

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ARTIGO

SAÚDE DO IDOSO: DISCURSOS E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA FORMAÇÃO MÉDICA**CARLA CRISTINA RODRIGUES¹**ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1150-7440>**MÔNICA DE ÁVILA TODARO²**ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7777-925X>**CÁSSIA BEATRIZ BATISTA³**ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9393-0340>

RESUMO: O Brasil e o mundo passam pelo fenômeno do envelhecimento populacional que, por sua vez, demanda formação adequada de profissionais para o cuidado à saúde do idoso em seus aspectos específicos. O presente artigo é resultado de pesquisa qualitativa que investigou a unidade curricular Cuidado Integral à Saúde do Idoso, ministrada no curso médico de uma universidade federal do interior de Minas Gerais. Tal curso tem a especificidade de ter sido organizado a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, publicadas em 2014, sendo que tal documento orienta o uso das metodologias ativas de ensino e inserção precoce dos estudantes em serviços da rede de saúde. A partir da observação de aulas teóricas e práticas, do registro de diário de campo e de entrevistas com alunos e professores da referida disciplina, analisamos os discursos e práticas educativas com o objetivo de identificar as relações entre as normativas da educação médica, a integração curricular, o uso do currículo por competências e das metodologias ativas no ensino da saúde do idoso. Conclui-se que há um esforço em seguir os documentos normativos, com adoção de integração curricular e metodologias ativas. No entanto, não há um rompimento radical com o ensino tradicional na medida em que a postura institucional permite a coexistência simultânea de aulas e avaliações tradicionais paralelamente às metodologias ativas e à avaliação formativa. Questiona-se a adoção das orientações das diretrizes enquanto ampliação de métodos, sem que haja uma mudança na concepção de educação que sustentaria tais métodos.

Palavras-chave: educação médica, currículo, envelhecimento, gerontologia educacional, metodologias ativas.

ELDERLY HEALTH: DISCOURSES AND EDUCATIONAL PRACTICES IN MEDICAL TRAINING

¹ Psicóloga, vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFSJ. Guapé, MG, Brasil. <carlacrodrigues@yahoo.com.br>

² Professora do PPEDU (Programa de Pós-Graduação em Educação) e professora adjunta do Departamento de Ciências da Educação da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). São João Del Rei, MG, Brasil. <mavilatodaro@ufsj.edu.br>

³ Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Pesquisadora e orientadora no PPEDU/UFSJ. Belo Horizonte, MG, Brasil. <cassiabeatrizb@ufsj.edu.br>

ABSTRACT: Brazil and the world are going through the phenomenon of population aging, which, in turn, requires adequate training of professionals to care of the health of older adults in their specific aspects. This article is the result of qualitative research that investigated the curriculum of the subject ‘Comprehensive Care for the Health of the Elderly’, given in the Medicine undergraduate degree at a Federal University in the countryside of Minas Gerais. This course was especially organized based on the National Curricular Guidelines for Medicine Degrees, published in 2014. This document guides the use of active teaching methodologies, curricular integration, and early student participation in health network services. Based on the observation of theoretical and practical classes, field notes, and interviews with students and teachers of the subject, we approach the discourses and educational practices to identify the relationships between the regulations of medical education, curricular integration, the use of the curriculum by competences and of the active methodologies in teaching health focused on seniors. We concluded that there is an effort to follow the normative documents, adopting curricular integration and active methodologies. However, there is no radical break with traditional teaching as the institutional stance allows the simultaneous coexistence of traditional classes and assessments, parallel to active methodologies and formative assessment. The adoption of the guidelines is questioned whereas expanding methods, without a change in the concept of education that would support such methods. We question the use of the guidelines as a mean to broaden the methods, if there is no change on the concept of education that supports such methods.

Keywords: medical education, aging, educational gerontology, elderly health, active methodologies.

SALUD DE LOS ANCIANOS: DISCURSOS Y PRÁCTICAS EDUCATIVAS EN LA FORMACIÓN MÉDICA

RESUMEN: Brasil y el mundo están cruzando por el fenómeno del envejecimiento de la población, que exige una capacitación adecuada de profesionales para cuidar la salud de los ancianos en sus aspectos específicos. Este artículo es el resultado de una investigación cualitativa que investigó la unidad curricular de Atención Integral para la Salud de los Ancianos, impartida en el curso de medicina de una Universidad Federal en el interior de Minas Gerais. Dicho curso tiene la especificidad de haber sido organizado en base a las Directrices Curriculares Nacionales para Cursos de Medicina, publicado en 2014. A partir de la observación de clases teóricas y prácticas, la redacción de un diario de campo y entrevistas con estudiantes y docentes de esa disciplina, abordamos los discursos y las prácticas educativas para identificar las relaciones entre las reglas de educación médica, integración curricular, uso del currículo por habilidades y metodologías activas. Se concluye que hay un esfuerzo por seguir los documentos normativos, con la adopción de la integración curricular y metodologías activas, sin embargo, no hay una ruptura radical con la enseñanza tradicional ya que la postura institucional permite la coexistencia simultánea de clases y evaluaciones tradicionales junto a metodologías activas y evaluación formativa. La adopción de las directrices se cuestiona mientras se amplían los métodos, sin un cambio en el concepto de educación que respaldaría dichos métodos.

Palabras clave: educación médica, envejecimiento, gerontología educativa, salud de los ancianos, metodologías activas.

INTRODUÇÃO

Pouco importa venha a velhice, que é a velhice?
Teus ombros suportam o mundo
e ele não pesa mais que a mão de uma criança.

Carlos Drummond de Andrade
(Trecho do poema “Os ombros suportam o mundo”).

O Brasil e o mundo passam por uma transição demográfica: o ser humano está envelhecendo. No sentido dos versos de Drummond, também nos perguntamos: “que é a velhice?”. Na medida em que a transição demográfica desenha um novo cenário social, no qual o envelhecimento deve ser devidamente ressignificado, faz-se necessário, então, formar médicos para lidar com pessoas idosas cujos “ombros suportam o mundo”.

Uma amostra do aumento da população idosa em relação à população jovem no Brasil é o “índice de envelhecimento”, que saltará de 43,19%, em 2018, para 173,47% em 2060 (PERISSÉ; MARLI, 2019). O aumento da expectativa de vida de uma população traz consequências diretas para a Saúde Pública, pois, à medida que o perfil demográfico se altera, o perfil epidemiológico acompanha essas alterações com o aumento das doenças crônicas, demências e outros agravos que podem, ou não, estar presentes na velhice. O sistema de saúde deve preparar-se para lidar com essas transformações, tanto no sentido curativo quanto no preventivo, considerando, inclusive, a importância das condições de vida na determinação do processo saúde-doença da população (MOTTA; AGUIAR, 2007; XAVIER; KOIFMAN, 2011; CARVALHO; HENNINGTON, 2015; GIACOMIN; MAIO, 2016; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; GALERA *et al.*, 2017).

Atualmente, a assistência à saúde do idoso no Brasil é direcionada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), de 2006, que, por sua vez, orienta o cuidado aos idosos mais frágeis, o estímulo ao envelhecimento ativo, apoio às famílias e capacitação profissional dentro das equipes da atenção primária, incluindo, dentre suas diretrizes, a “formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2006). Diante desses direcionamentos, vivemos o desafio de formar profissionais de saúde comprometidos com a realidade na qual vão atuar – no caso em tela, serviços de atenção primária e secundária em que há grande presença de pessoas idosas, em sua maior parte pertencentes à população de baixa e média renda, que demanda maior cuidado assistencial do sistema público de saúde (RODRIGUES; TODARO; BATISTA, 2019).

Segundo Cachioni e Todaro (2016), a educação para o envelhecimento não tem integrado os currículos escolares dos níveis fundamental e médio no Brasil, sendo que o que se observa a esse respeito são ações isoladas e pouco sistematizadas. As mesmas autoras relatam que tal hiato também é observado na educação superior, apontando distonia das Instituições de Ensino Superior (IES) com o processo de transição demográfica brasileiro. Esse dado é reforçado por Diogo (2004) e Xavier e Koifman (2011), que apontam ainda a insuficiência de conteúdos sobre o envelhecimento nos cursos de graduação em saúde.

É o currículo que estrutura e normatiza o ensino, apresentando o que deve ser ensinado e quando, orientando e, simultaneamente, limitando a ação docente. Não se trata de algo estático, mas de um processo cujo movimento acompanha as tensões sociais desde a sua elaboração, a partir de negociações entre os diferentes interesses e forças (SACRISTÁN, 2013).

Não há neutralidade na elaboração e concretização de um currículo, pois as constantes tensões da rede social pelas quais as relações de poder circulam reverberam no que é ensinado e aprendido, fazendo do currículo um espaço complexo e tenso, cuja existência não é subsumida à burocracia, mas perpassa pela formação de profissionais, de pessoas e suas trajetórias subjetivas (SILVA, 2009). Em se tratando do currículo dos cursos de saúde, deve-se levar em conta: as questões pedagógicas, a organização do sistema de saúde, as políticas públicas, o perfil epidemiológico, as condições econômicas e as características sociais e comunitárias da população (BOLLELA; MACHADO, 2010).

Historicamente, a formação em saúde no Brasil tem sido criticada por destoar do modelo almejado na assistência em saúde. A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se evidente a necessidade de transformações nas concepções e perspectivas educacionais, de tal forma que a formação pudesse preparar adequadamente os profissionais para as reformulações da atenção (BATISTA, 2013). Nesse sentido, considerando o envelhecimento populacional, perguntamos: que conhecimentos o currículo coloca em movimento quando pensamos na educação médica?

Com a proposta de investigar o ensino da saúde do idoso na educação médica, empreendemos uma pesquisa em um curso de medicina de uma universidade federal no interior de Minas Gerais, implantado a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCNM), de 2014. Tal curso conta com uma unidade curricular obrigatória sobre a saúde do idoso: Cuidado Integral à Saúde do Idoso (CISI), ministrada no sexto período, para 20 alunos. Essa disciplina conta com

três docentes, tem carga horária total de 108 horas/aula, sendo 36 de teoria e 72 de prática, tratando-se, portanto, de uma unidade curricular que privilegia a prática.

A disciplina CISI compõe a matriz curricular do curso no eixo Práticas de Integração Ensino, Serviço, Comunidade (PIESC). O cenário das aulas práticas são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas quais estão lotadas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos⁴.

Como recursos metodológicos para a pesquisa, foram feitas 30 horas de observação de aulas teóricas e práticas, seguidas do registro em diário de campo; entrevistas semiestruturadas com professores e alunos da disciplina CISI; e análise documental das DCNM/2014, do Projeto Pedagógico do Curso (PPC, 2016) e do Plano de Aula da unidade curricular CISI (segundo semestre de 2018).

As observações das aulas ocorreram no segundo semestre de 2018. Entre março e julho de 2019, realizamos entrevistas com dois docentes e três discentes da unidade curricular pesquisada, sendo que cada entrevista se deu em um encontro e teve duração média de quarenta minutos. Os dois professores⁵ escolhidos a princípio para as entrevistas foram os que atuam tanto nas aulas teóricas quanto nas práticas (uma das docentes atua exclusivamente no ambiente de aprendizagem prática); porém, não conseguimos fazer como planejado inicialmente por questões de agenda, sendo que optamos, então, por realizar a segunda entrevista com a professora que atua na prática. A escolha dos alunos deu-se a partir das observações das aulas teóricas. A proposta inicial era a de entrevistar um aluno e uma aluna; no entanto, três alunos se destacaram ao longo das aulas por diferentes motivos: uma das alunas, que chamaremos de Alice⁶, por demonstrar postura crítica e combativa ao longo das aulas, em oposição à aluna Cristina, que se destacou por sua postura colaborativa e aplicada; o aluno José, por sua vez, destacou-se com suas intervenções ao longo das aulas por demonstrar um olhar apurado em relação ao caráter social do envelhecimento.

As questões norteadoras das entrevistas relacionavam-se aos conteúdos, à metodologia, às competências, à humanização e à relação entre teoria e prática na disciplina CISI.

O presente artigo traz os resultados e a análise das práticas educativas no contexto da educação médica, numa abordagem qualitativa, a fim de identificar as relações entre as normativas, a integração curricular, o currículo por competências e o ensino pela problematização (metodologias ativas).

AS NORMATIVAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA

No início do século XX, as escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá foram avaliadas para que se garantisse o embasamento científico dos conteúdos ensinados, o que por sua vez resultou no relatório Flexner, publicado em 1910. A orientação flexneriana foi a de fragmentar o ensino médico em especialidades, tendo o hospital como local prioritário de prática. Tal modelo passou a ser exportado para o mundo e, ainda que tenha trazido sistematização e cientificidade para o ensino, acabou por favorecer o mercado tecnológico da Medicina, aumentando os custos da atenção prestada em saúde e, conseqüentemente, dificultando a expansão da cobertura médica para a população mais pobre (KOIFMAN, 2001; NOGUEIRA, 2009).

No Brasil, o governo militar implantou o modelo flexneriano nas escolas médicas em 1968. Com a fragmentação da saúde em especialidades, a matriz curricular foi dissociada entre ciclo básico e profissionalizante, distanciando teoria e prática. Nesse contexto, o hospital foi eleito como cenário prioritário de prática e pesquisa, enquanto o ensino teórico se manteve tradicional e conteudista, preenchido essencialmente pelas questões anatomopatológicas do adoecimento. Tal modelo, de cunho positivista, trouxe disciplinas com fronteiras rígidas e que não debatiam aspectos econômicos e

⁴CAAE: 97006818.7.0000.5151 aprovado no Parecer de nº 3.049.012.

⁵Um dos docentes, a quem demos o pseudônimo de Celio, é médico, com residência em Medicina de Família, formação em Medicina Antroposófica, especialização lato senso em Geriatria e Mestre em Psicologia Social. A segunda professora entrevistada, que será chamada de Luciene, é médica cardiologista, com mestrado em saúde cardiovascular voltado para a saúde do idoso, área na qual está se aprofundando em um doutorado.

⁶Todos os nomes usados ao longo do trabalho são fictícios.

socioculturais que perpassam o processo saúde-adoecimento, além de ser imposto verticalmente, de forma que tanto professores quanto alunos têm pouca mobilidade e possibilidades de transgressões (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Buscando alinhar o ensino médico às necessidades de saúde da população e às diretrizes do SUS, em 1991 foi criado um espaço de discussão entre diversas instituições, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras, que formaram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), a qual trabalhou por dez anos na discussão e avaliação do ensino médico. Em 2001, o Conselho Nacional de Educação homologou as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico (DCNM). Tais diretrizes trouxeram mudanças significativas em relação ao modelo anterior de ensino, como por exemplo: o deslocamento do hospital como cenário de prática preferencial para a atenção básica; a integração curricular; a inclusão de conteúdos humanísticos; a orientação do uso de metodologias ativas de ensino; a busca de uma maior aproximação com os serviços e, conseqüentemente, com a realidade de saúde da população.

As escolas médicas, no entanto, não foram obrigadas a seguir as orientações das DCNM/2001, e, segundo Gomes e Rego (2014), o ensino médico passou por algumas mudanças, mas continuou não priorizando os aspectos éticos e humanísticos, e a formação manteve-se tecnicista, com ênfase biomédica e na valorização de especialidades. As DCNM foram revistas por demanda da lei 12.871 de 22/10/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos. Publicadas em 2014, as atuais diretrizes trazem o fortalecimento do ensino da atenção primária e mantêm a orientação do uso de metodologias ativas de ensino, determinando, ainda, a obrigatoriedade de sua implantação em todos os cursos médicos do país.

Considerando que a proposta das diretrizes curriculares é a de apresentar princípios e orientações para a graduação médica, os conteúdos a serem abordados ao longo da formação não são especificados com precisão, de tal forma que não encontramos referência direta ao ensino da saúde do idoso. Essa lacuna abre precedente de que os currículos abordem o tema de forma genérica e superficial, nas mesmas disciplinas que tratam da saúde do adulto, ou seja, sem enfatizar as peculiaridades e vulnerabilidades inerentes ao processo de envelhecimento.

OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS NO ENSINO DA SAÚDE DO IDOSO

A disciplina CISI conta com três docentes efetivos, sendo que dois atuam tanto nas aulas teóricas quanto nas práticas, enquanto uma das docentes atua exclusivamente no cenário de aprendizagem prática. Os três docentes têm experiência profissional com saúde do idoso, ponto positivo, pois, segundo Diogo (2004), um dos obstáculos para a abordagem do idoso nos cursos de graduação em saúde é a in experiência do corpo docente.

O papel do docente é fundamental em propostas de mudanças curriculares, pois é ele quem vai materializar os novos objetivos em práticas pedagógicas. No caso da reorientação dos currículos médicos, cabe ao docente romper com o ensino fragmentado e bancário, característico do modelo flexneriano que dominava os currículos e era voltado para uma pseudoespecialização, de tal forma que o professor não era implicado como educador, mas como especialista da área médica, e conseqüentemente não precisava ser devidamente preparado do ponto de vista didático (MOURÃO *et al*, 2007).

Um dos professores da disciplina CISI fez parte da equipe que planejou o currículo do curso médico pesquisado. Segundo Lopes e Macedo (2011), no planejamento dos currículos ainda hoje predomina o modelo de Tyler, de 1949, que parte do princípio da racionalidade com o objetivo de eficiência, e tem como fundamento questões básicas que se referem aos objetivos educacionais e à organização e eficácia das experiências para o alcance dos objetivos.

Ao tratar desse planejamento e respondendo a cada uma dessas questões, Tyler considerava que a eficiência do currículo se relacionava diretamente à clareza dos objetivos educacionais propostos e, ao buscar essa clareza, seria imprescindível conhecer a realidade da qual o currículo vai fazer parte. De abordagem comportamental, o currículo de Tyler definia os objetivos em relação a mudanças esperadas no comportamento dos alunos, e foi a partir do desdobramento de tais objetivos que o campo curricular evoluiu para o currículo por competências.

Já presente nas diretrizes médicas de 2001 e mantido nas DCNM/2014, o uso do currículo por competências é defendido por alguns autores como estratégia de enfrentamento da fragmentação do

curso médico que, por sua vez, converge na cisão entre formação e trabalho (BOLLELA; MACHADO, 2010; LAMPERT; CAMPOS; ALVES, 2016).

Segundo Lopes e Macedo (2011), a noção de competência no campo curricular é oriunda de críticas ao planejamento apoiado na racionalidade de Tyler, que teria sido atomizado ao longo do tempo. Surgido a princípio em uma matriz comportamental, com Eva Baker e James Popham (1976), o conceito de competência tornou-se mais sofisticado a partir da obra de Piaget. Segundo este último, os sujeitos trazem os esquemas mentais que usam habitualmente. Tais esquemas podem ser insuficientes em situações mais complexas, demandando intervenção educacional para criar competências eficazes nas novas situações. Não se trata, portanto, apenas de aplicar conhecimento a situações dadas: a competência constrói-se na prática social concreta e, como as situações sociais são únicas, as competências não podem ser treinadas e adquiridas mecanicamente. Ao ser solicitada em uma dada situação, a competência gera o desenvolvimento de novas competências, transformando inclusive o próprio sujeito.

Dada sua necessária relação com a prática social, a elaboração do currículo por competências deve partir do conhecimento da realidade para estabelecimento dos objetivos do ensino, só então as estratégias e metodologias devem ser traçadas de forma a alcançar os resultados esperados. O processo deve ser avaliado continuamente, de maneira que a experiência educativa possa ser adequada às mudanças sociais e, dessa forma, aprimorada (BOLLELA; MACHADO, 2010).

A unidade curricular CISI foi planejada pelo professor Celio vinculada a uma capacitação para docência. A orientação de conhecer a realidade local, já trazida no planejamento curricular de Tyler e mantida no currículo por competências atual, foi seguida, conforme relato do professor na entrevista:

(...) Aí a primeira coisa que eu fiz foi fazer um levantamento epidemiológico do adoecimento, então eu peguei o DATASUS e levantei quais que eram as patologias, de que morriam mais, do que internavam as pessoas idosas, então o perfil epidemiológico. Depois eu fiz uma pesquisa na comunidade, aí eu busquei alguns grupos da comunidade. Tem um grupo na universidade da terceira idade, eu fiz uma pesquisa com esse grupo, perguntando a eles o que eles esperavam dos idosos quando iam à consulta médica. Então eles responderam umas perguntas, eles responderam cinco perguntas, aí nessas perguntas tinham respeito, atenção, olhar nos olhos, eles desejavam muito mais que... A saber escutar o idoso, eles estavam muito mais preocupados com o cuidado da atenção do que mesmo com a habilidade do profissional na atenção médica, eles diziam que esse era o maior problema. (...) **(Entrevista professor Celio)**.

Para Lopes e Macedo (2011), a noção de competência é oriunda da crise da ciência, pois, não havendo mais verdade absoluta a ser descoberta, o conhecimento passa a ser o fundamento da performance. Segundo as mesmas autoras, tal como tem aparecido nas recentes políticas curriculares, as competências têm mantido o caráter eficientista, pois obedecem às demandas do mercado de trabalho que, em constante desenvolvimento e transformação, necessita de trabalhadores dinâmicos.

A disciplina CISI prioriza a aprendizagem no cenário da prática que pressupõe a contextualização social e transcende a associação linear entre habilidades e esquemas prévios (LOPES; MACEDO, 2011). Na mesma linha, o ensino por competências tem sido defendido na saúde do idoso por Motta e Aguiar (2007), ao afirmarem que a formação baseada em competências traz uma pedagogia diferenciada, que é centrada na aprendizagem, na subjetividade do aluno e na construção do conhecimento.

O PPC afirma que o modelo de currículo proposto para o curso médico pesquisado se relaciona à aquisição das competências necessárias para que o egresso tenha perfil generalista, ético, humanista e responsável, conforme disposição das DCNM/2014.

O Plano de ensino da unidade curricular CISI não evidencia quais são as competências almejadas. O documento faz referência indireta de que se trata de um planejamento por competência ao tratar da avaliação: “No currículo baseado em competências, é fundamental que, para cada objetivo de aprendizagem, seja indicado um método de avaliação coerente com essa finalidade” (Plano de Ensino, 2018, p. 6). Deduz-se, então, que os objetivos que constam no Plano de Ensino se tratam das competências a serem adquiridas pelos alunos ao longo do período.

Uma das questões das entrevistas se relacionava às competências que deveriam ser adquiridas ao longo da disciplina. Os alunos entrevistados ressaltaram a importância de se compreenderem as

especificidades do paciente idoso em relação ao adulto, ressaltando conceitos gerontológicos trazidos pela unidade curricular e a importância da integralidade na atenção ao idoso:

(...) Não sei, mas eu imagino que esteja bastante relacionada com a questão de compreensão, tipo assim, de saber reconhecer as diferentes situações de vulnerabilidade da pessoa idosa, imagino que tenha a ver com o conhecimento acerca dos conceitos de autonomia e várias outras questões. (...) Independência, autonomia a gente discute muito, né? Saber esses conceitos, saber quais são as diferenças então que pode ter entre o idoso que está institucionalizado e o idoso que não está institucionalizado, quais são as principais, as grandes síndromes dentro da geriatria, da saúde do idoso, saber reconhecer e saber o manejo disso. É compreender um pouco também dentro desse manejo da questão da farmacocinética, quais medicamentos que eu posso ou não usar no idoso, e porque que eu não posso (...). Além da questão do acolhimento que é muito importante sempre em tudo, mas no idoso pela fragilidade talvez até um pouco mais **(Entrevista aluna Cristina)**.

Em suma, competência é um conceito complexo que leva em conta a função cognitiva, integrativa, relacional, afetiva e moral; e que deve ser continuamente desenvolvida, pois, conforme disposto nas DCNM/2014, as competências se referem à prática médica, transcendendo o aprendizado acadêmico. Segundo Dias *et al.* (2018), apesar de a noção de competência apontar para vários sentidos, o currículo organizado por competências permite que a integralidade funcione como eixo estruturante da graduação médica. Concordamos com tal afirmação na medida em que as condições para o bom desenvolvimento das competências sejam proporcionadas pelo ensino, conforme observamos na disciplina pesquisada, com destaque para os cenários de aprendizagem na rede de saúde.

CONCEPÇÕES E CONTEÚDOS DO ENSINO DE SAÚDE DO IDOSO NO CURRÍCULO MÉDICO

A integração dos conteúdos curriculares tem sido defendida nos cursos de saúde a partir dos argumentos de que o aprendizado contextualizado com a práxis é mais efetivo, que diferentes disciplinas e profissões proporcionam maior aproximação do mundo do trabalho, e que os currículos integrados se tornam mais atraentes para os estudantes, aumentando a motivação para o aprendizado. A integração curricular pode se dar de forma vertical, horizontal ou ambas paralelamente: enquanto na integração horizontal as disciplinas se organizam em torno de conceitos ou temas, na vertical as disciplinas são organizadas em eixos que percorrem todos os anos da graduação (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

Para Lopes e Macedo (2011), as diferentes concepções de currículo trazem distintas propostas de integração dos conteúdos. Há, basicamente, três principais concepções de integração curricular: pelas competências almejadas no egresso; pelos conceitos das diferentes disciplinas que são mantidas no currículo; e pela integração que se baseia nos interesses dos estudantes nas questões sociais e políticas do País. O que tem prevalecido atualmente, segundo as autoras citadas, é a organização curricular por disciplinas, que por sua vez enumeram quais competências vão ser priorizadas no ensino.

Segundo o PPC analisado, o currículo está organizado de forma a integrar: teoria e prática; formação e trabalho; formação médica e outras profissões; assuntos; currículo básico e profissional (internatos). O eixo PIESC é estratégico nesse sentido, pois se configura como prática na rede de saúde, atravessando o curso do primeiro ao oitavo período, de tal forma que se almeja diminuir a dissociação entre o ciclo básico e o profissional por meio da diversificação dos cenários de aprendizagem.

Observamos que o curso médico pesquisado busca a integração curricular tanto pelas competências (visto que cada disciplina deve, de acordo com o PPC, trabalhar as competências sugeridas nas DCNM) quanto pelos conceitos, mantendo a divisão disciplinar, em consonância com o que se encontra nos currículos hodiernos. Considerando a importância que o cenário de práticas tem no curso pesquisado, por meio do eixo PIESC, nossa análise nos leva a crer que a priorização do cenário de práticas no eixo longitudinal do curso também funciona como dispositivo de integração curricular.

Os aspectos apontados no PPC como renovação do currículo em relação ao modelo de ensino anterior seguem as tendências de mudanças do ensino médico observadas na literatura: busca de integração curricular, no sentido de superação da fragmentação em especialidades e da aproximação entre ciclo básico e profissional; inserção dos estudantes nos serviços de saúde desde os primeiros períodos e inclusão de eixo ético-humanístico (SOUZA, 2011; GOMES; REGO, 2014;

LAMPERT;CAMPOS;ALVES, 2016;). Cabe, no entanto, indagar se a integração curricular tem se concretizado na realidade cotidiana do curso, pois há dados levantados ao longo da pesquisa que apontam a fragmentação de disciplinas que não conversam entre si, ainda que no mesmo período do curso:

Por exemplo, é... Deixa eu pensar numa matéria aqui... Endocrinologia, a endócrino, ela tem uma parte clínica, então a gente tem professores da clínica, tem professores da rádio, a gente tem professores da patologia, aí sim existe uma conversa entre eles, dentro dessa... dentro da endocrinologia. Mas não conversa, por exemplo, com o idoso, que é o mais afetado por diabetes, não tem essa conversa. Que não conversa com a saúde da mulher também não. Aí fica cada um dentro do seu espaço (**Entrevista aluna Alice**).

Eu acho que tem, no desenho do curso tem sim [integração]. Eles estão mais ou menos se pensando ali, tem modular até no início, depois isso já deixa um pouco de existir, ficando mais... Mas eu sinto que o que falta, a gente falta comunicação, entre os professores, por exemplo do mesmo período, não existe esse espaço. Não existe espaço de troca, existe as reuniões do departamento, todos vão uma vez por mês, são obrigados a ir (**Entrevista professor Celio**).

Iglesias e Bollela (2015) afirmam que uma forma de integração curricular horizontal que tem sido adotada por cursos médicos em todo o mundo é a que prioriza os ciclos de vida como elemento organizador do ensino. Nessa linha, Motta e Aguiar (2007) afirmam que o envelhecimento seria um potente mecanismo de integração do currículo, pois favorece a interdisciplinaridade, além de atitudes e habilidades que podem elevar a qualidade da atenção em saúde de forma geral.

Segundo Motta e Aguiar (2007), os conteúdos que devem ser abordados da saúde do idoso são: conhecimento e abordagem das síndromes geriátricas; abandono e maus tratos; distúrbios do humor; sexualidade; instrumentos que avaliam a capacidade funcional e cognitiva; avaliação geriátrica ampla; aprendizado em equipe e em cenários diversificados; conhecimento do sistema de saúde, dos recursos e apoio social disponíveis. Todos estes estão contemplados no Plano de Ensino da disciplina CISI.

Nota-se que a quantidade de objetivos propostos no Plano de Ensino da disciplina CISI ultrapassa a proposta da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG – para todo o ciclo básico do curso médico (que compreende do primeiro ao oitavo período). Portanto, considerando que a unidade curricular pesquisada abrange um único semestre do curso, faz-se necessário avaliar se o conteúdo é excessivo para o tempo disponibilizado.

Como não há ensino sem conteúdo, e este, por sua vez, não é neutro, mas aponta valores e intenções (FREIRE, 2003; 2014), seria esta quantidade de conteúdos um reflexo da busca por uma formação generalista? Dos 37 objetivos listados, apenas dois usam a denominação “geriatria”, corroborando o esforço na busca de superação da especialidade em prol da formação generalista, que, por sua vez, ultrapassa as questões anatomopatológicas para considerar também os determinantes sociais da saúde (XAVIER; KOIFMAN, 2011).

A maioria dos objetivos trazidos pelo Plano de Ensino não se refere ao nível da especialidade, mas aos conteúdos e habilidades gerais, necessários ao atendimento ao idoso no nível primário da atenção. No entanto, em relação aos conteúdos estudados ao longo das aulas teóricas observadas, nota-se que há priorização das questões anatomopatológicas do envelhecimento, sendo que não há adoção de uma concepção teórica de idoso ou velhice, conforme verificamos na entrevista de uma das professoras:

Olha, uma concepção amarrada não tem, até porque o envelhecimento tem muitas nuances né, a gente tem que diferenciar a senescência da senilidade, o envelhecimento fisiológico do envelhecimento patológico. Então eu acho que a disciplina ela é muito aberta quanto a isso, ela não vem com algo muito amarrado, engessado, então eu acho que por isso ser muito aberto a aprendizagem do aluno é mais ampla né. (...) (**Entrevista Professora Luciene**)

A questão feita aos alunos quanto à sua concepção de envelhecimento gerou respostas referentes aos estereótipos do idoso, demonstrando que os preconceitos foram trabalhados e, ainda que em diferentes perspectivas, houve compreensão da heterogeneidade do envelhecimento e da vulnerabilidade que este processo pode significar:

O Celio passou um questionário para a gente sobre o estereótipo do idoso... Mas desde o início eu não tenho uma visão muito estereotipada do que é o envelhecimento ou do que é ser idoso...

(...) na verdade a gente tem que desconstruir todas essas formas de normatização né, não só do idoso, mas de qualquer tipo de sujeito, quando a gente trabalha com a pessoa, todas essas formas de estereotipia e normatização limitam nosso conhecimento sobre nosso paciente. Cada paciente vai apresentar sua própria subjetividade, sua própria singularidade. Então trabalhar com idoso é trabalhar com qualquer outro tipo de paciente, mas tendo em vista que ele é um sujeito um pouco mais frágil, com um pouco mais de suscetibilidade, mas a questão do idoso em si enquanto sujeito não é diferente de nenhum de nós **(Entrevista aluno José)**.

(...) a gente sempre tinha aquela ideia que é de senso comum, de achar que idoso é chato, que falam sempre as mesmas coisas, que só querem ficar em casa bordando e fazendo crochê, que os idosos... temos aquele estereótipo do que é o idoso, um exemplo, o idoso que eu abordei no meu primeiro mês que foi o Senhor João da ILPI, ele é um idoso super ativo, inclusive mais ativo que eu, ele acorda às 5 horas da manhã, mexe na horta vai pra cima e pra baixo, conversa com todo mundo, interage com todo mundo (...) e você vê como que é uma população que não é esse estereótipo que a gente tende a colocar em um pacote só, idosos é tudo assim e acabou, não, não é assim, é completamente diferente **(Entrevista aluna Cristina)**.

Em suma, a convivência com idosos nos cenários de prática da CISI parece ter propiciado aos discentes confrontar suas próprias noções de envelhecimento com a realidade, proporcionando a compreensão de que a velhice é uma etapa do ciclo de vida carregada de estereótipos e preconceitos.

O COTIDIANO DO ENSINO DA SAÚDE DO IDOSO E A PROBLEMATIZAÇÃO COMO MÉTODO

As DCNM/2014 orientam as metodologias ativas como recurso educacional a ser usado nas graduações; e tanto o PPC quanto o Plano de Ensino da disciplina CISI assumem as metodologias ativas como recurso pedagógico preferencial no ensino, sendo que nestas o aluno deve ser ativo no próprio processo de aprendizagem, enquanto ao docente cabe atuar como facilitador. Ao tratar dos métodos ativos de ensino, o PPC afirma que:

Nessa perspectiva, o docente necessita desenvolver novas habilidades para permitir ao discente participar ativamente de seu processo de aprendizagem. Nessa nova postura, torna-se essencial assumir o papel de facilitador do processo ensino-aprendizagem, com disposição para respeitar, escutar compassivamente e acreditar na capacidade do aprendiz para se desenvolver e aprender em um ambiente de liberdade e apoio **(PPC, 2016, p. 58)**.

A orientação do desenvolvimento de uma “nova postura” só adquire sentido na medida em que consideramos que há uma postura anterior que necessita ser revista. Se o professor é o centro, ao aluno cabe o papel de ser o objeto no processo de ensino-aprendizagem, passivo e receptor. Tal modelo é denominado de Educação Bancária por Paulo Freire (2018c), no qual o ensino é concebido como um processo natural, que não demanda questionamentos ou reflexões, em que o professor atua como transmissor dos conteúdos, que por sua vez são concebidos como verdades fixas, a serem assimiladas passivamente pelos alunos. Tal modelo predominava no ensino flexneriano.

O PPC reitera, ao longo de todo o documento, que o curso médico pesquisado segue as novas diretrizes, marcando diferença em relação ao modelo flexneriano de educação médica: “Esta nova orientação deixa de seguir o modelo clássico proposto por Flexner.” (PPC, 2016, p. 8). O documento traz as principais modalidades de ensino-aprendizagem a serem adotadas no curso: 1– Aprendizagem baseada em problemas (ABP/ PBL) e Aprendizagem baseada em equipe (ABE/ TBL); 2– Problematização; 3– Pedagogia de projetos – Aprendizagem baseada em projetos (ABP/ PBL); 4– Ação – reflexão – ação. As aulas teóricas e de transmissão de conteúdo são mantidas, com a ênfase de que as diferentes estratégias de ensino devem ser usadas e combinadas de acordo com os objetivos de aprendizagem pretendidos (PPC, 2016).

As metodologias ativas de ensinotêm como alicerce autonomia e a aprendizagem significativa. Este último conceito foi desenvolvido por David Ausubel (1918–2008), que considera o saber prévio do aluno como um porto no qual o novo conhecimento vai se ancorar. A aprendizagem significativa é um processo interativo, no qual o educando participa ativamente da aprendizagem e constrói seu próprio conhecimento ao ressignificar os dados recém-aprendidos. Tal processo se opõe à

aprendizagem mecânica e tradicional, conectando-se à teoria freiriana da Educação Bancária (CARRIL; NATÁRIO; ZOCCAL, 2017).

A estratégia principal de ensino das metodologias ativas é a problematização (MITRE *et al.*, 2008), que por sua vez é herdeira da educação problematizadora ou libertadora, de Paulo Freire; esta última, classificada de tendência pedagógica progressista por Libâneo (2011), fundamenta-se na realidade concreta e nos conhecimentos trazidos pelos alunos de suas vivências. Essas devem ser as fontes das problematizações usadas na busca de compreensão crítica e construção do conhecimento. O método de ensino é o diálogo, que parte da relação democrática entre professor e aluno, ambos atuantes como sujeitos ativos no processo educacional.

A problematização, em Freire (2018c), relaciona-se à reflexão sobre a práxis se dá na contramão da alienação, a partir do desvelamento das forças e conflitos inerentes ao problema. Este processo tem o potencial de transformar os sujeitos e suas realidades, na medida em que todos assumem uma postura crítica, de curiosidade epistemológica diante da realidade, que deve ser constantemente problematizada.

A unidade curricular CISI é uma disciplina que prioriza a vivência prática em relação às aulas teóricas. Os alunos vão a campo conhecer e se aproximar da realidade que estudam teoricamente em sala. O campo consiste em serviços do SUS, em que os educandos têm contato direto com equipes, usuários e a realidade de saúde, de tal forma que tais vivências possam proporcionar material a ser problematizado, embasando a construção do conhecimento. De acordo com o plano de ensino,

Durante todo o módulo será utilizada a **Metodologia Ativa de Ensino**: Aprendizagem Baseada em Problemas, Problematização, Aprendizagem Baseada em Grupo, Sala de aula invertida. Aprendizagem Baseada em Tarefas, Aprendizagem Baseada em Casos Clínicos, Aprendizagem Baseada em Atendimento Clínico, Fishbowl, Filmes Disparadores, Expressão Artística: dramatização, desenho, pintura e etc. (**Plano de ensino, 2016, p. 6, grifo do autor**).

A variedade de estratégias didáticas a serem usadas ao longo das aulas condiz com a literatura sobre o tema, que por sua vez apresenta relatos do uso de teatro, narrativas, tai chi chuan, filmes e visitas a locais frequentados por idosos. Os autores indicam que diferentes estratégias no ensino são importantes na sensibilização do estudante para uma melhor abordagem ao idoso (NOGUEIRA, 2014; CARVALHO; HENNINGTON, 2015). Não há consenso dos alunos quanto ao uso das metodologias ativas de ensino, o que levou uma das alunas a falar em metodologia “mesclada”:

Foi uma metodologia mesclada, então em alguns momentos agente tinha metodologias ativas, por exemplo, TBL, que aquela aprendizagem baseada em problemas em times, a gente teve também rodas de conversa. Contações de histórias, (...) acho que é legal, por que a matéria é extensa, apesar de a gente ter uma noção pelas outras matérias, ainda assim é um conteúdo extenso então dá uma amenizada e torna as coisas um pouco mais leves, o que não implica em descompromisso ou aprender menos, pelo contrário torna mais agradável, e como é mesclada, a gente tinha algumas aulas teóricas, e aulas teóricas também foram muito boas porque geralmente o professor já mandava o material antes pra gente chegar na aula com alguma noção, e ele pincelava nas aulas os principais pontos daquele capítulo (**Entrevista aluna Cristina**).

Os métodos de ensino pela problematização, que predominaram nas aulas teóricas observadas ao longo da pesquisa, são ferramentas das metodologias ativas bastante populares hodiernamente, conhecidos como Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e Aprendizagem Baseada em Equipe (TBL). Eles têm ocupado cada vez mais espaço nos cursos médicos como forma de estimular a autonomia, a capacidade decisória e o amadurecimento dos estudantes (MITRE *et al.*, 2008).

Um dos pressupostos para o ensino pela problematização é justamente o de partir da realidade social, que deve fornecer o material a ser problematizado na busca de soluções para os problemas — soluções estas que devem ser devolvidas à realidade, em um processo dialético de ação – reflexão – ação (MITRE *et al.*, 2008). Porém, na disciplina CISI, observamos que o movimento de partir e retornar à realidade não tem garantido a práxis, pois, apesar de ter carga horária significativa no cenário de práticas, as problematizações trabalhadas nos métodos TBL e PBL ao longo das aulas teóricas não

partem das situações-problemas vivenciadas pelos alunos; pelo contrário, tais vivências não são discutidas no espaço das aulas teóricas, mantendo a dicotomia teoria-prática:

(...) Então eu acho talvez falta trazer essa realidade daqui, para a sala de aula para a gente discutir, por exemplo, eu, como médico, vou trabalhar no posto, o que vou fazer com isto? (...) Acho mais vantajoso, a gente trazer um quadro clínico (da prática), e não dar uma aula... Sei lá... Estilo PBL, de infecção urinária (...) **(Entrevista aluna Alice)**.

Apesar do esforço em adotar metodologias ativas, nota-se que as aulas continuam sendo guiadas por conteúdos pré-estabelecidos e, na medida em que os alunos não encontram espaço para problematizar as dificuldades encontradas em suas vivências práticas nas aulas teóricas, perde-se uma oportunidade preciosa de aprendizado pela problematização. Nesse sentido, retomamos Freire, pois educar não se refere só a ensinar conteúdos, mas principalmente a ensinar a pensar, refletir e interpretar o mundo vivido, “ensinar a pensar certo” (2018b, p. 28). Trata-se de estimular que a curiosidade ingênua, trazida inicialmente pelo educando, seja superada e se converta em curiosidade epistemológica, tornando-o capaz de problematizar a realidade em suas múltiplas determinações.

A Problematização e o PBL são as metodologias ativas mais utilizadas no Brasil. Têm sido defendidas por seu caráter dinâmico e complexo, por valorizar todos os atores envolvidos no processo educativo e por aproximar o ensino dos serviços e necessidades das comunidades. Orientadas desde as DCNM/2001, as metodologias ativas foram adotadas por algumas instituições de ensino como único mecanismo de adequação às mudanças almeçadas na educação médica, o que levou Gomes e Rego (2011), a classificá-las de “panaceia”.

Um dos princípios das metodologias ativas é a autonomia. As DCNM/2014 apontam que o aluno deve ter autonomia intelectual no próprio aprendizado, responsabilizando-se pela própria formação, percebendo as necessidades de aprendizagem e buscando o conhecimento. Essa é uma característica das tendências pedagógicas liberais, que se relacionam aos valores do capitalismo, valorizando o individualismo e responsabilizando os indivíduos pelas próprias vicissitudes, a despeito das desigualdades de condições sociais das quais são oriundos (AMÂNCIO FILHO, 2004; LIBÂNEO, 2011).

Nesse sentido, torna-se importante elucidar o que tratamos por autonomia: compreendemos a autonomia no presente trabalho não como a liberdade de agir de acordo com o próprio desejo, mas como o resultado de um exercício reflexivo que pressupõe a capacidade de análise crítica, uma ética. O posicionamento ético e compromissado diante da realidade tem como condição que o sujeito seja capaz de se posicionar criticamente diante desta mesma realidade, ou seja, a ação humana no mundo é limitada pela falta de reflexão crítica (FREIRE, 2018a, 2018b, 2018c).

Neste exercício reflexivo, a postura assumida pelo professor adquire importância capital, pois não se trata só de permitir ao aluno agir, mas de estimular sua curiosidade, colocando-o em condição de ler criticamente a realidade. Segundo Freire (2018b), é por meio da educação dialógica e democrática que os educandos se tornam capazes de exercer sua autonomia. Observando as aulas, percebemos que a postura dos professores da CISI permite essa autonomia para os alunos no cenário de aprendizagem prática. Porém, nas aulas teóricas observadas, com predominância da exposição de conteúdos, nota-se pouco tempo para o diálogo.

No cenário de aprendizagem prática, observamos situações nas quais os alunos eram estimulados a manter postura ativa e autônoma, sendo que em algumas dessas situações os próprios estudantes demonstravam certa resistência em tomar decisões (insegurança?). Segundo Gomes e Rego (2014), tal postura por parte dos alunos pode ser devida à escolarização prévia, que trabalha mais a heteronomia do que a autonomia, não estimulando a postura crítica e ativa dos alunos. A fala da professora ressalta a importância atribuída por ela à autonomia na disciplina:

Acho que o que chama a atenção nessa disciplina é justamente a autonomia que ela dá para o aluno, então ele tem um paciente só dele, então qual exame eu vou pedir, porque eu vou pedir, porque ele é importante para o idoso, porque esse medicamento é importante eu tirar. É uma coisa que na minha formação não existiu, na minha formação isso eram particularidades e aqui isso é essencial para a formação do aluno em si **(Entrevista professora Luciene)**.

Apesar de o PPC orientar o uso preferencial de metodologias ativas, não há um consenso sobre seu uso nas diferentes unidades que compõem a matriz curricular do curso médico. As diferentes metodologias de ensino coexistentes no curso pesquisado apontam diferentes tendências pedagógicas e concepções de educação, que por sua vez refletem as tensões e disputas que permeiam a educação médica atual (KOIFMAN, 2001; NOGUEIRA, 2014; 2009; GOMES; REGO, 2014; 2011). Tais tensões se refletem nos alunos, que se sentem sobrecarregados com o excesso de material, leituras, tarefas e avaliações.

Segundo o PPC analisado, a estrutura modular do currículo permite a melhor distribuição das avaliações, “(...) evitando-se o estresse indesejável que os alunos estão submetidos no período de provas de várias unidades curriculares, que se desenvolvem de modo paralelo e dissociado.” (PPC, 2016, p. 51). Todavia, o que observamos foi o acúmulo de atividades avaliativas, que acaba por gerar estresse nos alunos, e a opção por se dedicar ao estudo das disciplinas que utilizam aulas tradicionais e expositivas e que aplicam prova como avaliação, em detrimento de disciplinas como a saúde do idoso, que propõe metodologias ativas e avaliação formativa.

De acordo com as DCNM/2014 e o PPC, a avaliação deve ser formativa e processual, objetivando o aperfeiçoamento do aluno, que deve receber retorno dos professores em tempo hábil para recuperação. Acredita-se que todos são capazes de aprender nas condições adequadas; nesse sentido, “a avaliação educacional tem como objetivo fundamental o aperfeiçoamento do processo de aprendizagem, devendo enfatizar a abordagem formativa que favoreça o desenvolvimento do educando.” (PPC, 2016, p. 222).

Ao tratar da avaliação, o plano de ensino da disciplina CISI afirma que cada objetivo de ensino deve ser avaliado de forma coerente com sua finalidade. Os alunos são avaliados por meio das seguintes ferramentas: 1) Portfólio Reflexivo (portfólio eletrônico, no qual os alunos fazem reflexões sobre a prática e têm retorno dos professores); 2) Mini-Cex (atendimento ao idoso prestado pelo aluno) e 3) Long Case (dissertação que trata do estudo de caso do idoso atendido pelo aluno). Nas metodologias ativas de ensino, espera-se que a capacidade do educando em avaliar a realidade abranja sua própria postura, de forma que seja responsável e capaz de se autoavaliar (MITRE *et al.*, 2008). Não é essa maturidade, no entanto, que observamos nos alunos quando tratam de questões avaliativas, conforme fala da professora entrevistada:

(...) eu percebo que a partir do momento que você fala com eles: “você está sendo avaliado” eles mudam. Tirando essa parte mecânica mesmo da faculdade, a gente percebe que existem dificuldades (...). O primeiro atendimento assusta muito, então ninguém quer ser o primeiro a fazer o Mini-Cex, né, de vez em quando aparece um corajoso: então eu vou! Mas a maioria quer ser o último, quer ver como o professor avalia **(Entrevista professora Luciene)**.

O ensino que se dá a partir da concepção bancária e tradicional de educação, no qual a avaliação é relacionada à punição, tende a estabelecer relações dicotômicas e autoritárias entre docentes e alunos, em que estes são tidos como objetos, enquanto o professor é o sujeito do processo educacional. Na formação médica, tal modelo tende a se refletir na postura profissional do egresso no estabelecimento de relações autoritárias e assimétricas com pacientes e equipe (GROSSEMAN; KARNOPP, 2011).

As falas dos alunos reafirmam o incômodo gerado pela avaliação, o que nos aponta os resquícios de um ensino tradicional, centrado na figura do professor, que, por seu turno, usa a avaliação como instrumento de poder e de reafirmação da autoridade:

Acho que um ponto que me incomodou na disciplina foi que a gente tinha que passar pelo processo do Mini-Cex, onde a gente atendia um paciente, o professor analisava e tinha vários passos que a gente tinha que ter abordado com o paciente, e isso era avaliado. (...) Uma das alunas, a primeira que fez o Mini-Cex, chorou dentro do ambulatório, quando o Celio foi dar o feedback para ela, ela chorou **(Entrevista aluno José)**.

A avaliação formativa, característica das metodologias ativas, reverte a noção de hierarquia e punição, para reforço do aprendizado. Assim como a adoção das metodologias ativas de ensino, a adoção de avaliação formativa deve ser uma postura institucional, de forma tal que os docentes sejam preparados nas habilidades necessárias ao seu uso, por exemplo: planejar o teste como momento de aprendizagem

para o aluno; treinamento de feedback efetivo aos alunos; priorização da prática na realidade dos serviços (em detrimento de laboratórios); avaliação da autonomia do estudante (SOUZA, 2011).

No PPC pesquisado, há orientação de avaliação formativa; no entanto, à medida que observamos nos dados a coexistência de avaliações tradicionais, que funcionam por quantificação cognitiva, deduzimos que não há um posicionamento institucional claro quanto ao tema, sendo que aos estudantes cabe se adaptarem à escolha de cada professor. O mesmo se dá em relação às práticas didáticas, indicando a coexistência de distintas tendências pedagógicas, concepções de educação e de ciência.

Cecílio-Fernandes e Carvalho Filho (2017) apontam que o ensino médico brasileiro tem passado por mudanças que visam promover uma formação mais adequada à realidade do SUS e, por isso, mais próxima das necessidades de saúde da população. No entanto, a maioria das metodologias de ensino utilizadas como estratégia na modernização do ensino médico brasileiro foi importada de outras realidades, como Estados Unidos, Canadá e Holanda. Com Freire (2018a, p. 30), recordamos que “Não há técnicas neutras que possam ser transportadas de um contexto a outro”.

Diante dos dados levantados pela pesquisa, podemos interrogar a efetividade da adoção dos métodos ativos pela disciplina CISI, já que não há, por parte do currículo do curso pesquisado, um rompimento com a divisão disciplinar e com as aulas tradicionais, nas quais há grande carga horária teórica e presencial, impossibilitando que a aprendizagem seja conduzida pelo aluno e mediada pelo educador. Em suma, há nos documentos um discurso em relação à adoção de métodos ativos; porém, não há a adoção radical da concepção que sustenta os métodos, como, por exemplo, a problematização. Trata-se, portanto, de um desafio que se impõe quando se pretende aproximar o discurso da prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os textos dos documentos analisados, os relatos de alunos e professores e a prática educativa observada são, em nossa análise, reveladores de tensões entre o currículo por competências e o ensino pela problematização. Nesse sentido, cabe a nós atentarmos para o quanto ainda temos que avançar na educação médica para que o ensino de saúde do idoso não separe a prática da teoria, nem se exima de apresentar outros cenários nos quais a presença de pessoas idosas possa vir a ser problematizada como outras possibilidades de viver a velhice.

É importante ressaltar o contexto de produção dos documentos universitários, que devem estar em conformidade com as políticas que normatizam e avaliam as graduações médicas no País. As políticas curriculares têm sido formalizadas como diretrizes para as práticas educacionais; todavia, tais normas não são absorvidas pelos cursos de forma harmônica e coerente, já que as instituições de ensino são espaços sociais, que reproduzem material e simbolicamente as contradições e disputas da sociedade. É nesse contexto que o currículo adquire sentido e legitima o que deve ser assumido como conhecimento formal na instituição.

Compreendemos, com nossa pesquisa, que as diferentes concepções de educação e de ciência priorizadas ao longo da formação em saúde engendram diferentes modelos de assistência. Concepções de educação que valorizam o diálogo, as problematizações, o contexto social e a historicidade do conhecimento tendem a produzir interações simétricas e dialógicas entre os atores envolvidos no processo educativo, todos concebidos como sujeitos. Tais interações, quando voltadas para a atenção em saúde, tendem a ser reproduzidas pelo egresso na forma de cuidado.

Por outro lado, as concepções tradicionais e bancárias de educação, que desprezam a historicidade do conhecimento, tendem a produzir relações verticais e autoritárias entre professores e alunos, distanciando-os entre si. Quando transpostas para a assistência, tais concepções tendem a reproduzir as relações autoritárias e assimétricas, a partir de um olhar descontextualizado para o processo saúde-doença da população, de tal forma que a interação médico-paciente se dá como distanciamento. Distanciamento que nada mais é do que a reprodução do divórcio entre ciência e mundo da vida, já denunciado pela fenomenologia.

Em suma, os métodos que permeiam a prática educativa são muito importantes na concretização dos objetivos educacionais. Entretanto, o cimento que dá sustentação ao edifício educacional são as múltiplas relações estabelecidas ao longo do processo de aprendizagem e construção

do conhecimento, relações estas entre educador e educando, destes com a instituição educacional e de todos com a sociedade em geral.

Na formação médica, objeto de nossa pesquisa, o envelhecimento precisa ser visto como um processo que, acompanhado ou não de uma saúde plena, é experienciado não só pelas pessoas idosas, mas também pelos alunos e professores. Tal qual Drummond, na epígrafe que trouxemos no presente artigo, “pouco importa venha a velhice”, contanto que nos eduquemos para lidar com ela como uma etapa do ciclo da vida a ser experienciada e compreendida em toda a sua complexidade, principalmente quando lidamos com a saúde do idoso.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento da pesquisa na forma de bolsa de mestrado.

REFERÊNCIAS

AMÂNCIO FILHO, Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./aug. 2004.

ANDRADE, Carlos Drummond de. **Sentimento do mundo**. São Paulo, Companhia das Letras, 2012.

BATISTA, Cássia Beatriz. Movimento de reorientação para a formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p.97-125, 2013.

BOLLELA, Valdes Roberto; MACHADO, José Lúcio Martins. O currículo por competências e sua relação com as diretrizes curriculares nacionais para a graduação em medicina. **Science In Health**, São Paulo, v. 2, n. 1, p.126-142, maio 2010.

BRASIL. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 1. Ed. Brasília, DF: Brasil, 19 out. 2006.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. 1. Ed. Brasília, DF: Brasil, 20 jun. 2014.

CACHIONI, Meire; TODARO, Mônica de Ávila. Política Nacional do Idoso: Reflexão acerca das intenções direcionadas à educação formal. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 175-198.

CARRIL, Maria da Graça Pimentel; NATÁRIO, Elisete Gomes; ZOCCAL, Sirlei Ivo. Considerações sobre aprendizagem significativa, apartirda visão de Freire eAusubel – uma reflexão teórica. **E-mosaicos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 13, p. 68-78, 12 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.12957/e-mosaicos.2017.30818>.

CARVALHO, Claudia Reinoso Araújo de; HENNINGTON, Élica Azevedo. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.417-431, jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14054>.

CECILIO-FERNANDES, Dario; CARVALHO FILHO, Marco Antonio de. Pesquisa em Educação para Transformar a Atenção à Saúde no Brasil: Editorial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 2, p.183-184, abr. 2017.

DIAS, Matheus Martins de Sousa *et al.* A Integralidade em Saúde na Educação Médica no Brasil: o Estado da Questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 42, n. 4, p.123-133, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180094>.

DIOGO, Maria José D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V. 12, n. 2, p. 280-2, mar./abr. 2004.

FREIRE, Paulo. **El Grito Manso**. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2003. 112 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 21ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. 333 p.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 38ª. Ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2018a. 110p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 57ª. Ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2018b. 143 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 66ª. Ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2018c.253 p.

GALERA, Siulmara Cristina *et al.* Medical Education in Geriatrics: Brazilian and global challenge. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.88-94, Jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.5327/z2447-211520171700034>.

GIACOMIN, Karla Cristina; MAIO, Iadia Gama. A PNI na área da Saúde. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 135-174.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Paulo Freire: Contribuindo para Pensar Mudanças de Estratégias no Ensino de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 3, n. 38, p.299-313, set. 2014.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 35, p.557-566, set. 2011.

GROSSEMAN, Suely; KARNOPP, Zuleica Maria Patrício. Relação médico-paciente, terapêutica e a formação médica: a ética, a cidadania e o cuidado nas interações. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio. **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. Rio de Janeiro/ São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica, 2011, p. 131-173.

IGLÉSIAS, Alessandro Giralde; BOLLELA, Valdes Roberto. Integração curricular: um desafio para os cursos de graduação na área da saúde. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v. 48, n. 3, p. 265-272, 8 jun. 2015. [HTTP://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p265-272](http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p265-272)

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, Mangueiras, v. 8, n. 1, p.48-70, mar. 2001.

LAMPERT, Jadete Barbosa; CAMPOS, Nilce Maria da Silva; ALVES, Rosana. **Ensino na Saúde: Modelo de avaliação CAES/ABEM na construção de mudanças**. Goiânia: Gráfica UFG, 2016. 340 p.

LIBÂNEO, José Carlos. Tendências Pedagógicas na Prática Escolar. In: LUCKESI, Cipriano Carlos. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 2011, p. 71-98.

LOPES, Alice Casimiro; MACEDO, Elizabeth. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011. 279 p.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 42, n. 4, p.66-73, dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180065>.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.507-519, jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MITRE, Sandra Minardi *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.2133-2144, ago. 2008.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p.363-372, jul. 2007.

MOURÃO, Lucia Cardoso *et al.* Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. **Educação, Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 98, p. 181-210, jan. 2007.

NOGUEIRA, Maria Inês. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.909-930, set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000300013>.

NOGUEIRA, Maria Inês. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 2, p.262-270, jan. 2009.

PERISSÉ, Camille; MARLI, Monica. Caminhos para uma melhor idade. **Retratos: A revista do IBGE**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.18-25, fev. 2019.

RODRIGUES, Carla Cristina; TODARO, Mônica de Ávila; BATISTA, Cássia Beatriz. O ensino de saúde do idoso no curso de medicina da UFSJ. In: RICARDO, Elio Carlos *et al.* **Pesquisa em Educação: diversidades e desafios**. São Paulo: Feusp, 2019, p. 971-978. Disponível em: <http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/414>. Acesso em: 06 jan. 2020.

SACRISTÁN, José Gimeno. O que significa o currículo? In: SACRISTÁN, J. G. (Org.). **Saberes e incertezas sobre o currículo**. Porto Alegre: Penso, 2013, p. 16-35.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 3ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. 156 p.

SOUZA, Ruy Guilherme Silveira de. Estratégia de mobilização para as transformações curriculares. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio. **Educação Médica: Gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Associação Brasileira de Educação Médica, 2011, p. 67-82.

UFSJ. **Plano de Aula da unidade curricular Cuidado Integral à Saúde do Idoso**. São João del Rei, 2016.

UFSJ. **Projeto Pedagógico para o Curso de Medicina**. São João del Rei, 2016.

XAVIER, Alex da Silva; KOIFMAN, Lilian. A educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 15, n. 39, p.973-984, out. 2011.

Submetido: 22/05/2020

Aprovado: 23/09/2020