

INTERFACE

A FORMAÇÃO SÓCIO-ANTROPOLÓGICA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Francinete Alves de Oliveira Giffoni(1)

Gislene Farias de Oliveira(2)

RESUMO

A adoção de novas estratégias para o processo ensino-aprendizagem, tem sido uma realidade de algumas escolas médicas atualmente. Estas, implementando uma abordagem pedagógica que favorece o desenvolvimento das estruturas cognitivas dos alunos, ampliando suas capacidades de resolução de problemas. A partir das idéias de Jean Piaget, passou-se a compreender que existe um processo ativo de construção do conhecimento por parte do sujeito, onde a estimulação é mediada diretamente pela escola e indiretamente pela cultura. Na aprendizagem centrada no sujeito, o objetivo do aluno é aprender a aprender. Desta forma, ele precisa desenvolver diferentes estratégias para adquirir conhecimento. Na Faculdade de Medicina do Cariri, têm-se procurado desenvolver essa metodologia nas disciplinas dos módulos de Atenção Básica à Saúde e Desenvolvimento Pessoal, através da implementação de ações de extensão e pesquisa nos municípios de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, bem como incentivado professores e alunos a participarem de pesquisas, que objetivem coletar informações sócio-antropológicas ligadas à área da saúde, e resgatar aspectos relativos à doença e à cura, presentes na cultura popular caririense.

Palavras-chave: Metacognição, educação médica, saúde.

(1) Médica, Professora da Universidade Federal do Ceará, mestre em educação e doutoranda em educação pela Universidade Federal do Ceará. (francinetealves@gmail.com);

(2) Psicóloga, Professora da Universidade Regional do Cariri e da Universidade Federal do Ceará, doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (gislenefo@hotmail.com).

Algumas escolas médicas hoje despertam para o conhecimento das nuances do processo ensino-aprendizagem, buscando a aprendizagem centrada no sujeito, com vistas ao objetivo do aluno aprender a aprender. Nesse enfoque, a ênfase maior não é dada ao conteúdo, mas ao processo de aquisição do conhecimento. A partir das idéias de Piaget

(1997), passou-se a compreender que existe um processo ativo de construção do conhecimento por parte do sujeito, que ao mesmo tempo se constrói como indivíduo, profissional e cidadão.

Piaget baseou seu estudo do desenvolvimento cognitivo da criança em testagens, segundo modelo desenvolvido em 1916 por Binet e Simon. Ele valorizou as diferentes formas que as crianças de diferentes idades têm para solucionar problemas e revolucionou os conceitos de inteligência vigentes em sua época, segundo os quais, independentemente de idade, todas as pessoas utilizam estratégias cognitivas.

A Teoria da Psicogênese, centralizada no conceito de inteligência de Piaget, postulando que o desenvolvimento desta ocorre em estágios sequenciais, envolvem afetividade e estimulação ambiental:

“Assim é o desenvolvimento mental (...) a afetividade é que atribui valor às atividades e lhes regula a energia. Mas a afetividade não é nada sem a inteligência, que lhe fornece meios e esclarece fins” (PIAGET, 1997, p.64 e 65).

Ele considera que o desenvolvimento intelectual é uma equilibração progressiva em que, a cada fase, o sujeito passa de um estágio de menor equilíbrio para outro superior. Graças a este processo o indivíduo constrói o conhecimento e, se constrói a si mesmo como sujeito social. Afirma ainda que:

“(...) No campo da vida afetiva, notou-se muitas vezes, quanto o equilíbrio dos sentimentos aumenta com a idade. E, finalmente também as relações sociais obedecem à mesma lei de estabilização gradual” (1997, p.13).

O paradigma da psicologia cognitiva, conforme podemos evidenciar na psicogênese piagetiana, mostra o desenvolvimento das estruturas do intelecto, a partir do funcionamento integrado de faculdades mentais como memória, percepção, raciocínio e os aspectos afetivos e simbólicos, levando a uma socialização progressiva do sujeito. Neste processo, os estímulos oferecidos pelo ambiente proporcionam ao indivíduo o domínio em um ou mais campos do conhecimento, domínio só se manifestará num contexto que o estimule e valorize.

A estimulação é mediada diretamente pela escola e indiretamente pela cultura, obedecendo ao sistema simbólico de cada área de conhecimento. O sistema simbólico

corresponde ao cabedal de símbolos conceituais e instrumentos cognitivos transmitidos inicialmente pela família como herança cultural e posteriormente pela escola, sob forma de informações sistematizadas, além de estímulos à auto-percepção e compreensão das relações sociais. Justifica-se, portanto, a importância que temos dado à influência do meio ambiente para o desenvolvimento das capacidades intelectivas e afetivas de um indivíduo.

A abordagem que se faz da inteligência condiciona a maneira de se trabalhar com ela tanto em psicologia como na pedagogia, determinando a forma como devem transcorrer os processos de ensino e aprendizagem e também quais os métodos avaliativos empregados. A abordagem piagetiana vem corroborar as idéias de Paulo Freire quando postula contra uma “educação bancária” (FREIRE, 1987), na qual o sujeito figura como depositário passivo da experiência dos mestres, das teorias vigentes, dos conteúdos pré-fixados dentro do rígido arcabouço curricular.

A excelência na docência passa a ser pautada no pressuposto de que só existe o bom ensino se constata nos efeitos do aprendizado. O raciocínio que o aluno constrói para chegar ao conhecimento torna-se mais relevante do que o próprio conteúdo a ser “ensinado”. Desta forma, o aluno deve ser estimulado a desenvolver diferentes estratégias para adquirir conhecimento.

Nesse modo de aprendizagem a ênfase é dada ao processo através do qual o aluno aprende a aprender, de forma que apreende, além do conteúdo, o mecanismo de elaboração do conhecimento. Este processo também chamado metacognição, é aplicável a qualquer conteúdo, e confere ao aluno a consciência da aprendizagem e a possibilidade de auto-avaliação.

O conceito de metacognição encontra suas origens na psicologia, especificamente em estudos sobre como os sujeitos, em situações de resolução de problemas, são capazes de monitorar, avaliar e modificar suas estratégias de encontrar as respostas e de descrever esse processo (RISCHBIETER, 2005).

Uma das primeiras definições de metacognição é de Brown (1978) que a definiu como o "conhecimento de nossas cognições". mas atualmente se está enfatizando também a função auto-reguladora da metacognição, e diz-se então que é conhecimento e auto-regulação.

Cognição significa qualquer operação mental: percepção, atenção, memorização, leitura, escrita, compreensão, comunicação, etc., e, portanto, metacognição é o conhecimento de todas estas operações mentais: o que são, como se realizam, quando se usa uma ou outra,

que fatores ajudam ou interferem na sua operatividade. Para referir especificamente cada um destes aspectos se fala de meta-memória, meta-atenção, metaleitura, metaescrita, etc., e todo o conjunto de metas é metacognição (BROWN, 1987)

Em metacognição, o mais importante é saber "o que" se quer conseguir e "saber como" se consegue. Esta distinção - o que e como - ressaltam duas dimensões da metacognição: a metacognição como conhecimento das operações mentais e a metacognição como auto-regulação. Por esta razão uma função deriva da outra.

O momento hoje vivenciado pelas escolas médicas brasileiras que vêm implementando o construtivismo é de enfrentamento das demandas por novas estratégias do ensino, que contemplem o equilíbrio entre o desenvolvimento de processos, e a valorização do conteúdo. Uma abordagem pedagógica que favoreça o desenvolvimento das estruturas cognitivas do sujeito, ampliando sua capacidade de resolução de problemas atuais e futuros.

Segundo PIAGET (1997) os objetivos da aprendizagem devem ser pautados nos estágios cognitivos dentro do repertório do sujeito, de forma a associar as informações novas ao conhecimento anteriormente adquirido. O conhecimento vai se construindo a partir do que o indivíduo já sabe, através da integração entre as informações pré-existentes e as novas. Isso permite ao indivíduo fazer associações, explorando o conhecimento de forma ativa, direcionando seus esforços de aprendizagem para a tomada de decisões e execução de tarefas. Além disso, a aprendizagem desta forma confere maior motivação, pela busca do sentido e a construção de significados para a aprendizagem.

Novos Paradigmas na Educação Médica Brasileira

O Novo México, EUA, há cerca de 25 anos, já sinalizava com um novo pensamento emergente na educação para saúde. Assim começou a surgir uma preocupação com a articulação entre a teoria e a prática na atividade médica.

No contexto atual de nosso país, a mudança de mentalidade tomou maior impulso a partir da Constituinte de 1988, que deu início a uma redefinição de modelos para o Setor de Atenção Básica à Saúde no Brasil, com a criação do SUS, e posteriormente a implementação, em âmbito nacional do Programa de Saúde da Família (PSF). Essa iniciativa gerou demandas de maior interação entre os serviços de saúde coletiva e a comunidade

assistida, exigindo um novo perfil para o profissional médico e a integração Universidade/Serviço de saúde.

Esse novo direcionamento vem se evidenciando nas políticas de saúde, que buscam novas formas de compreender o sofrimento do indivíduo, ressaltando os aspectos psíquicos e sociais envolvidos nas relações do indivíduo consigo mesmo e com a realidade que o cerca.

A partir dessa reflexão, a tendência das escolas médicas brasileiras é reincorporar em seus modelos educacionais a visão sócio-antropológica do homem, ampliar suas concepções teórico-epistemológicas e seus métodos de ensino-aprendizagem. A partir da percepção da complexidade das questões tocantes ao adoecer humano e, à sua cura, um novo aporte teórico-metodológico vem se construindo dentro de uma perspectiva inter e transdisciplinar. Nesse sentido, considera-se que a formação médica deve ser fundamentada na observação do contexto social onde cada escola está inserida, sendo os modelos educacionais devem ser compreendidos historicamente e comparados, uns em relação aos outros.

A realidade do novo currículo do curso de medicina na Faculdade de medicina do Cariri – Integração dos módulos de Assistência Básica à Saúde da Comunidade – ABS e de Desenvolvimento Pessoal - DP.

A crescente abertura a uma pluralidade de modelos de cura e ações preventivas em saúde, demanda a compreensão de aspectos pertinentes às concepções e práticas culturais de abordagem da saúde e da doença.

A Faculdade de Medicina do Cariri, situada no contexto histórico-político de uma região com rico aporte cultural da tradição remanescente das etnias afro, índia e européia, vem buscando aprofundar a compreensão dos significados culturais da doença e da cura, especialmente no campo das ações básicas em saúde. A possibilidade de agregar os pressupostos médicos a uma visão antropológica na abordagem da saúde e da doença vem se constituído em elemento primordial do novo currículo, e em aspectos motivadores da prática docente de alguns dos seus professores.

Têm-se procurado desenvolver os pressupostos do novo paradigma nas disciplinas dos módulos de Atenção Básica à Saúde (ABS) e Desenvolvimento Pessoal (DP), através da implementação de ações de extensão e pesquisa nos municípios de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, bem como incentivado alguns professores e alunos a participarem da realização de pesquisas, que objetivam coletar dados e informações sócio-antropológicas ligadas à área da saúde, e ao resgate de aspectos relativos à doença e à cura, presentes na cultura popular caririense.

O Novo Currículo médico e a interdisciplinaridade na construção de sentidos para a aprendizagem

A visão integrada de um currículo para o novo momento na educação médica brasileira levou à construção de um novo projeto pedagógico para o curso de medicina.

Nas últimas décadas, importantes mudanças aconteceram na Política de Saúde no Brasil, sendo uma das mais significativas, dentre estas, a reestruturação dos serviços de atenção primária em saúde, amplo movimento de Reforma Sanitária, que resultou na criação do SUS, durante o processo da Constituinte em 1988. A partir daí, propostas inovadoras como a descentralização dos Serviços de Saúde, e a humanização da Medicina começaram a se efetivar, e com eles, a tentativa de superação da dicotomia até então existente entre os dois modelos de assistência à saúde da população: um de caráter individual e curativo, e outro de perspectiva coletiva e atuação preventiva.

Diante do paradigma emergente, as concepções acerca do processo saúde-doença, passam a ser reformuladas, gerando uma crescente demanda por um novo profissional para a área de saúde. Na medicina, em particular, a necessidade de aperfeiçoamento técnico-profissional, tornou-se imperativa. O delineamento do perfil profissional do novo médico apontava para uma formação mais humanística com ênfase na construção e preservação de valores humanos.

Nesse contexto, as instituições formadoras, foram impelidas a uma ampla discussão voltada para reformas curriculares, levando em conta as exigências de uma sociedade etnologicamente diversificada, como a sociedade brasileira, tendo como agravante, as implicações psicossociais do processo de globalização.

As primeiras iniciativas no sentido da mudança curricular, deram-se no ano de 1990, por ocasião do XXVIII Congresso da ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica em Cuiabá, com participação do Conselho Federal de Medicina. Em 1991, foi criada a CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, responsável por coordenar, em nível nacional, um projeto que envolveu 76 escolas médicas, dentre estas a UFC.

No âmbito da Universidade Federal do Ceará - UFC, o movimento reuniu, além da diretoria do CCS – Centro de Ciências da Saúde, a Pró-reitoria de graduação, Secretarias de Saúde do Estado, Escola de Saúde Pública, Conselhos Estaduais e municipais de Saúde, incluindo Chefes de Departamento, corpo docente e representantes do Centro Acadêmico do

Curso de Medicina. A temática central era a formação do Profissional médico no cenário de saúde atual, com perspectiva para os próximos 20 anos.

Foram considerados como parâmetros de análise, a população do estado, perfil epidemiológico desta população e suas demandas na área de saúde pública. Além disso, foram discutidas questões referentes ao mercado de trabalho para o novo profissional médico, os avanços da medicina, e as relações medicina/sociedade e educação/universidade.

No Ceará, o Curso de Medicina passou a ser objeto de reformulações e análises, que resultaram em profundas modificações no sentido de adequar as metodologias de ensino às demandas por uma atenção à saúde, de forma a reunir conhecimento técnico-científico e humanístico. Constatando-se a inadequação da formação médica vigente, acelerou-se a efetivação do novo currículo na UFC, a exemplo de outras Universidades pioneiras como a Faculdade de Medicina de Marília-SP e Faculdade de Medicina de Londrina-PR.

No decorrer desse processo surge a demanda por novas disciplinas e metodologias de ensino adequadas à reformulação do currículo do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Nesse sentido, foi criada a Comissão de Reforma Curricular, tendo como princípios norteadores a busca pelo conhecimento humanístico, priorizando o desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolução de problemas.

O novo currículo postula que a aprendizagem integra um conjunto de habilidades, conhecimentos e comportamentos do indivíduo, que se fazem necessários ao desempenho efetivo de determinada atividade. Finalmente, o Projeto Pedagógico¹ resultante de todo esse processo, passou a ser implementado nos cursos de Medicina da UFC, nas cidades de Fortaleza, Sobral e Barbalha, a partir do ano de 2001.

Segundo essa proposta o profissional médico deve ser capaz de: “Conhecer, vivenciar os problemas de saúde do indivíduo e da comunidade e de participar da solução dos mesmos, agindo com criatividade, espírito crítico-científico e de acordo com princípios éticos” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, p.25).

Nesta perspectiva, a formação do médico deve ser abrangente, envolvendo desde o conhecimento da realidade sócio-econômica do meio em que vai atuar, a uma visão holística do ser humano em sua problemática existencial. Desta forma, uma gama de valores humanos passa a fazer parte do conteúdo curricular do curso de Medicina da UFC. Esses valores se relacionam diretamente com a luta em defesa da vida e por uma sociedade mais sadia e justa.

Além disso, são buscados valores que estimulam o auto-desenvolvimento do aluno e a atitude crítica diante da necessidade contínua aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do MEC para o Curso de Graduação em Medicina, dentre as competências e habilidades a serem desenvolvidas pelo formando está a liderança:

“ no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz”.

(MEC/CNE/CES - Resolução No. 4/2001,p.2)

Nestes moldes, o novo currículo da UFC incluiu dois módulos permanentes, ministrados em todos os semestres letivos, com disciplinas nas áreas de: Desenvolvimento Pessoal e de Assistência Básica á saúde. O módulo de Desenvolvimento Pessoal inclui disciplinas voltadas para o desenvolvimento humano, saúde e cultura, ambiente e trabalho, psicologia médica, bioética e cidadania. O módulo de Atenção Básica à Saúde inclui noções de antropologia médica e exige o conhecimento da realidade sócio-cultural do contexto onde a universidade se insere.

A questão da saúde no espaço coletivo requer, portanto, o aprofundamento na busca da construção histórica de uma medicina integral, que adote uma perspectiva multidisciplinar, e considere a dimensão social. Uma medicina, cujas políticas sejam coerentes com a realidade do contexto no qual se aplicam, levando em conta os universos sócio-culturais, específicos de cada comunidade assistida.

Essa nova demanda tem promovido o aumento progressivo de trabalhos científicos de caráter multi e transdisciplinar(AMBRÓSIO, 1997). Vale assinalar o incentivo que a OMS (Organização Mundial de Saúde) vem dando no sentido do fortalecimento das relações entre antropologia e medicina, sobretudo no campo da etnomedicina, que segundo Laplantine (1973) é uma área da antropologia médica que trata dos aspectos sócio-culturais do adoecer humano. (MINAYO , 1998).

Os fenômenos ligados às noções de saúde-doença, em sua aparente simplicidade, envolvem a complexidade de uma conjunção de fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais.

A complexidade do objeto, assim definido, transparece na multiplicação de discursos sobre a saúde que coexistem atualmente, cada um privilegiando diferentes fatores e sugerindo estratégias de intervenção e de pesquisa diversas (UCHOA, E. E VIDAL, J.M. 1994, p. 497).

Têm-se demonstrado a relação de complementaridade entre as áreas de Atenção Básica à Saúde (ABS) e Desenvolvimento Pessoal (DP). A visão transdisciplinar encontrada na zona de intersecção dessas duas áreas muito tem contribuído para a redefinição de paradigmas e o desenvolvimento de novas metodologias de ensino para a formação médica.

A visão antropológica possibilita a percepção de diversos pontos de intersecção entre estas duas áreas, considerando os fenômenos biológicos, associados à sua verdadeira natureza social (Minayo, 1998). O corpo biológico e social, a percepção coletiva e individual dos agravos à saúde e as estratégias de cura emergentes do contexto sociocultural, estão diretamente relacionados ao campo da antropologia médica, um ramo da antropologia cultural.

A antropologia dentro da medicina preocupa-se com o aspecto sócio-cultural dos fenômenos biológicos, que interliga a Medicina as ciências naturais e sociais na compreensão histórica do comportamento humano referente á saúde e a doença. Minayo refere-se ao conceito formulado por Knorr-Cetina(1982) de *arena transepistêmica e campos transcintíficos*. Estes conceitos facilitam à compreensão da “*interatividade leiga, técnica e transdisciplinar que atravessa as relações entre os saberes antropológicos e da saúde coletiva*” (MINAYO, 1998, p.30).

Desta forma, a perspectiva antropológica passa a fazer parte do arcabouço conceitual que fundamenta a prática docente nos módulos de Atenção Básica à Saúde (ABS) e Desenvolvimento Pessoal (DP).

Referências

AMBRÓSIO, Ubiratan. **Transdisciplinaridade**. São Paulo: Palas Athena, 1997.

BROWN, A. L. Knowing when, where, and how to remember: A problem of metacognition.

Em R. Glaser (Org.), **Advances in instructional psychology** (Vol. 1, pp. 77-165).

Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1978.

_____, A. L. Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms. Em F. E. Weinert & R. Kluwe (Orgs.), **Metacognition, motivation, and understanding** (pp. 1-16). Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Projeto Pedagógico**: Currículo do Curso de Medicina. Comissão de Reforma Curricular da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2001. p. 25.

MINAYO M.C.S. Construção da Identidade da Antropologia na Área de Saúde: O Caso Brasileiro. In: ALVES, C.P e RABELO, M.C. (Org) **Antropologia da Saúde**. Traçando Identidades e explorando Fronteiras. RJ, Fiocruz, 1998.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. 22ª ed. S.Paulo: Forense, 1977.

UCHOA, E. e VIDAL, J. M. **Antropologia Médica**: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro V 10 (4) p.497-504

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 27ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

RISCHBIETER, L. **Metacognição - aprendendo a aprender**. Disponível em <http://www.educacional.com.br/pais/glossario_pedagogico/metacognicao.asp>. Acesso em 12.03.2006.