

Avaliação das Resistências de Docentes a Propostas de Renovações em Currículos de Graduação em Medicina

Evaluation of Faculty Resistance to Proposals for Renovation in Undergraduate Medical Curriculum

Joaquim Edson Vieira¹
Márcia Rodrigues Garcia Tamousauskas^{II}

PALAVRAS-CHAVE:

- Autoavaliação;
- Capacitação Profissional;
- Currículo;
- Educação Médica;
- Educação de Graduação em Medicina

KEYWORDS:

- Self-assessment;
- Education, Professional;
- Curriculum;
- Educação Médica
- Education, Medical, Undergraduate.

Recebido em: 27/09/2011

Reencaminhado em: 24/05/2012

Aprovado em: 10/01/2013

RESUMO

A percepção do ambiente de ensino identifica aspectos da educação médica que podem direcionar esforços de renovação curricular. Este trabalho apresenta resultados de avaliações promovidas por docentes e instrutores de ensino em cursos de Medicina em momentos de renovação. As necessidades curriculares foram investigadas por meio de oficinas que trabalharam com cinco perguntas apresentadas sequencialmente. O primeiro momento descreve um objetivo de melhoria. No segundo, o participante faz um levantamento das ações que o impedem de alcançar o objetivo desejado. O terceiro momento trabalha com mecanismos de defesa, denominados compromissos concomitantes, que representam preocupações que o participante quer evitar. No quarto momento, o participante é solicitado a refletir sobre esses compromissos concomitantes, que geram pressupostos e podem representar um temor pessoal. O total de participantes foi estimado em 150 professores universitários, 10 preceptores e 10 pós-graduandos da área médica. Os resultados apontaram como deficiências: tecnologias dispendiosas, primazia de conteúdos, receio de desgastes pessoais e perda de autonomia, tempo mal aproveitado, ensino desestimulante e despreparo para uso de estratégias pedagógicas com deficiente integração de práticas e conteúdos, e pouco uso do mecanismo de feedback. O mau aproveitamento do tempo e da literatura médica, bem como a falta de recursos acarretam desinteresse e desvalorização da educação. A identificação de resistências a mudanças facilita a reflexão no sentido de superá-las.

ABSTRACT

The perception of the learning environment identifies some aspects of medical education that can direct the efforts of curriculum renewal. This paper presents results of evaluations carried out by medical teachers and instructors from medical courses in times of renewal. The curricular needs were investigated by means of workshops that worked with five questions presented sequentially. The first item asked for a description of a goal of improvement. In the second, the participant considered which actions prevent him/her from achieving the desired goal. The third worked with defense mechanisms, also known as competing commitments, that represent concerns that the participants want to avoid. On the fourth item, he/she is asked to reflect upon these competing commitments and to relate them to assumptions that may represent, in fact, a personal fear. The total number of participants was estimated as 150 teachers, 10 instructors and 10 graduate students (Masters or Doctoral). Results showed as deficiencies the expensive technologies, the content primacy, fear of burning out or loss of autonomy, underuse of time, an unstimulating education and the unpreparedness to use teaching strategies associated with poor integration of content and practical skills as well as disregard for feedback as strategy. The poor employment of time and medical literature in addition to the lack of resources cause disinterest and devaluation of education. The identification of resistance to change brings about a reflection which may facilitate overcoming these difficulties.

¹ Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

^{II} Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Ações sociais elementares ocorrem pelo interesse do indivíduo, que tem o direito de agir e liberdade para tal e também tem direito ao controle e à propriedade. A complexidade da ação social se inicia quando o indivíduo transfere seu direito ao controle (sobre seus interesses e recursos) para outra pessoa. Há implícita nessa transferência uma relação de confiança. Ao mesmo tempo, essa transferência cria uma relação de autoridade. Essa condição reforça o conceito de norma para regular a ação social: se a pessoa retivesse seu direito ao controle da própria ação, mesmo quando transferida, não haveria necessidade de normas para regular tanto a confiança quanto a autoridade¹.

Assim, mesmo que tenha seus próprios interesses, quando regido pela autoridade o indivíduo maximizará os interesses desta última. Isso porque, além de receber benefícios para tal (feedback positivo), terá uma economia de recursos próprios, já que se identifica com os interesses da autoridade, mesmo que de forma não natural, uma vez que não retém parte de seu direito ao controle da ação.

Essa economia decorre do fato de que qualquer mudança pessoal implicaria, segundo perspectivas psíquicas, custos pela mobilização de recursos próprios. Para Kegan, a perspectiva de uma mudança pessoal que requer alterar padrões de comportamento dispara uma imunidade inconsciente que cria mecanismos de impedimento à mudança. Encontrar e adotar identificações e expectativas mantém estáveis os sentimentos e em equilíbrio a divisão consciente/inconsciente do indivíduo^{2,3}.

Todo esse ciclo é deflagrado porque os indivíduos têm diferentes recursos e interesses. A interdependência entre atores, recursos e ambiente (onde ocorrem as ações) impulsiona um interesse coletivo para a criação de normas e também as sanciona. Tem-se aqui o embasamento dos níveis micro (indivíduos), onde se origina a necessidade das normas para o nível macro, onde se reconhecem e normatizam as funções reguladoras das ações sociais – que acontecem no nível micro –, fechando o ciclo.

Interessante notar que, do ponto de vista da economia da ação social, exercer autoridade ou ter poder é ser capaz de usufruir das normas com baixo custo. Para tanto, as normas devem ser internalizadas por meio da educação e da punição, com vistas à redução da necessidade de investir em vigilância. A identificação com normas vigentes estende a validade destas, porque os valores obtidos facilitam essa internalização. São as relações de confiança entre atores sociais que aumentam a identificação e a internalização das normas da sociedade¹.

A educação, por meio de um currículo, influencia e é influenciada pelas relações sociais, cria capital humano e capital social, promove a internalização de normas vigentes e cria condições para a emergência de outras normas. Sua construção, embora

envolva aspectos filosóficos, históricos, psicológicos e sociais, se desenvolve pelo planejamento, implementação e avaliação – que são normativos, ou seja, ainda relativos à história das sociedades.

A educação é propositiva e busca competências expressas em diferentes níveis. Seu planejamento adota tais premissas. Estas competências devem ser consideradas como estações de suporte para novos avanços. Tais estações devem ser verificadas e avaliadas, ou seja, alcançada determinada estação ou estágio, têm-se condições de atingir outras mais elaboradas⁴.

A educação médica, em particular, é desafiada constantemente por três demandas associadas: a volatilidade da informação em medicina, as inovações tecnológicas que ampliam os limites da experiência sobre saúde e doença, e a necessidade de posicionar o aprendizado como contínuo⁵.

É inegável a importância da aquisição das habilidades que sustentam o conhecimento científico e seu princípio de superação. No entanto, o melhor da formação médica decorre do reconhecimento da complexidade das relações humanas. As instituições formadoras devem encorajar e promover excelência nas relações entre professores e estudantes, pois são relações que indiretamente se reproduzem por toda a vida entre pares e podem se estabelecer como modelo de cidadania.

A percepção do ambiente de ensino identifica aspectos positivos e negativos da educação médica que podem, por sua vez, direcionar esforços de renovação curricular. Esse ambiente resulta de interações sociais e direcionamento profissional, ambos fontes tanto de inovações quanto de resistências ao processo de formação. Este trabalho apresenta resultados de avaliações curriculares promovidas por docentes e instrutores de ensino em cursos de Medicina sobre necessidades curriculares em momentos de renovação.

MÉTODO

As necessidades curriculares sob a ótica de professores e instrutores de Medicina foram investigadas por meio de oficinas realizadas com docentes e pós-graduandos da área médica. Estas oficinas tiveram o intuito de apresentar, para todos os envolvidos com ensino em saúde, alguns mecanismos psíquicos relacionados às resistências aos processos de mudança. As oficinas foram todas coordenadas por um dos autores (JEV). Os participantes convidados pertenciam aos quadros docentes de duas instituições de ensino no Estado de São Paulo, com modelos curriculares considerados tradicionais – com pouca utilização de metodologias ativas de aprendizado. A duração das oficinas variou entre três e quatro horas, dependendo do debate entre os participantes, nas fases descritas a seguir.

A oficina trabalha com cinco perguntas sequenciais que solicitam ao grupo de participantes que assinalem um com-

promisso desejado para a melhor formação médica. Este compromisso é balizado por condições competitivas, tanto pessoais quanto institucionais, que possam dificultar sua realização. O desenvolvimento desse processo procura revelar as condições eventualmente impostas pelo próprio grupo (ou indivíduos), que seriam sustentadas por suposições. Estas, por sua vez, não são “meras representações”, mas temores reais que os indivíduos ou grupos procuram evitar. Podem ser determinados por necessidades de investir tempo, dinheiro ou comportamentos. Na verdade, são mecanismos de defesa (imunidades) assumidos inconscientemente e montados para impedir desgastes emocionais e institucionais³.

Tal qual o sistema imune, o processo descrito impediria que o organismo fosse atacado por outros agentes estranhos ao self. Neste caso, o estranhamento decorre da possível ansiedade a ser enfrentada pela necessidade de mobilização pessoal e pela preocupação em preservar uma vida de trabalho já bem delimitada. Essa ansiedade não é, portanto, aguda ou decorrente de um episódio, mas representa um sistema de administração preparado para constantes “ameaças”.

Nas oficinas foi utilizado o método desenvolvido por Kegan, que considera quatro momentos, cada um deles explorados por perguntas específicas². O primeiro momento descreve o desejo pessoal, um objetivo de melhoria, “o que querem se tornar” em seu ambiente de trabalho. No segundo momento, o participante passa a fazer um levantamento das ações que o impedem de alcançar o objetivo desejado. Essas ações são identificadas como pertencentes ao próprio indivíduo – e não externas, sem sua própria governabilidade. Podem ser também ações não adotadas. Esse segundo momento depende da descrição “faço/não faço” assumida pelo participante.

O terceiro momento trabalha com sentimentos de evasão, com mecanismos de defesa e é descrito como o mais elaborado. Denominado compromissos concomitantes ou princípio competidor, representa preocupações que o participante quer evitar para que sua vida, seu cotidiano não sofram reveses (Quadro 1).

Finalmente, o exercício chega ao quarto momento, quando o participante é solicitado a refletir sobre os compromissos concomitantes. Esses compromissos geram pressupostos, ou seja, situações que não ocorrem necessariamente da maneira prevista, suposta, esperada, e instalam um temor pessoal.

Esses pressupostos seriam “sinais de perigo”, onde há riscos e, portanto, não devem ser experimentados. Aqui, a “imunidade” funciona: impede que o participante atinja as (temerosas) situações pressupostas e reforçam a ação impeditiva. No exemplo: “ser visto como desocupado” implica perder o controle da situação pela qual sou responsável – “perder

QUADRO 1

Resistência às mudanças – exemplo de construção

Compromisso	Ação impeditiva	Compromisso concomitante
Saber ouvir outras pessoas	[<i>Não ouço porque</i>] preparo listas de coisas a fazer ao mesmo tempo (em que deveria escutá-las).	[<i>Preocupação em parecer desocupado</i>] [<i>Preocupação em errar</i>] Não parecer desocupado. Não cometer erros.

o controle” é a suposição que pode ocorrer em ser visto como desocupado. Da mesma forma, errar implica perder todo um trabalho anterior – “perder tudo” é o temor a evitar. Os pressupostos reforçam e justificam as ações impeditivas (preparar listas de afazeres ao mesmo tempo em que pessoas falam comigo). Seriam estas as condições que os participantes deveriam condicionar ou *vencer* para alcançar seu compromisso original, seu desejo de melhoria (Quadro 2).

QUADRO 2

Resistência às mudanças – padronização

Compromisso	Ação impeditiva	Compromisso concomitante	Pressuposto
Saber ouvir outras pessoas	[<i>Não ouço porque</i>] preparo listas de coisas a fazer ao mesmo tempo.	[<i>Preocupação em parecer desocupado</i>] [<i>Preocupação em errar</i>] Não parecer desocupado. Não cometer erros.	Um sujeito desocupado pode perder controle da situação pela qual é responsável. Um erro pode perder todo um trabalho anterior.

Células cinza: “Pressupostos” reforçam “Ação impeditiva”.

Os registros dos compromissos e das suposições desenvolvidas pelos participantes do estudo foram tratados descritivamente.

RESULTADOS

Durante o ano de 2009, professores de dois cursos médicos, pós-graduandos e preceptores de residência médica de um hospital universitário em São Paulo participaram de oficinas sobre planejamento curricular após palestra acerca das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/>

CES04.pdf). Todas ocorreram por convite das instituições patrocinadoras e não tiveram presença controlada.

O total de participantes pode ser estimado entre 150 professores universitários, 10 preceptores e 10 pós-graduandos da área médica. Os participantes das oficinas não assinaram termo de consentimento, considerando que partiu das instituições o convite para o desenvolvimento das oficinas, e a participação foi voluntária. Ao se apresentar a proposta da oficina, todos foram informados do registro dos levantamentos para análise e publicação. Em todas as ocasiões não foram apresentados impedimentos, preservadas as identidades pessoais e institucionais.

A primeira pergunta (que desencadeia o processo) solicitou que os participantes escolhessem *somente uma* qualidade que gostariam de desenvolver, ou manter, ou ainda de aumen-

tar nos estudantes de Medicina para que eles(as) se tornassem bons(as) médicos(as). As respostas foram agrupadas em dez qualidades (Quadro 3, coluna 1). Todas as respostas dos grupos foram anotadas em quadro frontal acessível aos participantes durante as oficinas.

Em seguida, os grupos estabeleceram e anotaram o *compromisso* a ser desenvolvido, mantido ou enriquecido que se identificaria com a qualidade escolhida (Quadro 3, coluna 2). Novamente, os grupos foram solicitados a debater internamente e apresentar quais seriam os impedimentos que evitam que tais compromissos se realizem. Em outras palavras, o que estes participantes, em seu cotidiano, fazem/não fazem que dificulta alcançar os compromissos desejados (Quadro 3, coluna 3). Aqui cabe uma primeira discreta observação: em todas as oficinas, a orientação oferecida aos participantes foi de que

QUADRO 3
Resistência às mudanças

	Qualidade	Compromisso	Impeditivo	Princípio competidor	Suposição
1	Crítica e reflexão	Aprendizado ativo	Despreparo docente (para promover aprendizado ativo)	Seleção docente Equilíbrio entre atender e ensinar	Maior custo institucional Conflitos entre docentes Desvalorização de quem ensina
2	“Querer aprender”	Docente como facilitador (do aprendizado)	Despreparo docente Instituição pouco interessada	Desenvolvimento docente Maior compromisso	Desgaste entre docentes e desmotivação
3	Respeito	Exemplo pessoal (modelo) Reflexão	Intolerância às preferências pessoais Aulas expositivas mais aceitas	Organização do currículo Dedicação docente	Exposição privada Dedicação pessoal muito intensa e não valorizada
4	Comprometer-se	Envolvimento com atividades	Pobre integração curricular	Paradigma educacional Preparo docente Recursos financeiros	Conteúdos garantem aprendizado Tempo incompatível
5	Conhecimento	Buscar e construir	Pouco tempo Sem acesso à tecnologia	Dedicação docente Recursos financeiros	Somente tecnologia cara promove bom aprendizado
6	Dedicação	Exemplo pessoal (modelo)	Incompatibilidade entre assistência e ensino	Perfil institucional Recursos financeiros	Competição entre docentes
7	Observador	Motivação Reflexão	Excesso de atividades	Insegurança ao preparar aulas	Especialista não “vê” medicina geral
8	Humanista	Relação professor-aluno	Muitos alunos e pouco tempo	Paternalismo	Menor autonomia Médicos paternalistas
9	Ética	Dedicação integral	Estrutura curricular	Docentes sem tempo integral	Mais docentes pulverizam mais o currículo
10	Humildade	Diálogo Responsabilidade	Arrogância docente e discente	Ênfase na racionalidade	Conhecimento científico não é alvo de disputa

Células cinza: “Suposições” reforçam “Impeditivos”.

estabelecessem qualidades e compromissos únicos, mas que acreditassem sinceramente necessários à competência médica. Isso porque, a partir da coluna “impeditivo”, os fatores que fundam a imunidade começam a tomar forma – e seu perfil, nem sempre simples, quase sempre mobiliza ansiedades pessoais, mesmo nos exercícios em grupo.

Identificadas as ações impeditivas, os grupos são convidados a discutir o que aconteceria se as ações fossem *contrárias*. Ou seja, o que eles(as) podem fazer/deixar de fazer que permita alcançar os compromissos desejados (Quadro 3, coluna 4). Ou seja, o chamado *princípio competidor* se relaciona diretamente com a segunda coluna. Desta forma, o competidor reforça ou mesmo justifica o impedimento à realização do compromisso. Exemplo: alguns grupos estabelecem o **respeito** como qualidade, identificam-no com **reflexão** e também com o **modelo pessoal** (compromisso) e assinalam o *competidor* como **dedicação docente** – tempo necessário para tal dedicação não providenciado ou não valorizado, e a **organização curricular** como impeditiva para o compromisso. Assim, não desenvolvem a reflexão desejada com os estudantes e não se apresentam abertamente como modelos pessoais porque supõem que haveria muita **exposição privada** e maior necessidade de **dedicação pessoal**, que, por sua vez, não são valorizadas.

Estas suposições reforçam as “ações impeditivas”, pois se ver alvo das **intolerâncias às próprias preferências** faz com que os docentes ajam sem provocar ou parecer provocar destaque pessoal – neste caso, não disponibilizando tempo aos estudantes além do previsto como o padrão da organização curricular. Poder-se-ia dizer que os docentes *não se fazem* notar na estrutura da instituição. Reforçam também a postura de apresentar **aulas expositivas**, mais aceitas, mas onde sabidamente a interação e a exposição como modelo pessoal são limitadas. Os docentes *fazem* o que é previsto – aulas –, mas isto os afasta de seus compromissos desejados, de exemplo pessoal e reflexão.

DISCUSSÃO

Os resultados das oficinas permitiram apontar deficiências vivenciadas pelos participantes desta amostra. O aproveitamento do tempo por professores e alunos e o uso da literatura médica (referências) são duas importantes deficiências apontadas. A falta de recursos também é identificada como causa de desinteresse e desvalorização da educação.

Interessante notar como os pressupostos observados neste levantamento encontram similaridade na literatura, ainda que a partir de diferentes princípios competidores e em ambiente cultural distinto⁶. As anotações são dignas de nota: o pressuposto de que “conteúdos garantem aprendizado”, no

Quadro 3, linha 4, pode ser aproximado da citação “estudantes só aprendem com ensino formal”. Por sua vez, na linha 5, “somente tecnologia cara promove bom aprendizado” encontra similaridade com “estudantes precisam de ambiente de ensino altamente estruturado”. Seguem-se reflexões adicionais: “desvalorização de quem ensina” (linha 1) e “excelência pedagógica não é prioridade entre professores”; “especialista não ‘vê’ medicina geral” (linha 7) se aproxima da afirmação “docentes não podem lecionar fora de sua área de especialização”; e, finalmente, “mais docentes pulverizam (ainda) mais o currículo” (linha 9) se aproxima do adágio “atual currículo principal não pode ser reduzido”⁶.

As qualidades apontadas pelos participantes das oficinas também podem ser agrupadas em áreas definidas como objetivos curriculares. Prevalcem aqueles aqui considerados comportamentais ou de atitudes: (ter) humildade, ética, (ser) humanista, dedicação, respeito, comprometer-se, “querer aprender”. É necessário lembrar que Ética e Humanismo também requerem conhecimentos específicos e resultam neles. Habilidades podem ser identificadas com “crítica e reflexão” e “observador” (e também como uma atitude); “conhecimentos” são objetivos cognitivos.

Os participantes apontaram a suposição de que a formação promovida pelo curso médico depende de tecnologias elaboradas (suposição relacionada à qualidade *conhecimento*, linha 5 do Quadro 3). No entanto, o conhecimento pode ser bem desenvolvido nos estágios práticos dos diversos cenários do curso, que terão variados níveis de tecnologia, considerando Unidades Básicas de Saúde a hospitais terciários. O ensino no ambiente clínico é uma tarefa exigente e complexa, e não seria surpresa detectar que muitos clínicos assumem essas funções sem orientação sobre estratégias e métodos que podem ser aproveitados. A tecnologia poderia sublimar tais deficiências ao ser apresentada como detentora do moderno e da certeza diagnóstica⁷.

A grande maioria dos professores clínicos recebeu treinamento intenso na aplicação do conhecimento médico em suas diversas competências. Para eles, a variação de apresentações clínicas é estimulante. No entanto, para o estudante de Medicina é necessário formar hábitos metódicos e embasar o raciocínio clínico. O risco de deficiência na observação clínica será o de criar uma atenção superficial, que se investe de pouca responsabilidade com a prática médica, com o paciente e consigo próprio⁸.

Evidências da literatura em educação médica sugerem que o desenvolvimento docente ocorre de forma mais competente quando se adotam alguns princípios: oficinas que permitam utilizar as novas competências educacionais desen-

volvidas; retorno (*feedback*) aos instrutores; desenvolvimento entre pares – ou seja, maior aproveitamento com a presença de especialistas do mesmo campo de atuação profissional (compondo um conceito da teoria da ação social: o *capital social* como meio para maior aquisição pessoal do *capital humano*). Ainda entre os princípios: conceitos são prioritários – agregam à teoria do aprendizado significativo ao reconhecerem o ancoramento entre os conhecimentos prévios e os novos; utilização de múltiplos instrumentos como estratégias de ensino nas oficinas de desenvolvimento⁹. No meio nacional, embora os docentes de cursos de Medicina reconheçam a necessidade de mudanças no ensino, apontam fatores gerenciais da universidade que impedem seu envolvimento, o que pode dificultar as capacitações descritas, notadamente se não se considerar a cultura que promove as identidades docentes^{10,11}. Um seminal e recente estudo já apontara como o desenvolvimento docente se mostrava distante do preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais¹².

A experiência por si só não é suficiente para que ocorra a aprendizagem. As observações e práticas repetidas e constantes devem ser interpretadas e integradas em estruturas de conhecimento existentes. Segundo as teorias de aprendizado, elas só se tornarão novos conhecimentos se ancoradas nos conceitos existentes. A reflexão é crucial para este processo ativo de aprendizagem. Já a motivação dependerá da definição de metas, dos interesses do sujeito e o quanto de seus recursos quer utilizar e ainda de fatores externos relacionados ao ambiente onde ocorre todo esse processo de aprendizado¹³. Os participantes deste estudo pressupõem que suas dificuldades em promover o aprendizado ativo sejam oriundas de custos (provavelmente) não assumidos pelas instituições, de desgastes decorrentes de diferentes capacitações entre pares (professores) e de uma abordagem “conteudista”. A superação desses conflitos parece requerer o mesmo remédio, tanto para estudantes quanto para professores: integração de conteúdos, motivação pelo reconhecimento.

Refletir é um processo de interpretação e análise, distante da simplicidade. Em educação, a reflexão deve ser promovida a um processo de “metacognição” que ocorre antes, durante e após situações vivenciadas. Tem a finalidade de compreender tanto a si próprio quanto os acontecimentos ou “pensar sobre o pensamento”¹³. Mas pode haver dificuldades no processo de reflexão, principalmente na fase de perceber – para situar o leitor, a taxonomia do domínio afetivo de Krathwohl considera a hierarquia: recebimento/percepção da situação, responsividade ao que é vivenciado, valorização, organização dos valores confrontados e caracterização, em que o estudante

compreende a situação e se posiciona consonante e ao mesmo tempo novamente receptivo¹⁴.

Provavelmente, as dificuldades de percepção (primeiro “passo”) estarão relacionadas à falta de adequado *feedback* que deve ocorrer no domínio afetivo. Interessante notar que as teorias sobre aprendizado na idade adulta coincidem em apontar a percepção como o momento essencial e mais importante para todo o processo de reflexão. Fundamentalmente, deve-se promover uma ligação entre a situação atual tanto com experiências anteriores conhecidas quanto com projeções de experiências futuras desejadas.

Esse processo de percepção e ligação da situação atual com experiências anteriores e projeções de experiências futuras foi observado durante avaliação de uma disciplina da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo¹⁵. Em descrição de aproveitamento dessa disciplina por meio de questionário do tipo Likert – discordo fortemente, discordo, sem preferência, concordo, concordo fortemente –, os estudantes avaliaram que as capacitações adquiridas decorreram do envolvimento com a realidade social e de saúde das regiões adstritas às Unidades Básicas de Saúde (percepção, receptividade). Declararam-se, ainda, aptos a identificar áreas de risco e de condições de vida e caracterizam a Atenção Primária no sistema de saúde.

Finalmente, foi interessante notar a construção de princípios competidores (Quadro 3) como resultantes de deficiências nas capacitações docentes: seleção, equilíbrio entre assistência e ensino, compromissos (educacionais) e preparo pedagógico. A formação de profissionais de saúde demanda um novo perfil de competências para a docência no ensino superior, e a universidade poderia redimensionar a formação docente, resgatando a competência pedagógica. Em recente estudo descritivo, esse processo foi identificado com diferentes abordagens no cenário nacional, onde instituições privadas realizam seleção e capacitação no mesmo processo de recrutamento, enquanto instituições públicas efetuam capacitação após a definição em concurso público, com os docentes já contratados¹⁶. Além disso, deve ser considerada fundamental a proteção do chamado “acervo profissional docente” por meio da organização de sistemas de apoio aos docentes que evitem frustrações e a cronificação de dificuldades institucionais¹⁷.

Esta investigação tem alguns aspectos que podem ser considerados limitantes. As conclusões ao final dos exercícios foram discutidas entre os participantes, e estes têm ou tiveram experiências profissionais e didáticas variadas. Ainda assim, tais opiniões não podem, necessariamente, ser generalizadas para todas as instituições de ensino. Outro aspecto relevante é o fato de tais conclusões não terem sido balizadas por outros

pontos de vista, notadamente por alunos de graduação, que não participaram da constituição dos grupos.

CONCLUSÃO

As resistências a mudanças decorrem de suposições descritas por docentes, as quais, uma vez identificadas com clareza, podem ser questionadas se reais. Além disso, a clara identificação dessas suposições facilita a reflexão no sentido de superá-las. Tecnologias dispendiosas necessárias à excelência do aprendizado, primazia de conteúdos, receio de desgastes pessoais e perda de autonomia, tempo mal aproveitado, ensino desestimulante e despreparo para uso de estratégias pedagógicas provocado pela deficiente integração de práticas e conteúdos, utilização infrequente do mecanismo de *feedback* são condições identificadas que devem ser objeto de reflexão institucional e dos docentes universitários.

REFERÊNCIAS

1. Coleman JS. Foundations of Social Theory. Cambridge: Belknap Press; 1990.
2. Kegan R, Lahey LL. How the Way We Talk Can Change the Way We Work. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
3. Kegan R, Lahey LL. Imunidade à mudança. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
4. Ornstein AC, Hunkins FP. Curriculum – foundations, principles, and theory. Boston: Allyn and Bacon; 1993.
5. Tosteson DC, Adelstein SJ, Carver ST. New Pathways to Medical Education. Cambridge: Harvard University Press; 1994.
6. Bowe CM, Lahey L, Kegan R, Armstrong E. Questioning the 'big assumptions'. Part II: recognizing organizational contradictions that impede institutional change. Med Educ. 2003;37 (8):723-33.
7. Pompilio CE, Vieira JE. The technological invention of disease and the decline of autopsies. Sao Paulo Med J. 2008;126(2):71-2.
8. Vieira JE, Bellodi PL, Marcondes E, Martins MA. Practical skills are the most popular elective choice. Med Educ. 2004;38:1015-16.
9. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gellula M, Prideaux D. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. Med Teach. 2006;28(6):497-526.
10. Garcia MAA, Silva ALB. Um Perfil do Docente de Medicina e Sua Participação na Reestruturação Curricular. Rev Bras Educ Med. 2011;35(1):58-68.
11. von Roermund TACM, Tromp F, Scherpbier AJJA, Bottema BJAM, Bueving HJ. Teachers' ideas versus experts' descriptions of 'the good teacher' in postgraduate medical education: implications for implementation. A qualitative study. BMC Med Educ. 2011;11:42.
12. Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento Docente e a Formação de Médicos. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1 Supl 1): 70-82.
13. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. Med Teach. 2009; 31(8):685-95.
14. Tapajós R. Os Objetivos na Educação Médica. In: Marcondes E, Gonçalves EL. Educ. Med. São Paulo: Sarvier; 1998.
15. Vieira JE, Elias PEM, Bensenor IJM, Grisi SJE. Instalação da disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). Rev Bras Educ Med. 2007;31(3):236-44.
16. Machado JLM, Machado VM, Vieira JE. Formação e Seleção de Docentes para Currículos Inovadores na Graduação em Saúde. Rev Bras Educ Med. 2011;35(3):326-33.
17. Venturelli J, Fiorini VML. Programas Educacionais Inovadores em Escolas Médicas: Capacitação Docente. Rev Bras Educ Med. 2001;25(3):7-21.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Joaquim Edson Vieira planejou o estudo, colheu e analisou os dados, elaborou e revisou o texto. Marcia Rodrigues Garcia Tamousauskas analisou os dados e revisou o texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Joaquim Edson Vieira
Av. Dr. Arnaldo, 455 - sala 2342
Cerqueira César - São Paulo
CEP 01246-903 SP
E-mail: joaquimev@hotmail.com