes de cada módulo a cada 15 dias (organizado pelo coordenador do módulo)²⁰;
- encontro entre os docentes de todos os módulos envolvidos em cada semestre em questão a cada 30 dias (organizado pelo coordenador do semestre);
- encontro entre os docentes e discentes envolvidos em cada módulo a cada 15 dias (organizado pelo coordenador do módulo e um representante discente)²¹;
- encontro entre os docentes envolvidos no módulo em questão, com os tutores e discentes a cada 7 dias²².

9.2 Conteúdos

No primeiro e segundo semestres do curso, Introdução à Medicina I e Introdução à Medicina II, compreende o estudo dos fundamentos das dimensões do eixo. É iniciada a apreensão de conhecimentos relativos à história da Medicina e aos aspectos biopsicosociais do ser humano saudável e suas inter-relações com a família, comunidade e ambiente de trabalho. Neste momento, o estudante se insere no contexto universitário e na comunidade, de forma que passe a conhecer, interagir e relacionar-se com as pessoas, os aparelhos comunitários e diferentes cenários de práticas que serão parte importante e ativa na construção do seu conhecimento.

Para tanto, os módulos deste período serão:

- Ética, Saúde, Sociedade e Meio Ambiente I e II

²⁰ Exceto no módulo que contém um docente, onde o encontro com a finalidade integradora se dará durante o processo de construção de aprendizagem referente ao módulo em questão.

²¹ Idem.

²² Durante o próprio desenvolvimento do módulo, sendo o momento determinado pelos sujeitos envolvidos.

- Ser Estudante de Medicina / Tornar-se Médico I e II
- Práticas de Atenção e Cuidado I e II
- Manejo de Informações para Construção de Conhecimentos I e II
- Fundamentos Clínicos, Morfológicos e Funcionais do Ser Humano I e II

Entre o terceiro e oitavo semestres do curso, o currículo integrado terá módulos seqüenciais com construção de conhecimentos em nível de complexidade crescente (representados na figura como uma espiral ascendente), procurando estabelecer correlação e aprofundamento entre os conhecimentos apreendidos e as necessidades sociais de saúde encontrados na população em seus diferentes níveis. Os Módulos são:

- Saúde da Criança e do Adolescente I, II, III, IV, V, VI
Saúde da mulher
- Especificidades de Gênero I, II, III, IV, V, VI
Saúde do homem
- Saúde do Adulto e do Idoso I, II, III, IV, V, VI
- Ser Estudante de Medicina; Tornar-se médico III, IV, V, VI, VII, VIII
- Práticas de atenção e cuidado III, IV, V, VI, VII e VIII

Do nono semestre ao final do curso, o estudante deverá estar apto para cumprir o Estágio Curricular Obrigatório. Esse estágio, com duração de dois anos, caracteriza-se por treinamento supervisionado em serviço, devendo incluir atividades em cada área, na atenção primária, secundária e terciária. São componentes do Estágio Curricular Obrigatório:

- Clínica Médica

- Clínica Cirúrgica
- Ginecologia e Obstetrícia
- Pediatria
- Saúde Coletiva

Formação complementar optativa - serão oferecidos módulos optativos o qual o estudante deverá incluir em sua formação no mínimo 150 horas (10 créditos), de um total de 300 horas/aula (20 créditos).

- Inglês para Ciências Médicas
- Aspectos teórico-práticos em Informática Médica
- Patologia Clínica
- Diagnóstico por Imagem
- Aspectos teórico-práticos em Homeopatia
- Aspectos teórico-práticos em Acupuntura
- Aspectos teórico-práticos em Otorrinolaringologia e Oftalmologia
- Psiquiatria Infantil
- Aspectos teórico-práticos em Anestesiologia
- Introdução à Terapia Intensiva

Atividades curriculares complementares - os acadêmicos matriculados no curso de graduação em medicina para a integralização curricular deverão realizar 120 horas de atividades curriculares complementares em conformidade com o que dispõe o seu Regulamento (anexo IV).

9.3 Programas de Aprendizagem

No currículo com matriz integrada, a parceria no domínio do conhecimento e a articulação dos conhecimentos por eixo, possibilitam elementos teórico-práticos necessários ao foco, à questão ou a superação do problema estudado pelo grupo de trabalho composto por estudantes e professores.

A necessidade do planejamento integrado levou à busca de uma forma de discussão e intercessão de conteúdos que, nos clássicos currículos jesuíticos, eram trabalhados de forma isolada. Para o encaminhamento deste processo integrativo, efetiva-se o registro dos elementos norteadores do processo de ensino e de aprendizagem (ementas, objetivos, rol de conteúdos, metodologia e forma de acompanhamento ou avaliação), nos Programas de Aprendizagem. Estes são organizados de forma a facilitar o registro dos avanços integrativos dos conteúdos, entre si e com a realidade, facilitando a compreensão e efetivação destes processos de avanço tanto para os docentes quanto para os estudantes.

Assim, os Programas de Aprendizagem são os documentos nos quais se registra o contrato didático²³ pretendido para cada etapa do curso a ser construída pelos professores e estudantes.

Diferentemente dos Planos de Ensino em que o professor, individualmente, centrava suas preocupações e ações na melhor forma de ensinar um conteúdo, na construção de um Programa de Aprendizagem o foco direciona-se para a aprendizagem do estudante, sendo com ele compartilhado, discutido, analisado e avaliado.

Por se tratar de ação inovadora, nele se aprofundarão situações contínuas de integração das antigas disciplinas, por aproximações sucessivas ou por revolução, em torno de conteúdos, ações, temas, problemas, ou eixos comuns, abarcando, contemplando, unindo elementos, princípios, conceitos, leis, pertinentes às antigas disciplinas, num contexto ou todo, significativo e relacional.

²³ É denominado de Contrato Didático aos aspectos dos elementos norteadores do Programa de Aprendizagem, que se combina no início do semestre, sobre formas de atuação de professor e estudantes: objetivos a serem alcançados, metodologias, formas de avaliação, datas de entrega de trabalhos, enfim, os papéis de cada um. A este respeito, vide Masetto, M. T, Competência Pedagógica do Professor Universitário, São Paulo:Summus, 2003 e BEHRENS.M. A e JOSÉ E. M.A. Aprendizagem por projetos e os contratos didáticos.In: Revista Diálogo Educacional – Programa de Pós-graduação em educação – PUCPR v.2, nº 3, jan/hun 2001.

Os elementos essenciais a serem registrados nos formulários dos Programas de Aprendizagem podem hoje ser resumidos em:

- elementos de identificação,
- importância do programa na formação do profissional pretendido;
- situações e ou momentos em que os conteúdos (conceituais, factuais, procedimentais e atitudinais) serão utilizados na futura profissão;
- objetivos gerais e específicos;
- identificação da lógica própria da área;
- tipos de conteúdos e conhecimentos prévios;
- metodologia e estratégias mais adequadas,
- formas de acompanhamento do processo pretendido e dos produtos obtidos.

Para construir Programas de Aprendizagem é essencial discutir coletivamente a ação docente em relação a um estudante histórico e contextualizado, que deverá assumir o rumo de sua auto-construção profissional como sujeito de seu processo de aprendiz. Esse “assumir-se” não se dará de forma mágica, mas como resultante da ação coletiva de todos os professores com aos estudantes, ao longo de sua caminhada na universidade. Há que se considerar que os grupos de discussão contínua são essenciais e devem ser previstos e efetivados na caminhada da construção curricular.

Avaliar é estabelecer juízo de valor sobre o que seja relevante, para tomada de posição: no caso de currículos universitários atuais, os objetivos do PPP determinam o que seja relevante. Como se pretende que estudantes de Medicina se transformem em profissionais médicos, a tomada de posição deverá se dirigir sempre a este rumo: possibilitar a integração e o sucesso da aprendizagem dos estudantes do curso.

Neste contexto a avaliação toma um caráter integrativo, dinâmico, propulsor de mudanças na direção de rumos, sempre no sentido de integrar cada vez mais o estudante na construção pessoal e coletiva de conhecimentos, na solução de problemas, na pesquisa, portanto, na ampliação contínua e gradativa de conhecimentos dos quadros teóricos e práticos da área da saúde.

Será, portanto, um acompanhamento processual, centrando-se nas ações propostas no PPP do Curso de Medicina, e dos registros dos Programas de Aprendizagem; assim, o acompanhamento da ação coletiva do ensinar a de fazer apreender fica sob a responsabilidade do colegiado docente, como focos do processo coletivo e do próprio currículo proposto, cabendo-lhe realizar processualmente as adequações e melhorias que se fizerem necessárias.

Num currículo integrado, o sistema de avaliação abarca a análise dos avanços efetivados no processo de ensino-aprendizagem: pelo estudante de Medicina, futuro profissional médico; pelo professor, como tradutor dos elementos do quadro científico para o nível de apreensão crescente dos estudantes; e, pelos conteúdos, sejam cognitivos, procedimentais e atitudinais, propostos e sistematizados.

A avaliação/ acompanhamento dos avanços dos estudantes deve considerar que este necessita estar plenamente informado do modo como será acompanhado/ avaliado, compreendendo e participando do processo como um todo. A sistemática de avaliação deve contemplar uma análise integrada da participação do estudante em todas as atividades teórico-práticas.

²⁴ Texto organizado por Léa das Graças Camargos Anastasiou

Esta é uma nova visão no processo avaliativo, que supera por incorporação o *habitus* da verificação, historicamente tão forte entre nós. Num processo de acompanhamento são importantes tanto as aprendizagens cognitivas, quanto as procedimentais e atitudinais, pois estes são aspectos mutuamente dependentes. Todo conhecimento cognitivo dirige-se aos procedimentos e atitudes profissionais pretendidas na área em questão. Por isto, estes elementos precisarão estar bem explicitados nos Programas de Aprendizagem, facilitando o acompanhamento e correção dos rumos necessários ao processo, assim como o avanço na construção de instrumentos de acompanhamento cada vez mais diretamente associados às aprendizagens objetivadas.

No entanto, nosso *habitus* verificativo focou-se, nestes últimos 500 anos, principalmente nos aspectos cognitivos (conteúdos factuais; conhecimentos de fatos, acontecimentos, situações, fenômenos concretos e singulares), muitas vezes apreendidos de forma predominantemente memorizativa, sem objetivar-se uma associação com procedimentos e atitudes deles decorrentes. Tratava-se de um processo verificativo, que é apenas uma parte do processo avaliativo, ou seja, uma das suas funções, que é a classificatória.

Na função classificatória cabe o uso das normas para construções científicas de instrumentos, formalmente chamados de provas ou exames, que, no caso de um currículo integrativo como este, serão também utilizados como diagnósticos. Cabem também cuidados que buscaremos explicitar a seguir.

10.1 Da natureza construtivista da aprendizagem

Nossa estrutura cognitiva está configurada por uma rede de esquemas de conhecimento, que se definem como representações que uma pessoa possui, num momento dado de sua existência, sobre algum objeto de conhecimento; estes esquemas são revisados, modificados, complexificados, adaptados, de forma contínua, num currículo integrativo.

O nível de desenvolvimento e os conhecimentos anteriores interferem nessa construção, pois a aprendizagem se constitui numa revisão, re-integração, com estabelecimento de relações, conclusões e sínteses cada vez mais ampliadas, numa reconstrução de esquemas constante.

Nesse contexto, a atividade mental passa por desequilíbrios, equilíbrios e reequilíbrios, nos quais interferem tanto os fatores e capacidades cognitivas, quanto os de equilíbrio pessoal, interpessoal e os referentes à inserção social: há uma complexidade a ser conhecida e compreendida pelos professores e estudantes desse processo.

O movimento pretendido pelo currículo e expresso nos Programas de Aprendizagem ocorre por meio da síncrese (que é a visão inicial, não elaborada e as vezes caótica), pela análise (que se efetiva a partir das atividades propostas pelos professores aos estudante), para a síntese (que é a conclusão efetivada no pensamento e pelo pensamento do estudante).

Como elemento auxiliar deste processo, estabelece-se uma tipificação dos conhecimentos, visando facilitar a análise do que é integrado, pois fatos, conceitos, técnicas, atitudes e valores não se dão de forma compartimentada na apreensão realizada pelo estudante, uma vez que a realidade é una e complexa, no sentido de ser tecida junta. Todo conteúdo ou *saber* contem um *saber como*, um *saber quê*, um *saber porque*, um *saber para quê* ... Quanto mais os Programas de Aprendizagem conseguirem retratar esta integração, mais chances e facilidade terão os estudantes de estarem realizando a apreensão desta complexidade, desta tessitura integrada do que é a saúde, o ser humano, as relações sociais e a ação como profissional da área.

Para os professores fica o desafio deste novo olhar acerca dos antigos ou tradicionais conteúdos programáticos, organizando-se em processos onde a integração se constitui objetivo comum a todos.

10.2 Tipologia de análise dos saberes escolares e formas de acompanhamento

Para nosso trabalho, pontuamos que os conteúdos chamados cognitivos englobam *conteúdos factuais*: conhecimentos de fatos, acontecimentos, situações, fenômenos concretos e singulares, às vezes menosprezados, mas indispensáveis e cuja aprendizagem é verificada pela reprodução literal; e os *conceituais* (conjunto de fatos, objetos ou símbolos, princípios e leis e regras que se produzem num fato, objeto ou

situação); eles exigem memorização, mas possibilitam elaboração e construção pessoal, nas interpretações e transferências para novas situações. (Zabala, 1998).

A avaliação dos conteúdos factuais e conceituais se dá pela compreensão ou entendimento do seu significado, o que implica saber repetir e aplicar a conceituação, lei ou princípio, expor, situar, interpretar o fato, em situações que nunca estão terminadas, ou seja, podem ser constantemente ampliadas. São atividades complexas, exigindo elaboração e construção pessoal.

No *aspecto psicomotor*, encontramos os conteúdos procedimentais: conjunto de ações ordenadas e com um fim, incluindo regras, técnicas, métodos, destrezas e habilidades, estratégias e procedimentos; podem ser verificados pela realização das ações dominadas pela exercitação múltipla e tornados conscientes pela reflexão sobre a própria atividade.(Zabala, 1998).

Os chamados conteúdos procedimentais incluem regras, técnicas, métodos, destrezas, habilidades, estratégias e procedimentos: conjunto de ações ordenadas para um fim, dirigidas para realização de um objetivo. Incluem: ler, desenhar, observar, calcular, classificar, traduzir, interferir, desempenhar, aplicar, demonstrar, resenhar, etc.

Podem ser assimilados por diferentes tipos de ações:

Ações que envolvem o motor/cognitivo.

Ações ou procedimentos compostos desde poucas até múltiplas ações.

Ações que envolvem um maior grau de determinação ou ordem de seqüência e complexidade.

A forma de acompanhamento ou avaliação tem a ver com os elementos da aprendizagem: alguns são apreendidos por modelagem, por imitação ou por construção, contendo uma conjunção de ações das mais simples às mais complexas. Aprende-se a fazer, fazendo-as, por exercitação múltipla, devendo-se executá-la tantas vezes quanto necessário à aprendizagem pretendida, em seus passos ou momentos previsíveis, realizando-se as correções de rumos também continuamente. Por isto, o processo de acompanhamento/avaliação deve ser contínuo, para as devidas correções em tempo, durante o processo.

É a reflexão sobre a ação, sobre seu desenvolvimento e efetivação que dará a retroalimentação necessária à devida correção. Todo conteúdo procedimental possui um componente teórico a ser associado, para fundamentar o procedimento funcional, relativo ao uso, práxis e função.

Poderíamos propor uma seqüência contínua de ação → exercitação → reflexão → revisão → correção → nova ação.

A aplicação poderá se dar em contextos habituais e diferenciados, devendo haver treino ou exercitação para isto.

No aspecto *afetivo* encontramos os *conteúdos atitudinais*, que podem ser agrupados em valores, atitudes e normas, verificados por sua interiorização e aceitação, o que implica conhecimento, avaliação, análise e elaboração. (Zabala, 1998). Trata-se de uma elaboração complexa de caráter pessoal, a ser construída processualmente.

Retomando, poderíamos lembrar que:

Valores englobam princípios ou idéias éticas que permitem as pessoas emitir juízo sobre condutas e seu sentido. Em cada momento do curso, a partir do perfil do médico proposto no projeto, os valores podem ser estabelecidos e ou destacados, entre eles solidariedade, respeito, responsabilidade, liberdade. O processo de acompanhamento dos valores interiorizados deve ser elaborado a partir de critérios.

As *atitudes* referem-se às tendências ou predisposições relativamente estáveis para atuar de certa maneira. Refletem os valores adotados tais como cooperar, ajudar, respeitar, participar, contribuir. O acompanhamento de atitudes é também processual pela freqüência do pensar, do sentir e do atuar de forma mais ou menos constante frente ao objeto empírico ao qual se dirige essa atitude; podem ocorrer desde manifestações instintivas com certo grau de automatismo e escassa reflexão, até maior suporte reflexivo, fruto de clara consciência dos valores que as regem.

Normas referem-se a padrões ou regras de comportamento, ou à forma pactuada de realizar certos valores. O *acompanhamento de normas* ocorre em diferentes graus: num primeiro, mediante a simples aceitação, depois num processo de conformidade, que implica certa reflexão, até chegar à interiorização, funcionando como regra básica de comportamento para o funcionamento da coletividade.

A partir do explicitado fica proposto que o processo de acompanhamento ou avaliação deve acompanhar o desenvolvimento dos estudantes nos três aspectos definidos no Projeto Pedagógico: cognitivo, procedimental e atitudinal.

Há vários desafios a serem explicitados e enfrentados ao longo do processo:

- a definição dos aspectos a serem colocados como alvos (relativos aos objetivos da área e à metodologia efetivada com os estudantes no processo);
- a definição das formas de registro/ acompanhamento destes aspectos;
- a adequação desta nova forma de acompanhamento à prática pedagógica de todos os docentes e dos estudantes.
- a transformação dos registros em notas, por estarmos ainda num sistema curricular classificatório, embora as aberturas presentes na LDBEN 9394/96 facilitem enormemente este processo de avanço.

10.3 Os instrumentos e registros do acompanhamento ou avaliação.

O currículo do curso de Medicina da UNOCHAPECÓ está estruturado ao redor de 1 eixo composto por 6 dimensões e de módulos, que agrupam conteúdos cognitivos, procedimentais e atitudinais. Embora, em diferentes momentos, ocorram predominância do cognitivo, e/ou procedimental e/ou atitudinal, todos eles co-existem, devendo ser acompanhados os aspectos objetivados em cada momento.

Dito de outra forma: como todo conteúdo contém, em si, uma forma de assimilação, apesar de alguns levarem a construções predominantemente procedimentais, ainda assim uma atitude e um valor lhes são atribuído e uma relação afetiva é estabelecida com ele; é nesse contexto que todos os componentes estarão avaliando os três aspectos, com diferentes níveis de predominância.

Visando clarear as formas de acompanhamento, será necessário construir os instrumentos de registro que serão utilizados. Por serem processuais, eles deverão ser constantemente aperfeiçoados. Portanto, é preciso ficar explicitado que os mesmos sofrerão modificações sempre que necessário.

Um instrumento de verificação predominantemente cognitivo oferece também elementos para os aspectos psicomotores e afetivos, pois estes são interdependentes. Mas existem instrumentos específicos para acompanhamento de aspectos específicos.

É importante pontuar que o processo avaliativo e o instrumento selecionado devem refletir o que foi efetivamente trabalhado com os estudantes, devendo ser definidos e construídos a partir de vários determinantes:

- tipo de área/ ou foco: conforme PPP do Curso e constante no Programa de Aprendizagem, sendo predominantemente conceitual, atitudinal, ou psicomotor;
- rol dos objetivos propostos e os efetivados naquele período avaliado;

- metodologia efetivada em aula: um instrumento deve retomar as operações de pensamento que tenham sido efetivamente sistematizadas nos momentos de estudos, em classe ou em continuidade dela;
- tempo previsto, real e disponível para realização das tarefas da verificação;
- definição dos critérios para correção das questões propostas e valoração das mesmas;

A partir destes elementos, passamos à explicitação de possibilidades acerca dos instrumentos. Uma listagem como a que se segue nos possibilita estabelecer algumas especificidades:

1 – No aspecto cognitivo os instrumentos mais usados são:

- provas com questões objetivas ou dissertativas ou predominantemente teóricas ou práticas;
- trabalhos de sínteses, aplicações, artísticos, etc;
- relatórios. Resumos. Resenhas;
- seminários e trabalhos grupais;
- portfólios;
- análise de textos e vídeos

É bom lembrar que para as provas com questões objetivas, a correção se dá por padrões. Para questões dissertativas ou construtivas, que exigem construção por parte dos estudantes (operações mentais que vão além da simples memorização, tais como, análise, síntese, resolução de problemas, comparação, juízo ou julgamento, etc) é preciso construir os critérios de correção e referendá-los, após utilização de amostragem da turma.

Para os demais tipos de instrumento, é necessário definir e discutir com os estudantes os critérios relativos aos objetivos da área e à metodologia efetivada e

registrados nos Programas de Aprendizagem: estes se tornarão o norte do processo de acompanhamento.

Após a correção das atividades de toda a turma, é necessário realizar a tabulação do processo: questões que apresentaram maiores índices de hipóteses incompletas (chamadas também de “erro”), devem ser retomadas com a classe, preferencialmente em discussões coletivas. Questões sem qualquer índice, ou com baixíssimo índice de acerto, devem ser anuladas e ter seu conteúdo/forma retomados criteriosamente.

2 - Para o aspecto psico-motor alguns instrumentos podem ser utilizados:

- protocolo com roteiro básico de etapas e ações a serem efetivadas e acompanhadas;
- fichas de observação ou fichas registros para supervisão da prática, da clínica ou atividades com manequins, e outras ações e aprendizagens a partir de modelos;
- roteiros para atividades de campo, construídos a partir dos objetivos e das condições concretas de efetivação das atividades;

A checagem do protocolo, das fichas de observação e outras deve ser efetivada em dois níveis: auto e hetero-avaliação. No caso da hetero, podendo ser feita pelos pares (nos casos de trabalhos em equipes) e pelo professor, ou em conjunto com o paciente atendido.

Como se referem aos conteúdos procedimentais incluem regras, técnicas, métodos, destrezas, habilidades, estratégias e procedimentos: conjunto de ações ordenadas para um fim, dirigidas para realização de um objetivo. Incluem ler, desenhar, observar, calcular, classificar, traduzir, interferir, desempenhar, aplicar, demonstrar, resenhar, etc. Portanto, estão presentes em diferentes áreas curriculares .

3- Para o aspecto afetivo os instrumentos mais utilizados são:

- memorial: utilizado com sucesso para processos de auto-conhecimento e descrição pessoal e processual;

- relatório;
- observação, com fichas de incidentes;
- anedotário para registro de atitudes fora do habitual;
- entrevistas;
- aconselhamento;

Pontuamos que esta listagem de instrumentos não tem a pretensão de ser conclusiva, ficando registrada para ser complementada no processo.

Do exposto, podemos concluir que a complexidade de avaliar ou de acompanhar o processo de aprendizagem e de ensino é algo a nos desafiar cotidianamente. O enfrentamento a este desafio é hoje possibilitado pela atual legislação, pois a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de número 9394/96, abre e sugere processos nos quais a avaliação ocorra de forma contínua, processual, com caráter predominantemente diagnóstico. No entanto, embora a lei já vá completar dez anos, ainda predominam ações tradicionais, verificativas, punitivas e excludentes, nos processos ditos avaliativos. Cabe a nós, no momento de transformação curricular, usar de coerência também nas ações de acompanhamento ou avaliação, iniciando a mudança nos rumos também deste processo.

10.4 Sistemática de Avaliação²⁵

10.4.1 Distribuição dos conceitos

A avaliação discente está fundamentada em três tipos de conhecimentos a serem desenvolvidos: cognitivos, procedimentais e atitudinais.

Em cada módulo, o estudante será avaliado quanto aos conhecimentos adquiridos, obedecendo a seguinte proporção:

²⁵ Elaborada pela equipe de construção do PPP e organizada por Ricardo Schmitt.

- Conhecimentos cognitivos – peso 50% da nota
- Conhecimentos procedimentais – peso 25% da nota
- Conhecimentos atitudinais – peso 25% da nota

No módulo Ser estudante de Medicina/ Tornar-se médico, a proporção será modificada em conformidade com os objetivos propostos. A nota será distribuída da seguinte maneira:

- Conhecimentos cognitivos – peso 30% da nota
- Conhecimentos procedimentais – peso 30% da nota
- Conhecimentos atitudinais – peso 40% da nota

No módulo Práticas de Atenção e Cuidado, a proporção também será modificada em conformidade com os objetivos propostos. A nota será distribuída da seguinte maneira:

- Conhecimentos cognitivos – peso 30% da nota
- Conhecimentos procedimentais – peso 40% da nota
- Conhecimentos atitudinais – peso 30% da nota

O estudante só será aprovado no módulo em questão, se a avaliação de cada conhecimento (cognitivo, procedimental e atitudinal), atingir o mínimo de 50% da nota correspondente.

10.4.2 Momentos da avaliação

A avaliação dar-se-á em dois momentos já definidos pela regulamentação de avaliação da UNOCHAPECÒ, que consiste em “G1” e “G2”.

Para os estudantes que não conseguirem alcançar o conceito mínimo para aprovação no módulo, serão submetidos a uma avaliação focada nos aspectos de

maior dificuldade, que segundo a regulamentação da avaliação da UNOCHAPECÔ, corresponde a “G3”.

10.4.3 Sujeitos participantes da avaliação

Todos os professores participantes do módulo contribuirão na construção do conceito obtido pelo estudante. Ao coordenador do módulo, assessorado pelo respectivo coordenador de semestre, caberá a integração dos conceitos emitidos pelos docentes e a divulgação do conceito final.

Aos estudantes caberá a discussão dos instrumentos utilizados nas avaliações, bem como a adoção de uma postura crítica sobre o seu próprio desempenho, sendo estimulado a interagir com as comissões de apoio do curso na busca da superação de dificuldades coletivas e individuais.

11.1 Gestão do Curso de Medicina

A operacionalização de todas as atividades pertinentes ao currículo de Medicina será de responsabilidade do Colegiado do Curso de Medicina, presidido pelo Coordenador de Curso. A gestão estará organizada em Comissões para trabalhar de forma integrada os diversos aspectos pertinentes ao desenvolvimento acadêmico. As comissões serão instituídas pela Coordenação do Curso, ouvida a Direção de Centro e atendidos os ordenamentos institucionais e os critérios de distribuição de carga horária vigentes na Universidade e trabalharão permanentemente em aspectos variados do curso, corrigindo rumos, aperfeiçoando os módulos temáticos, propondo novos problemas, aprimorando os módulos de práticas de interação ensino, serviço e comunidade, como também os módulos de habilidades e atitudes profissionais, gerenciando o desempenho de estudantes e docentes.

As Comissões de Apoio poderão ter caráter permanente, sendo que seus membros farão rodízio regular com os demais membros pertencentes ao colegiado. A substituição obedecerá o princípio da gradatividade, operando-se periodicamente a substituição parcial dos membros, de modo que ao cabo de algum tempo toda a comissão seja substituída. Este método de substituição garante que a comissão conte com membros experientes convivendo com novos membros e o trabalho de revisão permanente do currículo tenha continuidade. Os critérios detalhados de substituição dos membros da comissão serão definidos no Regimento Interno do Colegiado de Curso, a ser elaborado imediatamente após a sua implantação. (Anexo VI, organograma de Gestão do curso de Medicina).

²⁶ Texto organizado por Marcelo Moreno e Ricardo Schmitt

As Comissões Permanentes de Apoio do curso de graduação em Medicina são as seguintes:

- Comissão de Planejamento e Acompanhamento Curricular – terá por finalidade planejar o conteúdo e execução de cada módulo, assim como acompanhar e revisar o desenvolvimento integrado de todos os módulos do curso. Esta comissão será composta pela coordenação do curso, um docente do CCS, um docente do curso de Medicina e um Pedagogo, indicado pelo Centro de Ciências da Educação.

- Comissão de Apoio Psicopedagógico Docente e Discente - orientará e apoiará os estudantes, ao longo do curso, no que diz respeito às suas necessidades acadêmicas e/ou emocionais; assessorará docentes no enfrentamento de dificuldades no trabalho com estudantes que por ventura venha a apresentar alguma problemática. Esta comissão será formada por um Médico psiquiatra, um Psicólogo, um Assistente Social e um Pedagogo.

- Comissão de Profissionalização Docente – Atuará no desenvolvimento das atividades de sensibilização e profissionalização docente, a partir das necessidades constatadas no corpo docente, priorizando o foco da aprendizagem baseada em problemas. No desenvolvimento de suas atividades esta comissão poderá contar com apoio de assessoria interna (Núcleo de Apoio Psicopedagógico da UNOCHAPECÓ) e externa.

- Coordenadores de Semestre – cada turma do curso de Medicina contará com uma Coordenação de semestre, com o objetivo de articular e acompanhar as atividades de planejamento, execução e avaliação dos módulos que compõem a fase. O coordenador de semestre será um docente atuante no semestre em questão, definido pelo colegiado do curso.

- Coordenadores de Módulo – cada módulo em desenvolvimento no semestre contará com uma coordenação de módulo, com a finalidade de articular e acompanhar as atividades de planejamento, execução e avaliação dos conteúdos que compõem o módulo. O coordenador do módulo será um docente atuante no módulo em questão, definido pelo colegiado do curso.

O detalhamento das atribuições das comissões e das coordenações de semestre e de módulo será feito no regimento interno do colegiado de curso, imediatamente após a implantação do mesmo.

11.2 Dos docentes

A estrutura curricular do curso de Medicina pauta-se pelos princípios da interdisciplinariedade, com sua aplicabilidade por meio de uma proposta de currículo integrado, articulando módulos, eixos e temáticas das áreas de formação humana, técnica e profissional.

Considerando estas particularidades os módulos curriculares serão lotados no Centro de Ciências da Saúde e os professores responsáveis pela sua execução constituir-se-ão por profissionais lotados nos diferentes Centros, respeitadas as especificidades do currículo.

11.3 Do credenciamento dos docentes

O credenciamento dos docentes dar-se-a por componente curricular (módulo), observado o ementário, ressaltando o caráter coletivo do desenvolvimento do módulo, onde cada docente poderá contribuir com mais ênfase em uma ou mais área do conhecimento. A participação de cada docente no módulo será definida pelo planejamento coletivo.

Considerando que os professores para exercício da docência no curso de medicina serão contratados por meio de processo seletivo, o quadro de docentes constantes neste projeto é de caráter demonstrativo ou seja, visa demonstrar que Chapecó e região possuem um corpo docente qualificado para implantação do curso de graduação em Medicina, o credenciamento docente nos termos do que dispõe o Manual de Normas e Procedimentos acadêmicos em seu título III, capítulos I e II dar-se-ão na medida em que os profissionais forem contratados para o exercício da docência.

11.4 Referências bibliográficas

- ANASTASIOU, L.G.C. Docência como Profissão no Ensino Superior e os Saberes Científicos e Pedagógicos. Revista Univille Educação e Cultura. v.7, n. 1, junho, 2002 e PIMENTA, S.G. Docência no Ensino Superior. V.I, São Paulo, Editora Cortez, 2002.
- ANASTASIOU, L.G.C . Profissionalização continuada do docente universitário, in Viella, M. dos A (org) , Tempos e Espaços de Formação. Chapecó, Editora Argos, 2003.
- ANASTASIOU, L. G. C. e PESSATE, L. A. Processo de Ensino na Universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em aula. Joinville: Univille, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2005. Disponível: <http://www.abem-educmed.org.br/>.
- BRASIL, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Nacionais Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: 2001.
- BRESSAN, C. et al. PDI - Plano de desenvolvimento insitucional - UNOCHAPECÓ. Chapecó: Argos, 2004.
- FRANTZ, V. Universidade comunitária: uma iniciativa não-estatal em construção. Material para subsidiar as discussões do PDI e seminário temático - UNOCHAPECÓ. Chapecó: Argos, 2004.
- LAMPERT, J. B. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tipologia das escolas. São Paulo. Hucitec, 2002.
- LUCKESI C.C.et al. Fazer universidade, uma proposta metodológica. São Paulo. Cortez, 1991.
- UNOCHAPECÓ. PDI - Plano de desenvolvimento institucional - UNOCHAPECÓ. Disponível em: < <http://www.unochapeco.edu.br/pdi/>>.
- VANNUCHI, Aldo. Universidade comunitária: o que é e como funciona. Chapecó: Argos, 2004. (Material para subsidiar as discussões do PDI e seminário temático - UNOCHAPECÓ.)

12.1 Perfil docente

Segundo pesquisa realizada pela Comissão Interinstitucional para Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), a grande maioria dos professores de Medicina entendem a docência como uma atividade complementar à profissão médica. Como decorrência deste perfil docente, a educação médica parece caracterizar-se como um processo de reprodução endógena, sem ênfase na produção de conhecimentos.

O PPP do curso de Medicina da UNOCHAPECÓ, comprometido com uma nova concepção de ensino médico, busca estabelecer um perfil docente alternativo a essa prática tradicional. Precisamos ter em mente que a formação em Medicina implica triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes que é concretizada nos espaços de ensino, pesquisa e extensão, tendo na figura do professor um facilitador e orientador do processo de construção do conhecimento. O docente em Medicina necessita estar engajado numa proposta de pedagogia médica multidimensional, onde os referenciais para o trabalho na sala de aula (e todos os campos de aprendizado da Medicina) sejam os problemas nela vividos, as possíveis soluções, a discussão e o treinamento de técnicas pedagógicas.

O docente do curso de Medicina deve, antes de tudo, conhecer e ser capaz de aplicar as Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina do Ministério da Educação, o PPP do curso de Medicina da UNOCHAPECÓ, assim como as Políticas e Diretrizes da Graduação da UNOCHAPECÓ. Mais especificamente, espera-se do docente de Medicina da UNOCHAPECÓ: a) disposição para trabalhar numa perspectiva interdisciplinar, estando aberto a compartilhar conhecimentos e práticas com outros profissionais; b) estar apto a educar os seus universitários numa perspectiva humanista e generalista promovendo sempre a vinculação do seu aprendizado com a sua realidade social numa

²⁷ Texto organizado pelo docente e médico Ricardo Schmitt.

perspectiva regional e nacional; c) estimular em seus universitários uma postura crítica e reflexiva, fundamentada em princípios éticos e voltada para a compreensão do processo saúde-doença em seus diversos níveis de complexidade; d) ser um conhecedor do processo de produção de conhecimento, desde o seu aspecto histórico, passando pelo papel da pesquisa como modificadora, até os meios e possibilidades de socialização desse conhecimento.

12.2 Competências

As principais competências do docente de Medicina, que definem o seu perfil, são:

- Orientar o acadêmico na construção do conhecimento de modo a facilitar o processo de aprendizagem;
- Ser capaz de utilizar práticas pedagógicas que valorizem a atitude crítica e reflexiva pelo estudante;
- Dominar conhecimentos teóricos, habilidades práticas (possuir sólido conhecimento na área médica), e boa relação médico-paciente e professor-estudante;
- Comunicar-se de modo eficiente e organizado;
- Ser pontual e cumprir a sua carga horária;
- Manter-se atualizado tanto nos conhecimentos específicos de sua área de atuação quanto do ponto de vista pedagógico, analisando criticamente as novas informações.
- Ser capaz de trabalhar em equipe multidisciplinar;
- Ter postura ética e atitudes crítica e reflexiva;
- Ter conhecimento do PPP do curso, bem como saber aplicá-lo coerentemente na sua atividade didática;

- Participar das atividades de planejamento do ensino, como também de congressos e encontros científicos sobre educação médica;

12.3 Processo de Qualificação

Além do domínio do conhecimento científico específico da área, faz-se necessário também que o professor universitário tenha profunda competência pedagógica. Torna-se importante que a universidade crie e/ou intensifique programas de acompanhamento pedagógico e profissionalização docente, realizando encontros e estabelecendo formas de diálogo com os departamentos didáticos, no sentido de tentar superar a antiga dicotomia entre formação técnica e formação pedagógica. Conforme previsto no processo de gestão do curso, a qualificação será gerida pela Comissão de Profissionalização Docente. O processo de qualificação deverá contemplar:

- construção conjunta entre docentes e discentes dos instrumentos de avaliação;
- transformação da avaliação em instrumento de estímulo ao aprendizado;
- avaliação qualitativa de habilidades, postura e conhecimentos;
- avaliação periódica dos conteúdos ministrados, bem como do andamento do curso;
- horas de treinamento em profissionalização docente;
- estímulo à participação de congressos e atividades sobre educação;

12.4 Processo de Seleção

Os critérios para a seleção docente estão dispostos no “Regulamento do Processo de Seleção do Pessoal Docente” da UNOCHAPECÓ de 08/10/2002.

12.5 Tutores

É denominado tutor, o profissional médico, ou da área da saúde, que orientará e acompanhará os estudantes de graduação em Medicina no processo acadêmico em diferentes espaços como unidades de saúde, hospital, visitas domiciliares na comunidade, etc. O tutor possui vínculo empregatício com o órgão gerenciador do espaço em questão, sendo a parceria com a academia de livre arbítrio não envolvendo realção trabalhista. O trabalho da tutoria será acompanhado pelos docentes dos módulos em andamento, onde serão realizadas reuniões semanais entre o tutor, o grupo de alunos e o docente em questão. O tutor que se dispuser a trabalhar em parceria com a Universidade, participará do processo de profissionalização que antecederá o semestre do curso²⁸, e receberá certificação respectiva na modalidade em que for oferecida, além de certificação de participação do processo de ensino-aprendizagem do curso de graduação em Medicina na condição de tutor. Também a Universidade, a título de estímulo, colocará à disposição, destes profissionais, serviços acadêmicos de auxílio à educação continuada como acesso ao acervo da biblioteca (empréstimo de livros e periódicos com os mesmos critérios utilizados ao corpo docente), acesso à internet, nos moldes das condições oferecidas ao seu próprio corpo docente.

Serão necessários, até o oitavo semestre do curso, 24 tutores, (sendo no primeiro e segundo semestres, 8 tutores; terceiro e quarto semestres, 16 tutores; e do quinto semestre em diante o restante). Nos 4 últimos semestres do curso de graduação em Medicina, serão necessários tutores em cada local de estágio dos estudantes, onde a supervisão e orientação caberá aos docentes vinculados à UNOCHAPECÓ.

12.5.1 Perfil dos tutores

- ser um profissional disposto a envolver-se com o ensino, pesquisa e extensão;

²⁸ Vide planejamento da profissionalização docente, gestão do curso e processo de qualificação deste PPP.

- possuir vasto conhecimento da área do conhecimento médico em que atua;
- ser um profissional que concorde com as Diretrizes Curriculares vigentes para a graduação em Medicina;
- ser uma pessoa disponível e aderir ao processo de tutoria voluntariamente;
- estar disposto a participar da profissionalização docente e das reuniões entre os sujeitos envolvidos no módulo;
- ter comportamento profissional ético.

12.6 Referências bibliográficas

- ANASTASIOU, L.G.C. Docência como Profissão no Ensino Superior e os Saberes Científicos e Pedagógicos. Revista Univille Educação e Cultura v.7, n. 1, junho, 2002
- e PIMENTA, S.G. Docência no Ensino Superior, V.I. São Paulo: Cortez, 2002.
- ANASTASIOU, L.G.C . Profissionalização continuada do docente universitário, in Viella, M. dos A (org) , Tempos e Espaços de Formação. Chapecó, Editora Argos, 2003.
- ANASTASIOU, L. G. C. e PESSATE, L. A . Processo de Ensino na Universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em aula. Joinville, Editora Univille, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2005. Disponível: <http://www.abem-educmed.org.br/>
- BATISTA, N.A. & BATISTA S.H. Docência em saúde: temas e experiências. São Paulo, Editora SENAC, 2004.
- MASETTO, M. T. Competência Pedagógica do Professor Universitário. São Paulo: Summus, 2003.
- PDI - Plano de desenvolvimento institucional - UNOCHAPECÓ. Disponível em: < <http://www.unochapeco.edu.br/pdi/>>.
- VASCONCELOS, C. J. Construção do Conhecimento em sala de aula, São Paulo: Série Cadernos Pedagógicos do Libertad no. 2, 1996.