

# Metodologia dialética aplicada à formação médica em uma disciplina na Atenção Básica

## A dialectical methodology applied to medical education in a Primary Care syllabus

Fernanda Amendola\*

Wânia Regina Veiga Martines\*\*

Mayumi Uchoa Nawa Pagotto\*\*\*

Maria Elisa Gonzalez Manso\*\*\*\*

70

### Resumo

Este relato de experiência tem por objetivo divulgar a experiência docente na formação de alunos de um Curso de Graduação em Medicina do município de São Paulo, na Atenção Básica. Por meio da metodologia dialética, são descritas as propostas / objetivos da disciplina Integração Academia, Serviço e Comunidade, em que alunos ingressantes vivenciam conteúdos teórico-práticos direcionados aos princípios do Sistema Único de Saúde, da Estratégia Saúde da Família e da Medicina de Família e Comunidade. Percebeu-se que os três momentos da metodologia dialética: a síntese (mobilização para o conhecimento), a análise (construção do conhecimento) e a síntese (elaboração do conhecimento) contribuem para a qualificação da prática docente e, sobretudo, para a formação de um aluno com visão ampliada e crítica do processo saúde-doença, diante da atual estruturação da Atenção Básica à Saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Educação Médica. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Saúde da Família. Programa Saúde da Família.

### Abstract

The essay aims at making public the pedagogical knowledge on the education of undergraduate medical students in the City of São Paulo, Brazil, in Primary Care. Proposals and objectives of the academic syllabus "Integration between University, Practical Work and Community" (Integração Academia, Serviço e Comunidade) are dialectically described in order to allow medical undergraduate students to fully experience both the practical and the theoretical contents which are the guiding principles of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, acronym SUS), the Family Health Strategy and the Family and Healthcare Medicine. Synthesis (preparation to gather knowledge), analysis (knowledge construction) and synthesis (knowledge elaboration) come together to contribute for streamlining the teaching practice and to provide the medical undergraduate students an expanded and critical view on the health-disease process in view of the current structure of Primary Care in Brazil.

**Keywords:** Education, Medical. Primary Health Care. Family Practice. Family Health. Family Health Program.

\* Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: fernanda\_amendola@yahoo.com.br

\*\* Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: wanregina@terra.com.br

\*\*\* Médica. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: mnawa@uol.com.br

\*\*\*\* Médica. Doutoranda em Ciências Sociais pela PUCSP. Mestre em Gerontologia pela PUCSP. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: mansomeg@yahoo.com.br

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

## INTRODUÇÃO

O artigo 12 das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001) prevê que a estrutura do Curso deve inserir precocemente o aluno em atividades práticas, propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação e vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica<sup>2</sup>, que atribui ao Ministério da Saúde a função de articular junto ao Ministério da Educação estratégias de indução a mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica<sup>2</sup>, haja vista que há carência de profissionais, particularmente de médicos, nesse nível de atenção. O segundo volume do estudo Demografia Médica no Brasil<sup>3</sup> aponta que apenas 55% dos médicos brasileiros estão vinculados ao sistema público de saúde.

Inserida nesse cenário está a disciplina intitulada “Integração Academia, Serviço e Comunidade” (IASC) de um curso de Medicina de uma Instituição Superior de Ensino privada, no município de São Paulo, que procura atender aos critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e Educação, de integração ensino-serviço, bem como a vivência dos alunos com os profissionais que desempenham atividades na área da Atenção Básica à Saúde, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática.

A disciplina faz parte da grade curricular do primeiro e segundo semestres do curso, sendo constituída por um conteúdo teórico (40 horas) e prático (80 horas), que acontecem simultaneamente no mesmo período letivo. Portanto, desde o ingresso no curso, os alunos estão inseridos (em uma carga horária total de 240 horas) nos princípios norteadores SUS e na prática de campo, que acontece nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tais Unidades funcionam de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de atenção adotado pelo

Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica.

Cada UBS recebe grupos de cerca de 8 alunos que contam com supervisão docente, bem como a participação ativa de um médico de família e comunidade, caracterizado como o preceptor local, que, entre outras iniciativas, auxilia o aluno a se inserir na equipe de saúde da família, a interagir e se vincular às famílias cadastradas e ao território, a fim de compreender a lógica das ações desenvolvidas localmente.

Os principais objetivos e desafios da disciplina postos na nossa prática docente são: a sensibilização do aluno no início da formação a valorizar as ações de promoção e prevenção na atenção à saúde, segundo os princípios do SUS; o estímulo à formação de profissionais que atuem pautados pelo espírito crítico e pela cidadania e a motivação e preparo de profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira.

Essa construção prevê a formação de profissionais que tenham espírito crítico, que compreendam o sistema de saúde do País e que reconheçam a importância da Atenção Básica para a melhora do perfil de morbimortalidade da população brasileira.

Para que tenhamos êxito no cumprimento desses objetivos é preciso entender a realidade dos alunos e sua visão de mundo, predominantemente diferenciada dessa proposta, uma vez que vivem em um ambiente social onde a atenção à saúde, em sua maioria, é vivenciada no âmbito da medicina privada brasileira.

Entre os objetivos, não figura o de provocar nos alunos um sentimento de afinidade e afetividade com a área, mas sim, por meio da disciplina, despertar um olhar crítico e ampliado do processo saúde-doença e das práticas de intervenções possíveis nesse processo.

O que pretendemos construir pauta-se em uma visão determinada social e historicamente, totalizante e complexa dos determinantes do processo saúde-doença. Tarefa nada fácil para os alunos que muitas vezes chegam à Universidade com uma visão idealizada da profissão, vinculada a modelos hospitalocêntricos e tecnológicos e com imagens muito bem definidas de como são vistos

(pelo mercado de trabalho e pelo reconhecimento social estereotipado) os tais profissionais bem-sucedidos. Além disso, o entendimento do conceito ampliado de saúde, dos seus determinantes e do Sistema de Saúde brasileiro requer não apenas um conhecimento teórico, mas também uma posição política que acompanha um movimento de práticas transformadoras da realidade.

Este relato de experiência é movido por uma sequência complexa de desafios que temos vivenciado no cotidiano da prática docente, no período entre 2008 e 2012, caracterizada pela permanente inquietação de como contribuir significativamente para o aprendizado e construção do conhecimento de alunos ingressantes de um curso de Medicina, no município de São Paulo, visando a formação de profissionais com perfis adequados às necessidades de saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde.

Segundo Morin<sup>4</sup>, a educação do futuro deverá estar centrada na condição humana. Para o autor, o modelo de educação atual foi herdado pelo paradigma ocidental influenciado por Descartes, que inaugurou o racionalismo e as bases da revolução científica, em que defendia a construção do conhecimento por meio da experimentação, comprovação, separando o sujeito do objeto. Outra importante influência no modelo de educação médica atual foi o Relatório Flexner<sup>5</sup>, realizado pelo pesquisador americano que estudou o ensino médico americano e o comparou com diversos países, concluindo que apresentavam péssimas condições de funcionamento e sugeria uma educação científica, baseada na esfera biológica, com ênfase na especialização, experimentação e centrada no hospital.

Ao contrário do paradigma dominante, para Morin<sup>6</sup>, o erro, a interpretação e as crises de incertezas são características que fazem parte da condição humana, de apreender a realidade na lógica do pensamento complexo, considerando ser inviável a simplificação da realidade para a construção do conhecimento.

Nesse aspecto, o modelo tradicional de ensino não dispõe de instrumentos eficazes para que o aluno consiga verdadeiramente compreender a realidade e ampliar o seu olhar sobre a saúde, tornando-se, assim, um agente transformador na sua prática.

Os artigos 9º e 12º das Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>1</sup> contemplam a construção de um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador desse processo, buscando a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão / assistência. Recomendam que sejam utilizadas metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, lançando mão de diferentes estratégias para uma aprendizagem significativa e transformadora.

Desse modo, buscaremos, na metodologia dialética, embasamento teórico para compreensão das ações de “ensinagem” propostas pela disciplina. O termo “ensinagem” criado pela autora Anastasiou<sup>7</sup> significa tanto a ação de ensinar quanto a de apreender (apropriação do conteúdo, diferente de aprender).

## METODOLOGIA DIALÉTICA

A metodologia dialética, como proposta por Vasconcellos<sup>8</sup>, baseia-se em uma concepção de homem e conhecimento que se contrapõem à metodologia tradicional, expositiva, em que a transmissão do conhecimento é feita pelo professor (detentor do saber), sendo o conteúdo transmitido pronto, acabado, determinado. Na metodologia tradicional, cabe ao aluno assimilar esse conhecimento – inquestionável – acumulado pela humanidade e memorizá-lo pela repetição e exercícios para a fixação desse conhecimento. Em contraposição, a metodologia dialética entende o homem como um ser ativo e de relações, portanto o conhecimento não pode ser “transferido”, mas sim construído pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo.

Isso significa que o conteúdo apresentado pelo professor precisa ser trabalhado, refletido, reelaborado, pelo aluno, para se constituir em conhecimento dele<sup>8</sup>. Caso contrário, o educando não aprende, podendo, quando muito, apresentar um comportamento condicionado, baseado na memória superficial.

A teoria dialética do conhecimento aponta que o conhecimento se dá basicamente em três

grandes momentos: a síncrese (mobilização para o conhecimento), a análise (construção do conhecimento) e a síntese (elaboração da síntese do conhecimento)<sup>8</sup>.

Utilizando-se o referencial teórico da metodologia dialética, procuramos discutir nossa prática na disciplina IASC I, ministrada no primeiro semestre do curso de Medicina, utilizando seus três momentos e considerando as categorias / critérios sugeridas por Vasconcellos<sup>8</sup>, que devem orientar as atividades dos alunos na etapa de construção do conhecimento.

Essas categorias / critérios estão descritas, resumidamente, a seguir: *significação*: o estabelecimento de vínculos e nexos do conteúdo a ser desenvolvido com os interesses dos alunos; *problematização*: na origem do conhecimento está colocado um problema, e o estudo do conteúdo procurará recuperar sua gênese; *práxis*: ação (motora, perceptiva, reflexiva) do sujeito sobre o objeto a ser conhecido, indicando uma aprendizagem ativa, que também possibilita a articulação do conhecimento com a prática social que lhe deu origem; *críticidade*: conhecimento relacionado a uma visão crítica da realidade, buscando a essência (superando a aparência) dos processos naturais ou sociais; *continuidade-ruptura*: ato de partir de onde se encontra o aluno (senso comum, visão sincrética ou inicial) para, sob efeito da análise, pela ruptura, possibilitar a construção de uma nova síntese que represente um conhecimento mais elaborado e qualitativamente superior; *historicidade*: o ato de trabalhar os conhecimentos em seu quadro relacional, destacando que a síntese existente no momento, por ser histórica e contextual, poderá ser superada por novas sínteses. Além disso, identificar e deixar conhecer as etapas de elaboração que a humanidade passou para chegar à síntese atual; *totalidade*: a combinação da síntese com a análise, articulando o conhecimento com a realidade, seus determinantes, seus nexos internos.

## DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

Revisitando a historicidade dos modelos de ensino e as bases do pensamento complexo, a construção do conhecimento e os modelos

educacionais partem de uma concepção histórica de homem e de mundo. Do mesmo modo, o processo saúde-doença ocorre a partir da interação do homem com a natureza em uma relação dialética em que ele a transforma e é transformado por ela. Sendo o homem um ser ativo e de relações, entende-se que o conhecimento também é construído pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo.

Partindo desse pressuposto, como mobilizar os alunos para a compreensão desse processo que, à primeira vista, parece pouco atraente devido a representações já construídas ao longo de sua história de vida, que contempla a ideia de um futuro médico lidando com a mais alta tecnologia e equipamentos de última geração, ultraespecializado, portanto, de maior reconhecimento e detentor maior do saber?

Analisando o contexto histórico-social no qual estão inseridos, pode-se compreender a inclinação para áreas de maior reconhecimento social e *status* profissional. Verificamos um maior número de candidatos por vaga de residência médica nas especialidades que atualmente correspondem à demanda por tecnologias modernas e a supervalorização da aparência, como a Radiologia Médica e a Dermatologia. Por oposição, esses mesmos alunos demonstram um profundo desconhecimento sobre o Sistema de Saúde brasileiro, o perfil epidemiológico da população, as políticas de saúde e o modelo de atenção à saúde adotado no seu próprio município, como demonstrado em alguns estudos nacionais<sup>9,10</sup> e em nossa prática.

Em uma investigação realizada com um grupo de médicos que atuam no Programa Saúde da Família em Botucatu, interior do Estado de São Paulo<sup>9</sup>, que aponta, entre outros achados, a unanimidade ao mencionarem o fato de o curso de graduação não ter dado destaque e capacitação aos médicos para escolher e exercer a profissão na Atenção Básica, gerando despreparo diante da responsabilidade em atender pacientes de diferentes ciclos de vida, sexo e demandas de saúde, além da abordagem integral exigida nesses atendimentos. Além disso, os profissionais referenciam as experiências fragmentadas e hospital-centradas da graduação, com carência de incen-

tivos e informações suficientes para optar pela atuação na Atenção Básica<sup>9</sup>.

Diante desse cenário, o primeiro desafio é: como provocar o interesse e mobilizar esse aluno para a construção do conhecimento na Atenção Básica, em setores públicos e em regiões periféricas e carentes do município? Como aproximar o objeto da Saúde Coletiva para que ele tenha alguma significação dentro do contexto de vida e da visão de mundo desses alunos?

Considerando esse cenário, Vasconcellos<sup>8</sup> faz a seguinte crítica:

A rigor, o educando deveria vir à escola já motivado, a partir de seu contato desafiante com a prática social. Ocorre, no entanto, que, numa sociedade de classes como a nossa, a classe dominante mantém todo um aparato tanto em nível da infraestrutura, como da superestrutura para esgotar e saciar os indivíduos, inserindo-os no circuito da alienação. Dessa forma, os sujeitos que chegam à escola estão marcados por falsas necessidades e por ausência de questionamentos (p. 41)<sup>7</sup>.

Partimos do primeiro momento de síncrese em que é colocada uma situação que sensibilizam os alunos e os motivem a se interessar pelo objeto de aprendizagem. Para isso, no primeiro encontro, colocamos algumas questões sobre o que é saúde e o que é doença e exibimos o documentário “Educação Médica – caminhos e histórias”<sup>11</sup>. Trata-se de um vídeo documental, dirigido por Gilson Gaspodini, realizado pelo Ministério da Saúde – SGTES, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que narra, a partir da trajetória profissional de quatro médicos, importantes mudanças no ensino médico integrando-o ao Serviço de Saúde, utilizando como pano de fundo fatos históricos relacionados às políticas de saúde e educação no Brasil. O objetivo é que comecem a refletir sobre os determinantes históricos que explicam o modelo de educação médica hegemônico e compreendam melhor a proposta pedagógica que irão vivenciar na disciplina, bem como provocar algumas inquietações acerca do papel social e político do profissional médico na sociedade.

Nesse momento, o conhecimento está sendo lançado de forma fragmentada, indeterminada e confusa (momento de síncrese), provocando apenas sentimentos e o início de alguns questionamentos que, com certeza, em algum momento, já havia passado pela cabeça deles, mas de uma forma não consciente e elaborada. Ao final desse primeiro momento, é realizada uma breve exposição da profissão médica: sua história no mundo e no Brasil, e os diferentes perfis do que é “ser médico” em diversos contextos sociais.

No encontro seguinte, é colocada uma situação hipotética em sala de aula, em que os alunos devem contar para uma pesquisadora estrangeira como é o nosso sistema de saúde, aspectos positivos, negativos, forma de financiamento, entre outros. Nota-se o desconforto dos alunos ao se depararem com dificuldades em descrever seu próprio sistema de saúde. Verifica-se, além disso, maior número de informações sobre o sistema suplementar de saúde e aspectos negativos do sistema público. Ressalta-se que raramente a ESF é citada, e a maioria desconhece ou nunca ouviu falar desse modelo de atenção. Após esse momento, é realizada uma leitura em conjunto do editorial da *British Medical Journal* (BMJ) intitulado “Programa Saúde da Família no Brasil: um sucesso custoso-efetivo do qual países de alta renda poderiam tirar lições”<sup>12</sup>. Após a leitura, os alunos expressam surpresa com os dados apresentados no texto sobre o impacto da ESF nos indicadores sociais e de saúde no Brasil, além dos autores citarem o nosso modelo de atenção como um bom exemplo a ser seguido por outros países do mundo.

No encontro subsequente, são apresentadas, brevemente, de forma reflexiva e crítica, as diversas concepções de saúde-doença ao longo da história, um panorama sobre a situação de saúde no Brasil e a Estratégia Saúde da Família inserida nesse contexto. Nesse momento, procura-se enfatizar que a visão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença é o alicerce em que está construído o nosso sistema de saúde, a ESF e a formação médica atual. Por fim, é apresentada a região, na qual os graduandos irão estagiar, informando-os sobre sua geografia, perfil socio-demográfico e de saúde, ao mesmo tempo em

que se procura estabelecer relações do território com as condições de vida e trabalho, que irão determinar os potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde dessa população.

Um dos objetivos da fase inicial de mobilização é que a primeira aproximação à área da saúde se inicie de uma forma não-alienada e crítica. Colocamos, aqui, a alienação também no sentido do processo de trabalho desses alunos, futuros trabalhadores da saúde, que devem ter conhecimento amplo do seu objeto de trabalho, entendendo a historicidade do processo saúde-doença, o contexto no qual está inserido no Brasil e no mundo e os seus determinantes. Em outras palavras, entender para que, para quem e por que as coisas estão colocadas dessa forma atualmente. Atendendo a quais interesses? E questionando-os quanto ao seu papel diante dessa situação, de reproduzir ou de transformar a realidade. Qual o meu papel social? Qual o meu papel como cidadão? No que essa realidade me atinge e me mobiliza? Inicia-se, então, a etapa da construção do conhecimento utilizando-se das categorias de significação e problematização, procurando dar sentido e significado ao objeto de conhecimento em questão.

Segundo Vasconcelos<sup>8</sup>,

a tarefa do educador é ajudar o educando a tomar consciência das necessidades postas socialmente, colaborar no discernimento de quais são as essenciais e na articulação delas com o objeto de conhecimento em questão. Numa sociedade massificadora e alienante, fica evidente a dificuldade do educador em realizar esta tarefa, mas também, por isso mesmo a sua importância (p. 39)<sup>7</sup>.

Assim, para que a aprendizagem seja realmente significativa, deve-se aproximar o objeto à realidade do aluno e não mantê-lo como algo abstrato descolado da realidade. Para isso, a próxima etapa de construção do conhecimento, a práxis, acontece com a aproximação do objeto de conhecimento, na prática, com base em um roteiro norteador para reconhecimento do campo de estágio, da comunidade e população. Os alunos conhecem a equipe de saúde que os acolherá ao longo do ano, o território, o funcionamento da UBS e os serviços oferecidos à população, e

visitam as famílias pertencentes à área da Agente Comunitária de Saúde que irá acompanhá-los ao longo do ano. A partir da coleta dessas informações, do contato com a equipe, população e setores da UBS, os alunos irão assimilar diversos novos conhecimentos em uma fase incluída na categoria de continuidade e ruptura para o início da construção de um novo conhecimento.

Após algumas semanas destinadas à coleta dos dados, os diferentes grupos se reúnem para apresentarem, sob a forma de seminários em grupo, suas experiências e os dados que coletaram. Juntamente com os docentes (e preceptores que, eventualmente, participam do encontro), abre-se para discussão, em uma abordagem problematizadora e crítica do conteúdo apresentado pelos alunos. Aos poucos, aqueles diversos dados, desconexos, vão tomando forma e vão sendo agregados, de forma que a apreensão dos fenômenos relatados ocorra pela construção conjunta entre docentes, preceptores e alunos, valorizando o conhecimento trazido pelos alunos e estimulando novos questionamentos com vistas a uma busca ativa do conhecimento, aprofundando a etapa da criticidade na construção do conhecimento.

Ao longo do semestre letivo, os alunos têm aulas teóricas semanais, em que as experiências da prática são trazidas para o debate. O conteúdo teórico relaciona-se aos temas: determinantes sociais da saúde, vulnerabilidade / risco, sistemas de saúde, princípios do SUS, níveis de atenção, acessibilidade, redes, municipalização, a atenção primária e ESF, humanização em saúde, metas do milênio, conselhos e conferências, conceito de cidadania e interface com a medicina. Pela análise das condições materiais de vida e do estilo de vida, os alunos são instigados a resolver problemas relacionados com diferentes perfis epidemiológicos, interpretando-os com base nos referenciais teórico-práticos.

Com isso constroem o conhecimento, associando o conteúdo com o que é experimentado na prática, englobando a historicidade e a totalidade, pois, “a lógica da experiência produz diferença, heterogeneidade e pluralidade (...) a experiência funda também uma ordem epistemológica e uma ordem ética” (p. 28)<sup>13</sup>. Nessa fase, é comum os alunos relacionarem diferenças entre as pré-concep-

ções que traziam e a realidade que encontraram nas UBS e nos cotidianos das famílias no território.

Ao final do semestre, uma das tarefas da disciplina é que os alunos elaborem um Projeto de Intervenção para (e com) a comunidade. Com base em um diagnóstico comunitário em que os alunos identificam alguma necessidade, propõem algum tipo de intervenção, utilizando-se das mais variadas estratégias para atingir os objetivos propostos. É o momento de síntese que, por meio de todo o conteúdo apreendido e vivenciado, os alunos identificam o problema, fazem correlações, análises, interpretações e, sob um olhar crítico, propõem estratégias para intervir e transformar a realidade, em uma abordagem ampla, não apenas curativa e individual. Carvalho e Ceccim<sup>14</sup> destacam que os estudantes devem saber mobilizar seus conhecimentos científicos em saberes e práticas, transformando-os em atividade social e política libertadora.

Os Projetos de Intervenção objetivam ações de promoção e prevenção à saúde da comunidade que pertence à área de abrangência da UBS. Destacamos os projetos de educação no trânsito, na escola, a montagem de uma brinquedoteca, a realização de eventos temáticos promovendo atividades lúdicas e de lazer, assim como o grupo de corpo e mente que procurou resgatar a história de vida de mulheres com diagnóstico de depressão por meio de cartas e promover a autoestima com “o dia da beleza” e atividades corporais. Foram realizadas também ações de educação em saúde e/ou prevenção, em função de aspectos como descarte de lixo inadequado, hábitos de higiene e moradia precários e cuidado impróprio aos animais domésticos.

É por meio do Projeto de Intervenção que esses alunos trazem uma devolutiva à sociedade e à própria UBS na qual estão estagiando: o investimento material e não-material dispensados a eles no seu processo de aprendizagem. Todo processo torna-se verdadeiramente significativo, e a educação cumpre o seu papel como “uma forma de mediação em relação ao processo de transformação objetiva da realidade” (p. 52)<sup>8</sup>.

## CONCLUSÃO

Há muitos desafios a serem enfrentados nesse percurso, mas há muitas possibilidades também que despontam no horizonte. O aprendizado proporcionado neste período nos forneceu elementos para compreender melhor nossa prática, analisá-la, interpretá-la, resignificá-la e superá-la, por meio das teorias aprendidas, das reflexões e discussões emergidas, além das estratégias de ensinagem abordadas.

Um dos instrumentos que pretendemos utilizar em prática é o mapa conceitual<sup>15</sup> no momento de síntese, que consegue representar graficamente o conteúdo apreendido de forma complexa, articulada e integrativa, proporcionando um momento de aprendizagem significativa, contextualizando e interligando as diversas áreas de conhecimento. Outra abordagem que pretendemos utilizar com mais frequência é a metodologia problematizadora<sup>16</sup> como principal instrumento de mobilização para o conhecimento desses alunos.

De fato, o processo de apreensão do conhecimento inclui, sobretudo, o fenômeno do ser humano atribuir sentido à experiência, por meio daquilo que o toca e que possibilita sua perspectiva pensante e atuante, construída em seu processo particular de acessar ideias, articular concepções e vivências reais<sup>13</sup>, como pode (e deve) ocorrer com o aluno no cotidiano do campo de estágio.

Vale ressaltar que é no contato com a diferença e a heterogeneidade da população acompanhada que a apreensão do conceito ampliado de saúde e doença fará sentido, já que é nesse aspecto que a equidade, princípio tão destacado do SUS, se fará presente e necessário, àqueles alunos (futuros profissionais) que vivenciarem, de fato, uma prática médica humanizada, afinada com as noções de risco e de vulnerabilidade.

Todos os esforços relatados têm em seu objetivo final a construção de uma sociedade mais justa e igualitária para todos, em que cada um possa ofertar o melhor de si e a sua contribuição para a transformação da nossa realidade. Para Carvalho e Ceccim<sup>14</sup>, cabe à Saúde Coletiva propor outros modos de pensar a formação e a educação em saúde, contribuindo para que tomemos posse de saberes e práticas que não se restringe

ao conhecimento técnico, mas contempla a percepção e o exercício do poder que nos impulsiona para a construção de projetos de vida, de liberdade e de felicidade, com a viabilização de sonhos pessoais e profissionais por saúde.

Sentimo-nos privilegiadas em ministrar uma

disciplina que fornece condições objetivas e práticas para intervir na realidade, mesmo que de forma restrita e localizada e igualmente de lançarmos mão de uma metodologia que contribui para a qualificação da prática docente e discente e consequente contribuição para um mundo melhor.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet] 2006 [acesso 25 Fev 2010]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Demografia Médica no Brasil: segundo volume [acesso 10 Fev 2013]. Disponível em: <http://www.sinmedmg.org.br/noticias/pt-br/ler/8129/demografia-medica-no-brasil-dados-sugerem-insuficiencia-de-medicos-para-atender-todo-o-pais>
4. Morin E. Os setes saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO; 2000.
5. Nogueira CWM. O relatório e suas implicações no ensino médico. Boletim da FCM – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas [Internet]. 2010 [acesso 27 Dez 2010];6(6):5. Disponível em: [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/boletins/pdfs/Boletim\\_dezembroV2.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/boletins/pdfs/Boletim_dezembroV2.pdf)
6. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma - reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
7. Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de ensinagem na Universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em aula. 6a ed. Joinville: Editora Univille; 2006. p. 12-35.
8. Vasconcellos CS. Metodologia dialética em sala de aula. Rev Educ AEC [Internet]. 1992 [acesso 8 Set 2009];(83). Disponível em: <http://www.celsovasconcellos.com.br/Textos/MDSA-AEC.pdf>
9. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: Formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):382-92.
10. Almeida JP, Dias JP. Conhecimento dos estudantes de medicina de uma faculdade do nordeste brasileiro sobre o sistema único de saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2012;36(2):482-501.
11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Educação médica – caminhos e histórias [DVD]. Brasília: Contraponto; s/a.
12. Harris M, Haines A. Programa Saúde da Família no Brasil: um sucesso custo-efetivo do qual países de alta renda poderiam tirar lições. Editorial. BMJ. 2010;341:c4945. Disponível em: [www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.full](http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.full)
13. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ. 2002;(19):20-8.
14. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Fiocruz; 2009. p. 137-70.
15. Moreira MA. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. Cad Aplicação. 1998;11(2):143-56.
16. Berbel NAM. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface Comunic Saúde Educ. 2008;2(2):139-54.



# Grupo interdisciplinar: construção de Unidade Educacional Sistematizada em Aprendizagem Baseada em Problemas

## Interdisciplinary group: construction of a Systematized Educational Unit based on Problem-Based Learning

Ioshie Ibara Tanaka\*

Sílvia Franco da Rocha Tonhom\*\*

Elane de Fatima Taipeiro\*\*\*

Ana Paula Ceolotto Guimarães\*\*\*\*

Maria Yvette de Aguiar Dutra Moravcik\*\*\*\*\*

Teresa Cristina França Sartori\*\*\*\*\*

Elizabeth Takeda\*\*\*\*\*

78

### Resumo

Em 2003, a equipe de construção da 1ª série dos cursos de Medicina e Enfermagem de uma faculdade do interior do estado de São Paulo iniciou um trabalho com objetivo de reconstrução curricular, reestruturando os conteúdos cognitivos e a integração básico-clínica, com o objetivo de se adequar ao Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares (PROMED), que propiciou a continuidade das inovações curriculares. Essa equipe trabalhou considerando a dinâmica de grupo, método já utilizado nas sessões de tutoria, e com que os docentes têm certa familiaridade. Para o bom desempenho grupal, os participantes da equipe inseriram-se em dois subgrupos: o de construção de problemas educacionais e o de exercícios de avaliação cognitiva. A equipe e os subgrupos reuniam-se semanalmente, sendo que a cada 15 dias ocorria a socialização dos trabalhos, identificando as fortalezas e/ou fragilidades do processo e dos produtos. A boa adesão, o envolvimento ativo dos participantes e a satisfação manifesta por cada participante com sua inserção no grupo refletiu-se no produto final e contribuiu para a identificação dos sujeitos com a proposta de trabalho. Portanto, nessa trajetória, as transformações individuais e as relações no âmbito da convivência profissional foram determinantes para o processo de reconstrução curricular permanente.

**Palavras-chave:** Aprendizagem Baseada em Problemas. Educação em Saúde. Estudos Interdisciplinares. Equipe de Assistência ao Paciente.

### Abstract

In 2003 the construction team of the 1st grade of the medical and nursing courses from a medical school began a work aiming at curriculum reconstruction, and restructured cognitive contents and the integration of basic and clinical aspects, in order to adapt to the incentive program for Curriculum Changes (PROMED) which allows for the continuity of curricular innovations. This team worked considering the group dynamics, a method already used in tutorial sessions which teachers have some familiarity with. For a good group performance the team participants were divided into two subgroups: one for constructing educational problems and the other for doing cognitive assessment exercises. The team and the subgroups met weekly, and every 15 days the group met for socialization of information, identifying the strengths and weaknesses of the process and/or products. A good adherence, an active involvement of participants and satisfaction expressed by each participant with their inclusion in the group were reflected in the final product and contributed to the subjects' commitment to the proposal. This way, in the process the individual transformations and relations in a situation requiring the collaboration of professionals were essential in the process of permanent curricular reconstruction.

**Keywords:** Problem-Based Learning. Health Education. Interdisciplinary Studies. Patient Care Team.

\* Biomédica. Doutora em Análises Clínicas pela UNESP, *Campus* de Araraquara-SP, Brasil. E-mail: yoibara@hotmail.com

\*\* Enfermeira. Doutora em Educação pela Unicamp-SP, Brasil.

\*\*\* Bióloga. Doutora em Ciências: Bioquímica das Adaptações pela UFSCar-SP, Brasil.

\*\*\*\* Farmacêutica / Bioquímica pela USPRP. Doutora em Farmacologia pela FMRP-USP-SP, Brasil.

\*\*\*\*\* Médica. Especialista em Dermatologia pela HSPESP, Brasil.

\*\*\*\*\* Bióloga. Doutora em Morfologia pela UNESP, *Campus* de Botucatu-SP, Brasil.

\*\*\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela EEUSPRP-SP, Brasil.

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

## INTRODUÇÃO

A faculdade foco da reflexão possui uma história de compromisso com a transformação da educação médica e de enfermagem no Brasil, marcada pela adesão aos projetos Integração Docente Assistencial (IDA) em 1983, Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde (UNI), em 1993 (subsidiado pela Fundação Kellogg), e um Projeto Educacional em 2000.

Esse último promoveu uma significativa reforma curricular com a implementação progressiva de um programa de ensino-aprendizagem centrado no estudante, baseado em problemas (ABP) e orientado à comunidade<sup>1</sup>, direcionando o processo ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da capacidade do estudante de construir ativamente seu conhecimento. As atividades curriculares incluíam duas Unidades Educacionais Sistematizadas (UES) baseadas na ABP e Interação Comunitária (IC), que integravam os estudantes de Medicina e Enfermagem. Para implementação dessa nova proposta curricular, tornou-se necessária uma reestruturação administrativa dos cursos, substituindo a tradicional organização por disciplinas em UES, em que cada ano letivo passou a ser gerenciado por um coordenador, e a tarefa de tornar exequível a UES foi destinada aos grupos interdisciplinares, que constituíam as equipes de construção de séries, com funções de elaborar os objetivos específicos e problemas educacionais.

Em 2003, a aprovação pelo projeto institucional<sup>2</sup> pelo Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares – PROMED – propiciou a continuidade das inovações curriculares, no sentido da imagem-objetivo da produção de conhecimento referenciada no modelo de vigilância à saúde, a partir da prática profissional reflexiva, orientada por competência. Esse referencial lançou-nos o desafio de trabalhar um currículo orientado por competência e baseado nas necessidades de saúde da população.

Para alcançar esse desafio, o marco foi a construção da Unidade de Prática Profissional (UPP), que, diferentemente da IC, tem maior inserção e integração com as equipes de saúde e a comunidade, estabelecendo um cenário

para a reflexão da prática (aprender fazendo), favorecendo a integração das UES e dos mundos do trabalho e da aprendizagem. A reorientação do modelo de atenção para Necessidades de Saúde, buscando a integralidade do atendimento<sup>3</sup>, viabilizou-se por meio da inserção dos estudantes nas Unidades de Saúde da Família (USF), no Programa da Estratégia de Saúde da Família (PSF), particularmente para os dois primeiros anos dos cursos de Medicina e Enfermagem, inseridos nas equipes multiprofissionais em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Marília.

Esse enfoque lançou um novo olhar sobre o trabalho da equipe de construção, demandando uma mudança na sua organização e oportunizando a participação de docentes e professores colaboradores inseridos na UPP que contribuíram com o desenvolvimento do referencial teórico de “Necessidades de Saúde”. Dessa nova estruturação do trabalho emergiram diversas questões na equipe de construção, sobre qual seria a inserção dos diferentes conteúdos, bem como o “recorte” de conhecimento delimitado para as diferentes séries. Dentro de tal referencial, a reformulação dos problemas educacionais da UES objetivou uma melhor inserção dos aspectos sócio / antropológicos, bem como da dimensão psicológica e a criação de núcleos familiares abordando o indivíduo, a família e a comunidade.

Essas discussões possibilitaram o avanço da proposta, bem como a reflexão dos profissionais envolvidos sobre sua contribuição e efetiva participação nesse processo. No sentido de fornecer subsídios para a construção do referencial de “Necessidades de Saúde”, de contribuir com as reflexões, bem como para qualificação do trabalho em grupo, contou-se, nesse momento, com uma assessoria externa.

Frente a esse histórico de evolução das mudanças, o presente relato aborda os caminhos da experiência da equipe de construção da UES da 1ª série dos Cursos de Medicina e Enfermagem em 2004/2005, com enfoque na dinâmica de grupo e nos fatores efetivos para a constituição dessa equipe.

## RELATO

Com a implantação do ABP, em 1997, as equipes de construção das UES foram constituídas pelos coordenadores dessas unidades, que indicavam as disciplinas que julgavam necessárias para sua construção. Naquela época, a tarefa de reunir várias disciplinas mostrou-se difícil, uma vez que os docentes ainda estavam se apropriando do método e paralelamente ministrando aulas no método tradicional para as outras séries dos cursos de Medicina e Enfermagem. Oriundos de uma demanda Institucional, aliada à negociação / adesão espontânea à série, algumas vezes os profissionais envolvidos exerciam participações relutantes e pouco efetivas no sentido de articulação e integração de conteúdos. Essa dificuldade refletia-se no produto da equipe, com problemas referenciados no modelo biomédico, pouco integrados e sem articulação entre as dimensões biológica, social e psicológica. Tal situação configurava-se como uma dificuldade constante para a constituição do grupo de trabalho de construção das UES.

A identificação da dificuldade no processo de constituição do grupo propiciou que as mudanças institucionais fossem incorporadas de maneira crítica e com maior clareza dos objetivos do trabalho em grupo.

Para a existência de um grupo, faz-se necessária, mais do que um agrupamento momentâneo de pessoas, uma interação entre elas. Embora existam várias definições de grupo, sua caracterização como “um conjunto de indivíduos, em proximidade física, interagindo, durante certo tempo, para realizar metas comuns, conscientes de que formam uma unidade e que se interinfluenciam”<sup>4</sup> explicita os atributos necessários para sua efetiva constituição.

Nos anos de 2004/2005, o grupo de trabalho constituiu-se de 20 docentes com diversas formações profissionais e atuantes em vários cenários de aprendizagem (tutoria, UPP, conferência, laboratório de atividades práticas e consultoria), tendo um caráter multidisciplinar e multiprofissional.

A constituição do grupo consolidou-se a partir da estruturação do conceito de Necessidades de Saúde, cuja orientação alinhava-se com a Po-

lítica Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que inclui, entre suas orientações, o parâmetro das ações de saúde centradas nas necessidades de saúde das populações e dos indivíduos<sup>5</sup>.

A diversidade de saberes dos envolvidos na composição grupal favoreceu explorar um mesmo objeto por vários feixes de “luz”<sup>6</sup>, sendo que essa composição espelha a complexidade das situações encontradas na prática que a equipe de construção da UES procurava contemplar nos problemas.

Um dos fatores mais influentes sobre o grupo formal, além de seus indivíduos, é sua administração, no que tange às decisões gerenciais que criam, eliminam ou alteram grupos dentro da estrutura formal da organização<sup>7</sup>.

O processo grupal implica uma rede de relações que pode se caracterizar por relações equilibradas de poder entre os participantes ou pela presença de um líder ou subgrupo que detém o poder e determina as obrigações e normas que regulam a vida grupal. As relações de poder no grupo determinam ou influenciam o grau de participação dos integrantes no processo de comunicação interno, no sistema de normas, nas suas aplicações, punições e decisões<sup>8</sup>.

Kurt Lewin<sup>9</sup> identificou três tipos de liderança: autocrítica (em que ocorre a total centralização do poder, exercido por coerção), democrática (as decisões são tomadas por maioria; o líder é apenas um representante da vontade de seus liderados) e permissiva (em que é permitido a cada integrante do grupo agir como deseja; não há efetivamente uma ação de liderança). Estudos realizados por diversos psicólogos, levando em conta esses três tipos de classificação, demonstraram que a liderança democrática torna os integrantes do grupo menos dependentes do líder. Já a classificação autocrítica gera maior produtividade, elevando o grau de dependência dos integrantes do grupo em relação ao líder, chegando ao ponto de não saberem produzir sem a sua presença. A liderança permissiva (*laissez-faire*) gerou os piores resultados.

A liderança é um processo interacional, com características próprias, sendo impossível estabelecer qual a pessoa mais preparada para comandar determinado grupo, uma vez que o líder poderá surgir durante o processo de interação dos participantes.

Zimerman<sup>10</sup> destaca como características desejáveis em um coordenador o gostar e acreditar em grupos, ter a capacidade de conter e valorizar as angústias e as necessidades dos outros, bem como suas próprias, ser empático, exercer boa comunicação, possuir senso de humor e a habilidade de integração e síntese.

No ano de 2004, a equipe de construção passou a eleger, entre seus pares, uma dupla coordenação da 1ª série (enfermagem e medicina) e seus respectivos suplentes por um ano de mandato.

Ao elegermos nossos coordenadores, reivindicamos sua efetivação nas instâncias organizacionais da Instituição, por entendermos que eles seriam peças-chave para o trabalho do grupo. Tal indicação foi acatada pela Diretoria de Graduação da Faculdade, o que validou a autonomia da equipe de construção e contribuiu para a legitimidade de suas decisões.

Os coordenadores tinham a função de gerenciar o trabalho e a circulação de informações entre os membros do grupo e em outras instâncias organizacionais relacionadas ao trabalho e produção. Com o apoio do grupo, as tarefas de cada coordenador foram determinadas por divisão de trabalho, ficando, esses, responsáveis pela construção dos problemas e conferências, ou pela elaboração dos Exercícios de Avaliação Cognitiva (EAC), análise das questões de aprendizagem, entre outros. Cada um dos coordenadores desempenhava papel-chave no desenvolvimento de cada subgrupo, para torná-lo efetivamente participativo, assegurando a sua totalidade e a individualidade de cada um, nos quais os participantes optaram por um ou outro subgrupo, segundo as prioridades das tarefas, sendo considerada também a diversidade dos profissionais contemplada nos dois espaços.

Após a definição dos participantes do grupo e de seus papéis / atividades foi necessária a estruturação física para a realização das reuniões. Com a organização desse espaço de interação quanto à local, horário e duração, as reuniões ocorriam com periodicidade semanal, em dia e horários fixos, facilitando a participação de cada integrante do grupo.

As reuniões foram fundamentais para o desenvolvimento do próprio grupo, podendo ser definidas como “processo de interação realiza-

do por um grupo de pessoas num dado tempo e espaço, no qual se procura atingir os objetivos específicos” (p. 48)<sup>11</sup>.

A equipe de construção contou com uma secretária exclusiva para a série, com as atribuições de manter os arquivos de todos os trabalhos, inclusive de anos anteriores, bem como organizar a logística de contato entre os membros, retorno ao grupo das informações e o controle da lista dos presentes nas reuniões.

O desenvolvimento dos trabalhos dava-se de forma independente, no primeiro momento, sendo que, depois do cumprimento de tarefas definidas previamente, voltava-se ao grupo todo para a socialização e possíveis alterações, se necessário fosse. Além de otimizarmos o cumprimento das tarefas, a divisão manteve um número adequado de participantes em cada subgrupo, pois existe um tamanho limite para um grupo, que é aquele que não interfira negativamente na comunicação<sup>10</sup>.

Importante destacar que, nas reuniões para o compartilhamento das atividades desenvolvidas nos subgrupos, os membros elegiam um coordenador para essas reuniões, com a função de desenvolver a agenda do dia, ordenar as discussões, bem como gerenciar o tempo. Considerou-se ser importante a troca de papéis no sentido de valorização de cada um, bem como a possibilidade de experiências diversas dentro do processo grupal.

Um fator relevante que emergiu das relações pessoais no grupo foi a incorporação da humanização neste processo grupal, à semelhança do que esperávamos construir em nossa prática quanto às atividades dos estudantes na série no que tange à PNH<sup>12</sup>.

Segundo Pichon-Rivière<sup>13</sup>, existem vetores universais de avaliação para compreender-se ou analisarem-se os processos grupais: afiliação (grau de identificação dos integrantes entre si e com a tarefa), pertença (maior grau de identificação e integração com o grupo, permitindo a elaboração de tarefas e estratégias), cooperação (desempenho de papéis diferenciados e complementares, favorecendo a participação e contribuição para a tarefa grupal), pertinência (foco no esclarecimento da tarefa prescrita e no seu cumprimento), comunicação (intercâmbio de significados, podendo ser verbal ou não-verbal) e a

aprendizagem (ocorre a resolução de ansiedades, criação, adaptação ativa à realidade, envolvendo reestruturação e redistribuição de papéis entre os integrantes do grupo). Ainda segundo o mesmo autor, a comunicação é o mais importante, podendo ser a indicativa de como estão operando os demais vetores.

Um diferencial importante para o grupo foi a instituição do momento de avaliação, quando os participantes identificavam os aspectos positivos e negativos do trabalho desenvolvido e colocavam sugestões para sua resolução de forma espontânea. Identificou-se um bom nível de participação dos docentes nas reuniões, atribuindo-se isso ao fato dos indivíduos sentirem-se parte do grupo. Esse momento avaliativo proporcionou a valorização de cada participação e reflexão sobre a responsabilidade individual quanto aos objetivos e propostas do trabalho, bem como nas decisões tomadas pelo grupo. Diversos autores enfatizam a importância e o caráter dinâmico da avaliação no trabalho grupal, considerada fundamental para uma constante adequação do trabalho<sup>14</sup>.

Acredita-se que o processo avaliativo foi o canal efetivo de comunicação no grupo, que, associado à confiança e ao compromisso, minimizaram-se os conflitos e aumentou-se a produtividade grupal. A avaliação forneceu o fio condutor nos momentos em que o grupo sentia-se improdutivo, divergente ou mesmo com leituras implícitas e distorcidas sobre algum membro ou trabalho realizado. Ainda, segundo Giffoni, “comunicar é colocar ideias em comum, e tornar comum não significa concordar, pois também há comunicação na discordância e na diferença” (p. 3)<sup>15</sup>. Portanto, esse fio permitiu a cooperação na superação dos obstáculos e explicitou as diferenças como algo fundamental para a identidade do grupo.

A humanização, enquanto política, possui ainda como um de seus princípios a transversalidade, que se configura como um modo de estruturar as relações baseadas no reconhecimento da alteridade e do diálogo. Isso pressupõe a busca por relações profissionais que valorizem o investimento na formação humana, esforço pela compreensão por diferentes pontos de vista e tolerância, bem como discussão de conflitos e

contradições. A humanização é indispensável em todas as relações e, no grupo, configura-se como o respeito pela contribuição do outro e pela abertura de canais de diálogo. O grupo buscou incorporar tais premissas, abrindo a avaliação de maneira formativa e construtiva, quanto às suas participações, contribuições e sugestões, com respeito pelo outro e seus valores, bem como suas fragilidades. Emergem dessa postura desafios como o reconhecimento da pessoa, ou seja, o sentido de ser membro, e o de sujeito, ou seja, de sua identidade, com o necessário respeito a outros referenciais pessoais. Embora o grupo se configure como executor de uma tarefa, as identidades e singularidades respeitadas aumentam o sentimento de pertença e consequente colaboração e investimento pessoal para realizar as tarefas, transformando a práxis<sup>16</sup>.

Zimerman<sup>10</sup> considera que em todos os grupos coexistem duas forças contraditórias, a coesão e a desintegração. À medida que cada membro se sinta parte efetiva do grupo e defenda os objetivos do mesmo, a coesão prevalece.

Por outro lado, dada a natureza e missão dessa equipe de construção, um requisito básico para sua existência é que ela atenda aos objetivos institucionais, sendo maior a eficácia deste grupo quanto maior for sua integração<sup>17</sup>.

Portanto, para que, efetivamente nos constituíssemos em um grupo, ou seja, prevalecesse a coesão, foi necessário que ocorresse a identificação com as propostas e diretrizes que nortearam o rearranjo de papéis e atribuições oriundas das mudanças Institucionais. Essa sintonia entre missão Institucional e expectativa individual foi alcançada quando a comunicação, efetivamente estabelecida nesse espaço de manifestação grupal, estruturou a interação entre as diferentes visões e expectativas, fortalecendo as relações e identificação com a proposta de trabalho para a 1ª série.

## CONCLUSÃO

Considerando-se as interações necessárias para que se tenha um novo olhar sobre o trabalho de um grupo, acreditamos que a estruturação alcançada favoreceu o estabelecimento de tarefas efetivas e a cooperação entre seus membros, o

que deriva da percepção individual de pertencer a um grupo.

Embora se reconheça o caráter único de cada grupo, dada sua evolução particular, derivada da individualidade de seus membros, de seus valores e motivações, acreditamos que a experiência relatada permitiu evidenciar as características fundamentais como o respeito às diferenças, tanto em relação às áreas de conhecimento de cada profissional quanto às aproximações com o novo referencial adotado; como as atitudes de querer desvendar o “novo” mesmo que a cada revelação as angústias se acentuavam; como a humanização como modo de estruturar as relações baseadas no reconhecimento da alteridade e do diálogo; como a identificação e a aceitação

no grupo, que foram essenciais na valorização de cada membro da equipe. Todos esses aspectos tornaram a vivência grupal um momento produtivo e prazeroso, contribuindo para sua efetiva constituição.

A opção pelo trabalho em grupo e/ou em subgrupo também refletiu a necessidade de interação e troca dinâmica de informações, experiências e rápido “feedback” entre os responsáveis pelos conteúdos pertinentes àquela UES, estruturando-se como um espaço coletivo de criação, refletindo positivamente na formação de novos grupos de trabalho que foram se formando para a construção de novas mudanças que vêm acontecendo até o presente momento.

## REFERÊNCIAS

1. Manual Famema. Faculdade de Medicina de Marília; 1997.
2. Promed. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: projeto final da FAMEMA. Marília; 2003. Disponível em: [http://www.famema.br/institucional/documentos/promed\\_final.pdf](http://www.famema.br/institucional/documentos/promed_final.pdf)
3. Cecílio LCO. As necessidades de Saúde como conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos, RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO; 2001. p. 113-27.
4. Molina MIG. Fundamentos para o trabalho com grupos em extensão rural. Cad Dif Tecnol. 1988;5(1/3):77-95.
5. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Interface Comunic Saúde Educ. 2005;9(17):389-406.
6. Rigobello LMM, Fortuna CM, Rigobello LX, Pereira MJB, Diniz SA. Processo de Comunicação em Grupos de Aprendizagem: uma experiência multiprofissional. Rev Latino-Am Enferm. 1998;6(4):95-102.
7. Amaru ACO. Gerência do Trabalho em Equipe. Pioneira; 1986.
8. Alexandre M. Breve descrição sobre processos grupais. Comum. 2002;7(19):209-19.
9. Lewin K. Resolvendo conflitos sociais: trabalhos relacionados na dinâmica de grupo. Gertrude W Lewin. New York: Harper & Row; 1948.
10. Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. Artes Médicas Sul. 1997;5:51-4.
11. Jay A. How to run a meeting. Harvard Business Review. 1976;54(2):43-57.
12. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001: Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília; 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
13. Pichon-Rivière E. O processo grupal. Trad Marco Aurélio Fernandes Velloso. Martins Fontes: São Paulo; 1994.
14. Contreras JM. Como trabalhar em grupo: introdução à dinâmica de grupos. São Paulo: Paulus Editora; 1999.
15. Giffoni VL. Comunicação. São Paulo; 1989. 5 p. (mimeo)
16. Rego S, Gomes, AP, Siqueira-Batista R. Humano demais humano: bioética e humanização como temas transversais na educação médica. Cadernos ABEM. 2007;3:24-33.
17. Rodrigues MVC. Grupos de Trabalho: dos conceitos clássicos à panacéia. Rev Tendência Trabalho. 1996;29-34.