



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Cardiologia e Ciências Cardiovasculares
Linha de Pesquisa: Educação e Saúde



José Ricardo Pinto de Abreu

**Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas -
Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas**

Porto Alegre, 2009

José Ricardo Pinto de Abreu

**Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas -
Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, linha de pesquisa em Educação e Saúde (Projeto da Pós-Graduação em Educação e Saúde, conforme documentos aprovados pela Famed/Faced), da Faculdade de Medicina/Famed, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadores Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi

Co-orientadora Prof^ª. Dr.^a. Carmen Lucia Bezerra Machado

Porto Alegre, 2009

A162c Abreu, José Ricardo Pinto de

Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas:
Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas/José
Ricardo Pinto de Abreu; Orient. Waldomiro Carlos Manfroi; Co-orient.
Carmen Lucia Bezerra Machado – 2009.
105 f: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Porto Alegre, BR-RS,
2009.

1. Educação médica 2. Educação superior 3. Escolas médicas 4.

Docentes de medicina 5. Metodologia 6. Brasil I. Manfroi, Waldomiro

Carlos II. Machado, Carmen Lucia Bezerra III. Título.

NLM: W 20

Catálogo Biblioteca Famed/HCPA

FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

José Ricardo Pinto de Abreu

Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas - necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, linha de pesquisa em Educação e Saúde (Projeto da Pós-Graduação em Educação e Saúde, conforme documentos aprovados pela Famed/Faced), da Faculdade de Medicina/Famed, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Porto Alegre, 23 de outubro de 2009.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação referida, elaborada por José Ricardo Pinto de Abreu, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Milton Arruda Martins – Famed/USP;

Prof^a. Dr^a. Carísi Anne Polanczyk – Famed/UFRGS;

Prof^a. Dr^a. Malvina do Amaral Dorneles – Faced/UFRGS;

Prof^a. Dr^a. Maria Nestrovsky Folberg – Faced/UFRGS;

Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi - Famed/UFRGS, Orientador;

Prof^a. Dr^a. Carmen Lucia Bezerra Machado - Faced/UFRGS, Co-Orientador(a).

CONCEITO FINAL: A

AGRADECIMENTOS

Aos professores, diretores e coordenadores dos cursos de medicina da Universidade Estadual de Londrina, da Faculdade de Medicina de Marília e da Universidade Católica de Pelotas, que aceitaram o convite para participar deste estudo, viabilizando sua realização.

Aos orientadores, o Professor Dr. Waldomiro Carlos Manfroi do PPGMed e a Professora Dr^a. Carmen Lucia Bezerra Machado do PPGEduc, obrigado pelo estímulo, dedicação e ensinamentos.

A Famed e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Cardiologia e Ciências Cardiovasculares e a Faculdade e Pós-Graduação em Educação, todos da UFRGS, parceiros de primeira hora do Projeto Educação e Saúde, grato pelo acolhimento e apoio.

Aos demais professores que conheci ao longo deste curso, que abriram as portas para novos conhecimentos e aos colegas de turma, gente boa, pela amizade.

A Psicóloga Nara Cristina Macedo Figueiredo e a Professora Iara Wrege, pelo estímulo e apoio.

A minha família, mulher e filhos, que toleraram o tempo de convívio que lhes tirei oferecendo-me afeto e compreensão.

Dedico este trabalho aos meus orientadores, Prof. Dr. Waldomiro C. Manfroi e Prof^ª. Dr^ª. Carmen L. B. Machado, pelo estímulo e aprendizado; ao Prof. Dr. Professor David Zimmermann, *in memoriam*, com quem iniciei minha experiência de trabalho docente, por sua contribuição ao ensino de medicina nesta faculdade.

RESUMO

Esta pesquisa trata de um estudo realizado sobre a experiência didático-pedagógica de dez professores, com atuação profissional consolidada, em três faculdades de medicina: FAMEMA/Marília/SP, UEL/Londrina/PR e UCPEL/Pelotas/RS. São examinados aspectos dos processos de ensino e aprendizagem, com estudo qualitativo, baseado na técnica de análise de conteúdo proposta por L. Bardin, tendo como suporte o *Software Q.S.R. Nvivo 2.0*, aplicado às entrevistas semi-estruturadas realizadas. Foram analisadas, então, três categorias: instituição, metodologia tradicional e metodologia ativa de ensino. Foram identificadas e também analisadas as seguintes peculiaridades daquelas instituições: resistência a inovações, mudanças realizadas, recursos necessários para implantação das mudanças no currículo, métodos de ensino com suas respectivas características, limites e possibilidades de cada metodologia, papéis do aluno e do professor, avaliação dos alunos, e, por fim, a presença ou não de metodologias ativas de ensino, tais como a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Problemática. Para os aspectos emocionais, prioriza-se o método de Balint (adaptado às condições do estudante de medicina), menos conhecido, mas que ressurge como uma possibilidade para complementar o estudo com uma visão integrada da pessoa. O estudo da experiência dos professores de duas das faculdades de medicina estudadas (FAMEMA e UEL) - pioneiras na utilização dos métodos ativos, dentro da proposta pedagógica de currículo integrado - antecipa as mudanças pretendidas no ensino da medicina, visando à formação de profissionais preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, dentro do modelo da integralidade. Identifica-se, também, que para este novo paradigma curricular, os professores devem ser capacitados de modo permanente e a escola de medicina deve proporcionar recursos materiais, de pessoal, didáticos e pedagógicos, modificando suas relações internas e com a comunidade, com a qual deve passar a estabelecer trocas de modo distinto das que mantinha e/ou mantém no modelo tradicional.

ABSTRACT

This research is a study on the didactic-pedagogical experience of ten professors with consolidated professional action in three schools of Medicine: FAMEMA, in Marília, state of São Paulo; UEL, in Londrina, state of Paraná and UCPEL, in Pelotas, state of Rio Grande do Sul. Aspects of the teaching and learning processes are examined in a qualitative way, based on the technique of content analysis proposed by L. Bardin, applying the Q.S.R. Nvivo 2.0 software to semi-structured interviews. Thus, three categories were analyzed: the institution, the traditional methodology and the active teaching methodology. The following peculiarities of the institutions were identified and also analyzed: resistance to innovation, changes performed, necessary resources to the implantation of changes in the curriculum, teaching methods and its respective characteristics, limits and possibilities of each methodology, roles of the student and the professor and the student's evaluation and, also, the presence or not of active teaching methodologies, such as the Problem-Based Learning and Problematization. For the emotional aspects, the Balint method is prioritized (adapted to the conditions of the medicine student), which is less known, but that reappears as a possibility to complement the study with an integrated view of the person. The study about the experience of the professors in two of the medicine courses (FAMEMA and UEL) – pioneers in the use of active methods, inside a pedagogical proposal of an integrated curriculum – anticipates the desired changes in medicine teaching, aiming at the formation of professionals, according to the National Curricular Guidelines, in a model of integrality. It is also identified that, for this new curricular paradigm, the professors must be capacitated in a permanent way and the school of medicine must provide material, personal, didactic and pedagogical resources, modifying its internal relations and its relations with the community, with which it must establish exchanges in a different way than it had and/or has in the traditional model.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

FIGURA 1: Arco de Maguerz.....	26
FIGURA 2: Tipologia de Escolas de Medicina: Avançada e Tradicional	36
FIGURA 3: Processos de Ensino e de Aprendizagem.....	46
FIGURA 4: Momento Histórico.....	47
FIGURA 5: Liderança.....	53
FIGURA 6: Recursos.....	55
FIGURA 7: Currículo	58
FIGURA 8: Construção dos Métodos.....	66
FIGURA 9: Capacitação do Professor.....	85

TABELAS

TABELA 1: Principais Semelhanças e Diferenças dos Métodos Ativos.....	31
TABELA 2: Demonstrativo da Amostra.....	40
TABELA 3: Semana Padrão da 1ª Série.....	79

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Escolas Médicas
ABP/PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas/ <i>Problem Based Learning</i>
AP	Atenção Primária
CADD	Comissão de Apoio Discente e Docente
CAEM	Conselho da Avaliação das Escolas Médicas
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil/1988
CINAEM	Conselho Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENADE	Exame Nacional de Desempenho do Estudante
EP	Educação Permanente
ESF	Equipe de Saúde da Família
Faced	Faculdade de Educação
Famed	Faculdade de Medicina
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LPP	Laboratório de Prática Profissional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NUAD	Núcleo de Apoio Docente/FAMEMA
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>
PIN	Práticas Interdisciplinares de Interação Serviços e Comunidade
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional
PSF	Programa de Saúde da Família
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPEL	Faculdade Católica de Medicina de Pelotas
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação de Profissionais de Saúde
UPP	Unidade de Prática Profissional
<i>Q.S.R Nvivo 2.0</i>	<i>Qualitative Solutions Research Nvivo 2.0</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 ENSINO TRADICIONAL	12
1.2 DESGASTE DO MODELO TRADICIONAL	13
1.3 DESENVOLVIMENTO DO MODELO DA INTEGRALIDADE	14
2 O PAPEL DA EDUCAÇÃO MÉDICA	17
2.1 DO MÉTODO DE ENSINO TRADICIONAL AOS MÉTODOS ATIVOS	19
2.2 BASES COGNITIVAS E AFETIVAS DO ENSINO E APRENDIZAGEM.....	22
2.3 MÉTODO DA PROBLEMATIZAÇÃO.....	25
2.4 APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP/PBL).....	27
2.5 MÉTODO DE BALINT	29
2.6 PRINCIPAIS SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS: ABP, PROBLEMATIZAÇÃO E BALINT.....	31
3 INSTITUIÇÃO DE ENSINO MÉDICO	33
4 MATERIAL E MÉTODOS	40
4.1 NÚMERO DE PARTICIPANTES.....	40
4.2 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	41
4.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	42
4.4 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E TÉCNICA DE ANÁLISE	43
4.4.1 A organização dos dados: O Software Nvivo	44
4.4.2 Técnica de análise dos dados	44
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 INSTITUIÇÃO: MOMENTO HISTÓRICO, CURRÍCULOS E RECURSOS.....	47
5.1.1 Momento Histórico	47
5.1.1.1 Mudança institucional.....	48
5.1.1.2 Resistência às mudanças.....	51
5.1.1.3 Liderança.....	53
5.1.2 Recursos	54
5.1.2.1 Didático.....	55
5.1.2.2 Pessoal.....	57

5.1.3 Currículo	58
5.1.3.1 Integrado.....	59
5.1.3.2 Disciplinar.....	61
5.2 MÉTODOS DE ENSINO	63
5.2.1 Caracterização	63
5.2.2 Construção dos métodos	66
5.2.3 Avaliação	73
5.3 OS PAPÉIS DO ALUNO, DO PROFESSOR, LIMITES E POSSIBILIDADES.....	77
5.3.1 Papel do aluno	77
5.3.2 Papel do professor	80
5.3.2.1 Experiência prévia do professor.....	82
5.3.2.2 Formação do professor	83
5.3.2.3 Atividades do professor	86
5.3.3 Limites e possibilidades das metodologias	89
6 CONCLUSÕES	92
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	104
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	104
APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: ROTEIRO	105
APÊNDICE C - PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO	106
ANEXOS	107
ANEXO A - [Artigo Original] - Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas - Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas	109
ANEXO B - [Versão em Inglês] - The Current Context of Medical Teaching: Traditional and Active Methodologies - Pedagogical Needs of the Teachers and of the Schools' Structure	136

1 INTRODUÇÃO¹

O Brasil tem um projeto de políticas públicas orientado no sentido da integralidade em saúde, materializado a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88)¹, com repercussões importantes para a educação médica. Tal projeto está em desenvolvimento e foi reforçado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN² do Ministério da Educação – MEC, de 2001 e pelo Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares – PROMED³, de 2002 e ainda mais recentemente pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde⁴, em 2006. Trata-se de um conjunto de postulados que vão se transformando em ações e que buscam concretizar o que foi estabelecido constitucionalmente, conforme Artigo 196/CF: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”; e consolidado na Lei 8.080/90²⁵, que traça as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Na esteira desses desenvolvimentos, em 2004 o Projeto de Pós-graduação em Educação e Saúde⁶ da Faculdade de Medicina - Famed, com apoio da Faculdade de Educação - Faced, ambos da UFRGS, encontrou sua justificativa.

O objeto dessa pesquisa é identificar e descrever a experiência de professores de determinadas universidades brasileiras (especificamente da Universidade Estadual de Londrina - UEL, da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, e da Universidade Católica de Pelotas - UCPEL), que trabalham com metodologias de ensino na graduação em medicina. A questão de pesquisa trata das peculiaridades das metodologias de ensino utilizadas no curso de medicina. O objetivo da pesquisa é o de identificar as necessidades pedagógicas, dos professores e da instituição de ensino médico, no uso das metodologias, tanto tradicionais como ativas.

A formação do médico, conforme o modelo de ensino tradicional, não corresponde aos resultados esperados^{7 8} quando se trata de estender os benefícios da saúde às populações, compromisso estabelecido na Conferência de Alma Ata de 1978⁹. Além disso, o alto custo financeiro da medicina exercida conforme o modelo de formação tradicional do médico é insustentável^{10 11 12}. Neste esquema, a saúde é considerada ausência de doença e não resultado de bem estar físico e social com qualidade de vida. O que é valorizado é o modelo biomédico,

¹ Para a redação deste trabalho optamos por não contemplar as mudanças propostas no Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, particularmente por dois motivos relevantes: a falta de unificação entre os autores sobre as regras de interpretação e padronização das normas regulamentares do Acordo e pelos *softwares* de editores de texto ainda não estarem conforme a nova formatação, o que dificultaria a uniformidade de escrita durante o texto. Seguimos a formatação da ABNT, em especial segundo FLORES, Helen R. F. de; TEOFANO, Romilda A. Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos da Faculdade de Medicina e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 51f. Porto Alegre: Famed/UFRGS, 2006.

o qual oferece uma visão reducionista e fragmentada da pessoa como se ela fosse um conjunto de órgãos e sistemas sem história nem subjetividade¹³, quase desconsiderando os aspectos psicológicos, sociais e culturais das pessoas. O hospital ainda é o centro irradiador da saúde e é em torno dele que tudo acontece em termos de cuidados ao paciente. A escola de medicina é organizada de acordo com o paradigma flexneriano¹⁴, de orientação positivista, que perdura desde 1910, que proporcionou o desenvolvimento científico das especialidades médicas, porém afastou o médico do paciente, dos seus aspectos humanos. A escola como instituição e os professores necessitam capacitar-se para formar médicos competentes, com uma visão integral, considerando o eixo biopsicossocial, o nível ético e que sejam capazes de compreender as necessidades do contexto no seu tempo histórico¹⁵.

1.1 Ensino Tradicional

No início do século passado, Flexner produziu um estudo das condições do ensino médico nos Estados Unidos da América – EUA, que teve grande repercussão. Suas conclusões serviram de base para estruturação do ensino e elaboração dos currículos das faculdades de medicina americanas e posteriormente para todo o mundo, inclusive para o Brasil. Este estudo introduziu mudanças no currículo médico e nas áreas de ensino, que se mantêm até hoje. Proporcionou também o desenvolvimento do ensino tradicional centralizado no professor e com base na sua experiência clínica e acadêmica. Entretanto não priorizou as necessidades epidemiológicas, nem favoreceu o encontro com os aspectos psicológicos, sociais e culturais do paciente, embora não os desconsiderasse. A excelência procurada foi - e ainda é - fundamentalmente a técnica e a científica, sendo o médico preparado profissional e idealmente para trabalhar no seu consultório particular.

Nesse modelo de ensino denominado tradicional, os currículos são organizados por disciplinas e após 1968^{II} administradas por departamentos que, via de regra, têm estrutura autônoma. Devido a pouca comunicação entre os departamentos, o ensino está sujeito a repetições e desperdícios. O envolvimento dos professores com o curso de medicina geralmente é pontual e eles freqüentemente não estão cientes da totalidade do currículo do curso, tendendo a funcionar de modo bastante isolado em relação à instituição¹⁶.

Este modelo de ensino, as aulas são ministradas para grandes grupos, sendo do tipo palestras e conferências, com apresentação de grande quantidade de informações, no qual a

^{II} Neste ano foi realizada uma reforma na universidade que extinguiu o regime de cátedras e instituiu o departamento de ensino com considerável autonomia para planejar e administrar o ensino dos cursos.

transmissão de conteúdo é muito valorizada. Em geral os estudantes permanecem em uma posição passiva, sem participar do seu próprio aprendizado e muitas vezes sem tempo para qualquer outra atividade que não seja estudar para as próximas provas. Essas também, por sua vez, tendem a verificar a quantidade e profundidade das informações adquiridas.

O ensino tradicional proporcionou muitos avanços e inquestionavelmente contribuiu para a melhoria de vários indicadores de saúde. Deu também condições ao desenvolvimento de talentos e de médicos tecnicamente muito qualificados¹⁷. No entanto, voltado significativamente para especialização e praticado nos limites do hospital, dificultou sua prática em outros cenários. Igualmente, encontrou dificuldades na promoção da saúde e prevenção da doença.

1.2 Desgaste do modelo tradicional

Com efeito, a despeito dos grandes avanços proporcionados pela medicina e do elevado nível científico que ela alcançou, existe um descontentamento no que diz respeito ao distanciamento do médico em relação ao paciente enquanto pessoa. A relação médico-paciente cedeu espaço para uma prática com exagerada inclinação tecnicista. O médico busca o diagnóstico nos exames eletrônicos e em dados laboratoriais, prescindindo de uma anamnese pormenorizada, do exame físico detalhado, da semiologia adequada, básicos ao atendimento. Depois, orientado por *guidelines* e por consensos, tende a encaixar o paciente em algum protocolo que passa a ser acompanhado. Exagerando, pode-se dizer que talvez nem precise do paciente, o que é evidentemente um completo absurdo.

Os recursos técnicos são importantes. Fora de dúvida, seria um retrocesso pensar o exercício da medicina sem os avanços proporcionados pela alta tecnologia. Porém, um uso excessivo e apriorístico pode revelar uma utilização defensiva, evitando o contato direto e emocional com o paciente, mesmo que não intencionalmente. Uma prática realizada desse modo encarece a medicina e promove uma inversão de valores. O médico pode gradativamente afastar-se do paciente, tornando-se cada vez mais especialista, “mais cientista”, em um sentido equivocado, menos crítico, reflexivo e solidário quanto ao seu trabalho com a pessoa, com determinada individualidade.

Muitos são os sinais de que a medicina exercida deste modo, apesar de todo avanço verificado, dá sinais de desgaste. Por exemplo: Damásio¹⁸ julga que o êxito atual dos tratamentos alternativos é um indício da insatisfação do público em relação à capacidade da medicina tradicional de considerar o ser humano como um todo; prevê que a insatisfação irá

aumentar nos próximos anos, à medida que se aprofundar a crise espiritual da sociedade ocidental. Com efeito, existe grande quantidade de tratamentos oferecidos por profissionais não médicos para problemas médicos. Aparecem cada vez em maior número abordagens religiosas e esotéricas.

No terreno do relacionamento com o paciente, a medicina está reconsiderando o que vem acontecendo. Desde Freud¹⁹, é sabido que o homem é um ser integral, biopsicosocial, uma vez que na formação de sua personalidade entra em jogo aquilo ele apresentou como série complementar, na qual os valores da sociedade estão introjetados na estrutura do seu psiquismo, na instância por ele denominada de superego.

A dificuldade em proporcionar cuidado integral ao paciente, não depende somente da formação oferecida pelo curso de medicina e demais cursos da área da saúde. Os valores hoje prevalentes em uma sociedade que superestima as aparências, as soluções rápidas e o gozo imediato – tal como a nossa -, não contribuem para o fazer reflexivo e para soluções integrais. A concepção ideológica^{20 21} da atualidade reforça o modo de ensinar e de aprender medicina, fragmentado, dissociando corpo e mente, enfatizando que os transtornos se localizam no corpo, valorizando os aspectos biológicos e genéticos. Parece que o importante é resolver a aparência, os sintomas, e, para tanto, basta que sejam prescritos medicamentos, deixando de lado aspectos psicológicos e sociais, como se eles não estivessem sempre presentes.

1.3 Desenvolvimento do modelo da integralidade

Mattos²² oferece um reconhecido texto sobre os sentidos da integralidade. Informa que nos anos de 1960, apareceram as primeiras experiências de medicina integral, ainda no contexto hospitalar. As experiências clássicas e mais conhecidas eram as do psicanalista Balint na Inglaterra, que enfatizou a importância dos aspectos emocionais na doença física. Suas observações deram início ao movimento que posteriormente foi denominado de medicina integral. Essa se tornou sinônimo de boa medicina, por valorizar aspectos que os modelos anteriores não lhes reconheciam a relevância: a atividade ambulatorial e os serviços comunitários. Estes, apesar de não terem influenciado na estrutura dos currículos das escolas de medicina, contribuíram para introdução de novos conteúdos, tais como as noções de desenvolvimento saudável, a valorização da relação médico-paciente e dos contextos culturais no estudo da saúde e da doença.

Mattos recorda, no mesmo trabalho, que nos anos de 1970 muitos questionamentos eram dirigidos à medicina, inclusive à própria corporação médica. As críticas relacionavam-se

à racionalidade e ao saber médico e à mercantilização da área. As práticas médicas eram questionadas e verificou-se que as mudanças de atitudes não dependiam somente das mudanças de currículo e que as escolas de medicina não eram permeáveis a transformações por serem instituições muito tradicionais.

Esses fatos foram discutidos no Brasil pelo movimento de reforma sanitária, que teve importante papel político na elaboração do texto constitucional de 1988 na parte relacionada à saúde.

Esse conjunto de ocorrências convergiu na visão da integralidade na saúde. Ainda conforme Mattos, a integralidade é uma palavra utilizada com muitos significados, tendo três sentidos: o sentido da prática dos profissionais, o sentido relacionado à organização dos serviços e das práticas e o sentido das políticas especiais. Refere que no sentido da integralidade o médico vai além das demandas explícitas, busca o encontro com o paciente, tentando discernir sobre as necessidades que não se reduzem ao diagnóstico precoce e à prevenção e controle de doenças.

O trabalho no clima da integralidade inclui outros profissionais e desenvolve-se em equipes multi e interdisciplinares. Os serviços articulam assistência e saúde pública. Dirigem-se por critérios epidemiológicos, considerando a demanda espontânea e a demanda programada de uma área geográfica delimitada. Com isso aumenta a possibilidade de diálogo e conhecimento dos usuários e atendimento mais individualizado.

Ceccim e Capozzolo²³ apontam que na prática da integralidade busca-se vincular mais o profissional de saúde ao paciente, propondo o acompanhamento do caso em todos os momentos, desde a avaliação do problema até sua alta. Com isso tenta-se desfragmentar o atendimento e criar condições para uma relação mais individualizada com cada paciente.

Desta forma, o acolhimento do paciente no serviço, o encontro com a pessoa, busca caracterizar-se como uma relação na qual é valorizada a singularidade de cada um. Os aspectos psicossociais são mais considerados, proporcionando uma visão mais integral do paciente.

A Atenção Primária – AP é valorizada devendo ser eficaz e resolutiva. Os profissionais com uma visão mais abrangente, ampla e profunda, desenvolvem uma melhor compreensão dos problemas. Por outro lado, os especialistas constituem o apoio de retaguarda, funcionando como consultores.

Nesta forma de abordagem, a equipe de atendimento se encarrega de um grupo populacional e utiliza técnicas ativas para intervir nos problemas antes mesmo que se

configurem como doença. Esse atendimento deve ser monitorado e acompanhado continuamente, devendo os casos de risco ter um acompanhamento específico.

De modo resumido, poderíamos dizer que a integralidade em saúde é fator de AP, de profissionais generalistas, de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, de acolhimento, de encontro com a pessoa do paciente, de cuidado integral, de acompanhamento ativo de grupo populacional em área geográfica circunscrita, de mapeamento epidemiológico, de resolutividade e eficácia, de avaliação continuada dos resultados.

2 O PAPEL DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Levando em consideração que a educação médica é pautada pelas necessidades socioeconômicas, culturais e psicológicas do seu tempo, que seu ensino é regulamentado por leis, e que, no Brasil, o imperativo constitucional prescreve que a assistência médica é um direito do cidadão e dever do estado, devem as instituições de ensino contribuir com ações para alcançar este objetivo.

Desde a Conferência Alma Ata em 1978, o objetivo de estender os benefícios da saúde a toda população vem sendo procurado e diversas experiências foram realizadas.

No Rio Grande do Sul ocorreram esforços pioneiros com as experiências da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS²⁴, que se iniciaram com as discussões ainda na década de 1970, sobre o perfil do profissional a formar e à tendência prevalente para a especialização. A esta opuseram-se movimentos que defendiam a volta do médico prático geral ou generalista. Isto influenciou decisivamente na reforma curricular de 1980, que teve como objetivo a implantação de um currículo que visasse à formação do médico geral. Além da ênfase no ensino das quatro grandes áreas - clínica médica, cirurgia, pediatria e gineco-obstetrícia - o estudo dos aspectos sociais foi contemplado com a introdução da Disciplina de Sócio-Antropologia da Saúde. A abordagem integral dos aspectos biológicos, psicológicos^{III 25 26} e sociais, o estímulo ao atendimento ambulatorial, comunitário^{IV 27 28} e da família, através do ensino integrado multidepartamental (pelas disciplinas de acompanhamento de família), visavam propiciar a inserção precoce do aluno na realidade da saúde, dando ênfase ao ensino nos níveis primário e secundário, com comprometimento do estudante em relação às necessidades de saúde da comunidade²⁹. Essas experiências começaram com grande entusiasmo, mas não prosperaram por falta de apoio de políticas públicas consistentes. Em decorrência disso, várias disciplinas de acompanhamento de família tiveram dificuldades em se instaurar e/ou consolidar, vindo a ser substituídas por disciplinas de promoção e proteção à saúde.

Embora a situação tenha se alterado, com a explicitação de propósitos na Constituição 1988, ainda existem muitas dificuldades para alcançar os objetivos apontados. De certo, ao lado de uma política favorecedora, existem variados obstáculos a serem vencidos, estando a educação médica sujeita aos conflitos e às contradições deste tempo.

^{III} Os professores David Zimmermann (Porto Alegre) e Darci Abuchaim (Pelotas), realizaram experiências no ensino da psicologia médica introduzindo mudanças até hoje presentes.

^{IV} No Centro Médico Social São José do Murialdo (Porto Alegre), surgiu a Medicina Comunitária, com significativas contribuições dos Professores Ellis Busnello, Isak Levin, Carlos Grossman e Nelson Rezende.

Se por um lado, a política de saúde pública é favorável e colabora com as modificações da educação médica, por outro vivemos em uma sociedade que valoriza o individualismo exacerbado, o prazer imediato, sem se importar tanto com o exercício da reflexão e da solidariedade. Nesse contexto, resulta contraditória a valorização da solidariedade, o interesse pelo outro, a empatia (preconizadas pelo modelo da integralidade), já que as pessoas estão a serviço do consumo afim de satisfazerem necessidades imediatas.

A sociedade, caracterizada como narcisista³⁰, estimula a massificação, borra as diferenças, não respeita a individualidade. Os apelos para manter esse clima parecem residir em mecanismos sociais que proporcionam (e estimulam) profundas dissociações psicológicas no indivíduo e no coletivo, que impedem o sentir integrado, próprio da maturidade psíquica³¹.

Motivos que residem dentro da própria pessoa e que dissociam a personalidade, contribuem para uma visão parcial de si mesma. Dissociada a personalidade, polariza-se entre razão e emoção, afeto e pensamento, bom e ruim, “medicina de ricos” e “medicina de pobres”, entre outras possibilidades.

Cria-se um fosso cultural entre as aspirações dos médicos e a realidade da maioria dos pacientes. Os médicos desejam realizar uma medicina de qualidade e não vêem como realizar isso nos empregos públicos, forma pela qual a medicina chega à população. A aproximação do médico com as comunidades pelo Programa de Saúde da Família (PSF)^V, esbarra no despreparo destes profissionais para trabalhar com pacientes de uma realidade cultural, social e emocional muito diferente³².

Essas dificuldades podem ser enfrentadas diminuindo a distância emocional do médico em relação ao paciente. Para aceitar as enormes diferenças e valorizar o respeito e a solidariedade, estas dificuldades de identificação devem ser trabalhadas, pois quanto mais distante e isolado estiver o médico do paciente, maior a tendência daquele a permanecer defendido. Resulta disso a dificuldade crescente de contato emocional e, portanto, menos possibilidade de escuta, respeito e acolhimento empático.

Se no encontro com o paciente no hospital existem os problemas relacionados à morbidade e mortalidade, na comunidade existem diferenças culturais chocantes que podem

^V Programa de Saúde da Família (PSF) tem nova denominação: Equipe de Saúde da Família - ESF (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php>) Conforme o Ministério da Saúde – MS, as equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4,5 mil pessoas ou de mil famílias de uma determinada área. A atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Prestam assistência integral, permanente e de qualidade e realizam atividades de educação e promoção da saúde. Até 2007 o total de Equipes de Saúde da Família implantadas era de 27.324 em um total de 5.125 municípios; a cobertura populacional era de 46,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas.

contribuir para o distanciamento do estudante de medicina daqueles que atende. Enquanto no hospital o paciente pode ser um corpo sem identidade, uma doença ou protocolo ou um número, no ambulatório ele pode ser o “tigrão”, o “cabeção” etc.

Experiências^{33 34} mostram que se conseguirmos trabalhar as dissociações, poderemos encontrar identificações que possam contribuir para nos portarmos menos defensivamente e com mais prazer e dedicação.

Contraditoriamente às tendências apontadas, verifica-se um esforço das instituições oficiais (MEC e MS) no sentido da integralidade, para formar médicos com um perfil crítico, reflexivo e humano, capazes de atender todas as etapas do ciclo vital (DCN). Isso aponta para o desenvolvimento da sensibilidade e capacidade de se importar com o outro, reconhecendo-o como portador de uma identidade própria e única.

Nesse sentido o ensino mais inovador na medicina se volta para os estudos dos métodos ativos, os quais implicam em importantes modificações nos papéis dos professores e dos alunos, do currículo, da avaliação e da instituição como um todo.

2.1 Do método de ensino tradicional aos métodos ativos

Ao contrário do método tradicional, que primeiro apresenta a teoria e dela parte para a prática, o método ativo parte da prática e dela busca a teoria³⁵. O professor propõe uma situação problema, estimulando os estudantes a investigar, envolvendo-os na construção do conhecimento, ao invés de oferecê-lo pronto através de aulas magistrais. É fundamental esta participação, o questionamento, a busca da informação.

Existem inúmeros métodos ativos, mas dois deles têm sido utilizados no ensino médico: o Método da Problematização e o da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP, ou do Inglês, PBL: *Problem Based Learning*).

Para o ensino dos aspectos subjetivos, outro método se mostra muito útil: o Método de Balint. Este foi muito utilizado no passado e, embora seja menos conhecido e não classificado propriamente como método ativo, apresenta as características de uma metodologia ativa.

A metodologia aponta um caminho, implica em pressupostos teóricos, filosóficos e científicos, que lhe dão sustentação e uma técnica que orienta e operacionaliza sua aplicação. É o que veremos a seguir.

Na obra Emilio de Jean Jacques-Rousseau (1712-1778), considerada o primeiro tratado sobre filosofia da educação no mundo ocidental, encontra-se o que se pode ter por prenúncio dos métodos ativos. Nela este pensador valoriza a experiência, devendo esta preceder a teoria,

assim como o concreto à abstração. Diz que para sustentar a curiosidade do aluno não se deveria ter pressa em responder às perguntas. Propõe, ao invés disso, oferecer-lhe questões a resolver. Comenta ainda que “não há dúvidas de que se adquire noções mais claras e seguras das coisas quando se aprende por si mesmo do que quando se aprende pelo ensino dos outros”³⁶.

Entretanto, somente no Século XX, segundo Gal³⁷, com a contribuição da psicologia e de pensadores eminentes como Dewey (1859-1952, EUA), Piaget (1896-1980), entre outros, é que surgiram contribuições importantes para configurar os métodos ativos.

Esses métodos ativos inicialmente foram utilizados na educação de crianças. São precursores desse método Maria Montessori (1870-1952, Itália), Celestin Freinet (1896-1966, França) e Jean Ovide Decroly (1871-1932, Bélgica) e Kerchensteiner (1854-1932, Alemanha).

Dewey, estudado por Penaforte, indica a grande importância atribuída ao papel da experiência na atividade de aprender. “Aprender da experiência,” refere ele, “é estabelecer conexões para diante e para trás entre as coisas que fazemos e o que apreciamos ou sofremos em consequência. (...) Primariamente a experiência não é um ato cognitivo, adquirindo tal qualidade quando é cumulativa e se torna carregada de significado”³⁸.

Não haveria aprendizagem genuína em processos divorciados da experiência, onde se memorizam fatos sem perceber os relacionamentos, gerando então um conhecimento superficial e destituído de significado pessoal para quem aprende. A aquisição de significado, portanto, é essencial para uma experiência educativa e para tanto deve ocorrer um ato de reflexão. A reorganização da experiência pelo pensamento muda sua qualidade. O que antes estava oculto na intimidade da natureza torna-se explícito através do pensar. Podemos então admitir os elos dos eventos e perceber como eles ocorrem. Segundo os autores, a experiência reflexiva é o fulcro de todo processo de aprendizagem; o problema derivado da experiência é o ponto de partida desta aprendizagem.

Uma educação genuína processa-se quando o objeto da aprendizagem é identificado com algo que pertence ao mundo do aprendiz. O que pertence ao mundo do aprendiz deve se auto-expressar através de movimentos ativos para encontrar as identificações com o que será estudado. Disso pode decorrer o prazer de estudar e de aprender pelo desaparecimento entre o sujeito e o objeto de estudo.

As contribuições de Dewey anteciparam as idéias de outros autores - alguns deles citados acima -, do que é conhecido como Escola Ativa, Escola Nova ou Escola Progressiva.

Já Paulo Freire pertence a outra corrente de pensamento. Conforme Zitkoski³⁹, esse teórico e educador se preocupou com a problemática da libertação das pessoas e de suas vidas desumanizadas pela opressão e dominação social. Suas contribuições constituem a base do que se convencionou denominar “educação libertadora”. Desenvolve seu pensamento na esperança de que a educação possa contribuir para emancipação social em sociedades com fortes traços de exclusão.

Enquanto Dewey⁴⁰ apostava nas possibilidades da democracia que ainda não existia, conforme ele mesmo acreditava em 1916 em meio a primeira guerra mundial, Freire já tendo vivido os insucessos da democracia idealizada, educava para uma ação transformadora.

Este reconhecia as mudanças sociais (sobretudo nas últimas décadas) e as novas formas de opressão pelo capital financeiro, através da dominação do conhecimento e da alta tecnologia mediada pela força da comunicação social, principalmente pela imagem. Compreendia que a etapa da globalização baseada no livre mercado e no consumismo, estimulava uma ordem social que semeava um fatalismo, abolia os sonhos e elegia o pragmatismo sem esperança⁴¹. Freire sempre valorizou a subjetividade, o papel da conscientização, a problematização da consciência crítica, a interação do sujeito na realidade social, e o sentido da educação e da transformação cultural. O instrumento para sua proposta de uma educação libertadora é o diálogo: através do diálogo radical entre a reflexão e a ação, amparado pela dialética, problematiza-se a realidade. Assim, Paulo Freire defendia esta pedagogia problematizadora (que se contrapõe à educação bancária), de caráter reflexivo e que implica em um constante desvelamento da realidade.

Nesse sentido, segundo o mesmo autor, problematizar é exercer uma análise sobre a realidade com a finalidade de conscientizar. E a tomada de consciência residia no fato de que conscientizadas as pessoas poderiam ser agentes de mudança no seu meio social. Inspirador do enfoque da problematização, refere que “nossa capacidade de aprender da qual decorre a de ensinar, implica na habilidade de compreender a substancialidade do objeto apreendido”⁴². Reflete a seguir que “é precisamente pela nossa capacidade de apreender a substancialidade do objeto que nos é possível reconstruir um mau aprendizado (...)”. Aqui, o autor parece estar falando de uma transformação, não só da realidade externa, mas da realidade interna ou mental do indivíduo.

Encontramos vários autores nacionais envolvidos com o tema da problematização. Saviani⁴³ considera que o problema é algo para o que ainda não se tem resposta. Foi, entretanto, Bordenave e Pereira⁴⁴ que divulgaram a metodologia (método) da Problematização, expressa através do Arco de Maguerez (ver item 2.3). Berbel⁴⁵ aplicou esse

método e introduziu-o em diversos cursos entre 1992 e 1994, na Universidade Estadual de Londrina – UEL, uma das instituições referidas neste trabalho.

2.2 Bases cognitivas e afetivas do ensino e aprendizagem

Os estudos de Piaget⁴⁶ oferecem base científica para a compreensão dos fenômenos relacionados à aprendizagem cognitiva. Ele buscava compreender como os seres humanos se desenvolvem do ponto de vista cognitivo. Dizia que o conhecimento é decorrente de uma relação entre um agente humano inquiridor e uma situação problemática. No modelo cognitivista, Vanzolini⁴⁷, dialogando com Piaget, preconiza que diante de um problema a estrutura cognitiva fica sujeita a um desequilíbrio, assimila a nova informação mediante uma adaptação da mesma estrutura já existente, resultando disso uma nova acomodação. Deste modo os esquemas cognitivos originais incorporam os novos elementos, ficando sujeitos a modificações para ajustá-los às novas experiências. A aprendizagem ocorre através da interação dos estímulos do meio com os esquemas cognitivos de quem aprende. No modelo cognitivista os objetivos educacionais consistem em aprender a aprender, sendo dada ênfase aos processos mentais e não no conteúdo a ser aprendido, e, através da aquisição de destrezas na solução de problemas, aplicar o aprendido adaptando-o a novas situações na realidade.

Conforme destaca Zabala⁴⁸ dialogando com outros autores, a aprendizagem significativa diferencia-se da aprendizagem mecânica. Ocorre quando uma nova informação se relaciona com um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo. O estudante interpreta e organiza a informação nova e, deste modo, a incorpora como uma informação significativa. O fator isolado que mais influencia a aprendizagem é o que o aluno já sabe, por isso é importante identificar o que é conhecido para propiciar o ensino.

Schmidt⁴⁹ caracteriza a Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP/PBL, como uma forma de aprendizagem colaborativa, construtivista e contextual. Apresenta Howards Barrows, neurologista da Universidade de McMaster (Canadá), como inspirador dos métodos ativos. Ele se mostrava interessado no raciocínio clínico que levava os médicos a fazerem o diagnóstico; postulou que fenômeno semelhante ocorria quando estudantes de medicina, em grupo, se reuniam para resolver um problema clínico.

Assim, criavam hipóteses e uma estratégia de investigação - sob forma de questões e testes para selecionar e refinar as hipóteses iniciais – e as aplicavam. Adiante, com uma formulação mais avançada dos problemas e com base nos dados, produziam novas hipóteses. Por fim, tomavam decisões sobre diagnósticos e terapêuticas apropriadas ao caso.

A ABP/PBL proporciona uma compreensão aprimorada dos problemas e esse é o seu objetivo, sem necessariamente haver algum tipo de intervenção. Os estudantes constroem teorias que explicam os problemas apresentados, baseados nos seus conhecimentos prévios, no bom senso e/ou no raciocínio lógico. Na discussão, vão construindo sua teoria e os problemas por resolver são remetidos para a aprendizagem autogerida. Depois de explorarem a literatura, retornam para refinar sua teoria inicial, podendo explicar melhor os problemas comparativamente a teoria original construída. O que os estudantes fazem, em certa medida, lembra a forma de trabalho dos cientistas: estes testam sua teoria através de experimentos; os estudantes vão testar suas teorias examinando a literatura e, ao fazerem isso, estão revendo os conceitos originais.

No mesmo ensaio, Schmidt relaciona ainda os achados da pesquisa empírica que dão sustentação à aprendizagem cognitiva proporcionada pela ABP/PBL, sintetizando também os destacados trabalhos dos autores a seguir.

Conforme Bransford e Johnson⁵⁰, a disponibilidade de conhecimentos prévios relevantes é uma condição necessária, mas não suficiente, para compreensão e a recordação posterior das novas informações. É preciso também que o conhecimento prévio seja ativado por pistas no contexto no qual a informação está sendo estudada.

Patel e Groen⁵¹ demonstraram que o conhecimento é estruturado e a maneira pela qual isso se dá na memória torna-o mais ou menos acessível para sua utilização.

De acordo com Anderson e Reder⁵², o armazenamento de informações na memória e sua recuperação podem ser significativamente aprimorados quando ocorre uma elaboração do material durante o aprendizado.

Segundo Godden e Baddeley⁵³, a capacidade de ativar o conhecimento na memória de longo prazo e torná-lo disponível para o uso depende de pistas contextuais.

Johnson e Johnson⁵⁴ indicam ainda que a motivação para aprender aumenta a quantidade de estudo e, conseqüentemente, melhora o alcance dos objetivos.

Os alunos na ABP/PBL são estimulados pelo tutor/facilitador a chegar próximo às fronteiras do seu conhecimento e esse desafio desequilibra a estrutura de conhecimentos e contribui para que os alunos se motivem a aprofundar seus estudos. Entretanto, em alguns casos essa experiência poderá causar ansiedade, pois implica no reconhecimento das limitações e falhas pessoais.

Problemas emocionais poderão ser ativados dificultando, inibindo, impedindo ou até eliminando conhecimentos quando defesas psicológicas agem contra a aprendizagem, no momento em que ele passa a não suportar o contato com sua ignorância. De fato, ao lado da

aprendizagem de aspectos cognitivos, ocorre uma experiência emocional concomitante. Esta experiência afetiva passa por transformações e é integrada, mas pode ser evadida por fuga, arrogância ou estupidez (resultam da onisciência e da onipotência destrutivas) ou ataques aos vínculos, que podem ser uma nova idéia ou conhecimento⁵⁵.

Afetos e emoções sempre estão presentes na aprendizagem. Desta forma, os métodos cognitivos, que se propõem a contribuir para a aprendizagem racional e para desenvolver o potencial intelectual, podem esbarrar nas particularidades afetivas e emocionais. Estas, por sua vez, se manifestam de modo involuntário e automático, contrariando todo o esforço consciente dirigido à aprendizagem.

Nesse ponto a psicanálise pode oferecer importantes contribuições. Embora ela não tenha desenvolvido uma teoria pedagógica sobre a aprendizagem, oferece aportes que auxiliam na compreensão de seus aspectos emocionais, dos seus personagens e das relações estabelecidas entre eles e suas instituições.

A psicanálise é, ao mesmo tempo, um método de investigação do psiquismo e uma técnica de tratamento. Visa à cura do paciente, entendida como desaparecimento e/ou atenuação dos sintomas, flexibilização do caráter, com melhor funcionamento dos recursos adaptativos. Pretende desenvolver o potencial disponível da personalidade, de modo que a pessoa possa trabalhar melhor, relacionar-se de modo mais gratificante, com mais capacidade para amar e sentir prazer, explica Etchegoyen⁵⁶.

Quando um aluno aprende, de algum modo ele se modifica em toda sua personalidade, além dos aspectos cognitivos. Deste modo, as mudanças são mediadas por uma compreensão profunda que transcende os aspectos intelectuais e racionais. Essas mudanças necessitam de condições apropriadas para ocorrer, tais como: o *insight*, o luto (pelas antigas crenças), o clima emocional interativo (relação transferencial positiva). Fazendo um paralelo com o que ocorre na psicanálise, através da relação vivenciada entre o paciente e o psicanalista, o paciente revive e atualiza pautas antigas da sua experiência pessoal de infância e as ressignifica. Ou seja, revivendo antigos equívocos em conjunto com o médico poderá ter uma visão mais realista do que acontece consigo. O passado presentificado dentro de uma relação emocional importante – transferência - oferece uma melhor compreensão do que está acontecendo consigo. Assim podem ser modificados conhecimentos antigos, equívocos e crenças.

A transferência é ubíqua e universal. Ela também está presente na relação professor-aluno. E é justamente através dela que o professor é integrado à vida do estudante e passa a ter um significado emocional para ele, passando a ser parte integrante da sua vida, constituindo-

se como modelo. Desse modo, aquilo que professor diz e faz assume importância e encontra lugar na vida do aluno.

Um grupo pequeno de alunos reunidos com o tutor, durante algumas horas por semana - conforme proposto pelos métodos ativos - proporciona condições para o desenvolvimento de uma relação emocional singular, com a mobilização de elementos emocionais com conotações transferenciais. Embora não seja o objetivo do tutor desenvolver aspectos transferenciais, eles poderão ocorrer inevitavelmente e deverão ser bem compreendidos para serem adequadamente aproveitados na aprendizagem.

O tratamento psicanalítico deve ser distinguido do método psicanalítico. A aplicação do método psicanalítico ao ensino não se trata de fazer tratamento psicanalítico, o que seria um despropósito. Michael Balint, cujo método será descrito adiante (vide item 2.5), conseguiu aplicar a psicanálise ao ensino e ao estudo dos aspectos emocionais da relação médico-paciente. As relações entre alunos e professores podem ser melhor compreendidas com o auxílio da psicanálise. E, além disso, ela poderá ser útil na compreensão de fenômenos psicológicos de grupos e de instituições.

Considerando o fundamental nos métodos ativos de ensino, a busca ativa do conhecimento pelo estudante com a facilitação do professor (contrapondo-se à tendência de passividade dos alunos no ensino tradicional), da mesma forma, o método psicanalítico de investigação do psiquismo é ativo: o paciente é quem conduz a investigação, na presença do psicanalista, no sentido da descoberta do seu funcionamento psíquico.

2.3 Método da Problematização

Berbel⁵⁷ descreve o método da Problematização, explicando que ele é constituído de cinco etapas: a observação da realidade, a identificação de pontos-chave, a teorização, a elaboração de hipóteses de solução e a aplicação à realidade. A metodologia da Problematização, enquanto metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, é utilizada sempre em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade.

De maneira sintética, o método sistematizado pela autora é apresentado adiante, ainda neste ponto. Antes, porém, apresentaremos a representação gráfica desta metodologia, através do Arco de Maguerez, Figura 1, a seguir.



Figura 1: Arco de Maguerez.
Fonte: Bordenave & Pereira, 1977, p.10.

Interpretando o Arco, observamos que a primeira etapa corresponde à observação da realidade social e concreta pelos alunos, a partir de um tema ou unidade de estudo. Os estudantes são orientados pelo professor a olhar atentamente e registrar o que perceberem. Poderá ser eleito um desses problemas para todo o grupo estudar ou então vários deles, distribuídos um para cada pequeno grupo. As discussões entre os componentes do grupo e com o professor ajudarão na redação do problema, como uma síntese desta etapa, que passará a ser a referência para todas as outras etapas do estudo.

Na segunda etapa, são identificados os pontos-chaves, os alunos são levados a refletir em um primeiro momento sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo: “Por que será que esse problema existe?”. Neste momento os alunos, com as informações que dispõem, passam a perceber que os problemas de ordem social (os da educação, da atenção à saúde, da cultura, das relações sociais etc.) são complexos e geralmente multideterminados. A partir dessa análise reflexiva, os alunos são estimulados a uma nova síntese: a da elaboração dos pontos essenciais que deverão ser estudados sobre o problema, para compreendê-los mais profundamente e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo ou desencadear passos nessa direção.

A terceira etapa é a da teorização. Esta é a etapa do estudo, da investigação propriamente dita. Os alunos se organizam tecnicamente para buscar as informações que necessitam sobre o problema, onde quer que elas se encontrem (pesquisa bibliográfica, eletrônica - *Internet* - etc.), dentro de cada ponto-chave já definido. As informações obtidas são analisadas quanto a suas contribuições para tratar o problema.

A quarta etapa é a das hipóteses de solução. Todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para que os alunos, crítica e criativamente, elaborarem os possíveis encaminhamentos além daquilo que precisa ser providenciado. Nesta metodologia, as

hipóteses são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos os ângulos possíveis.

A quinta e última etapa é a da aplicação à realidade. Esta etapa da metodologia da Problematização ultrapassa o exercício intelectual: os alunos levarão para o meio alguma resposta baseada nos estudos, transformando-o em algum grau.

Completa-se assim o Arco de Maguerez, com o sentido especial de levar os alunos a exercitarem a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, ou dito de outra maneira, a relação prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social.

2.4 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP/PBL)

Este método foi desenvolvido inicialmente na Universidade de MacMaster (Canadá) e encontra-se aplicado em Universidades como Maastricht (Holanda), Harvard (EUA) e no Brasil nas Faculdades de Medicina, inicialmente em Marília (São Paulo) e posteriormente em Londrina (Paraná). Seguiram-se destas a Faculdade de Medicina de Botucatu (São Paulo) e de Maringá (Paraná). Mais recentemente, a Universidade de Santa Cruz (Bahia/Brasil), iniciou a implantação de um curso de medicina, adotando o método ABP/PBL.

Komatsu⁵⁸ descreve sua experiência na Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, afirmando que para aprendizagem os alunos devem sentir-se motivados.

Segundo o autor, um problema prático no contexto da realidade pode ser o estímulo inicial. Não existe uma informação formal prévia do conteúdo a ser tratado. O problema educacional leva a uma reflexão temática que conduz à seleção de recursos educacionais, à busca de informações, à avaliação crítica e à aplicação das alternativas encontradas.

Os chamados problemas “de papel”, que são criados pelos professores e oferecidos desde a primeira semana do curso, antecedem aos problemas cotidianos da prática profissional. Aqueles são elaborados em função das unidades educacionais, vinculados a momentos curriculares e visam os objetivos de aprendizagem a serem alcançados.

Os problemas são explorados nas sessões de tutoria com cerca de oito estudantes e um ou dois docentes, o tutor e o co-tutor. O principal papel do tutor é o de facilitar a aprendizagem dos estudantes. As sessões de tutoria não são seminários, nem mini conferências. Os docentes não ministram aulas nesses grupos. Compete ao tutor facilitar a discussão em torno de um problema, considerando o contexto, integrando as dimensões biológica, psicológica e social, observando os objetivos de aprendizagem de cada unidade.

Os Sete Passos^{59 60} do ABP/PBL são os seguintes:

1. Esclarecer termos e expressões no texto do problema;
2. Definir o problema: identificar questões propostas no enunciado;
3. Analisar o problema: oferecer explicações para questões com base no conhecimento prévio que o grupo tenha sobre o assunto;
4. Resumir: sistematizar a análise e criar hipóteses de explicação, ou solução, do problema;
5. Formular objetivos de aprendizagem;
6. Identificar fontes de informação e adquirir novos conhecimentos individualmente (estudo individual);
7. Sintetizar conhecimentos e revisar hipóteses iniciais para o problema, discutindo no grupo o avanço de conhecimento obtido.

O currículo acadêmico da faculdade deve oportunizar espaços e tempos apropriados para a aprendizagem autogerenciada. Habitualmente, em um programa ABP/PBL, mais da metade da carga horária curricular semanal é destinada a ela. Igualmente o tempo de estudo do aluno constitui mais da metade do tempo da grade horária semanal de quarenta horas. O restante do tempo semanal dos estudantes é ocupado com duas sessões de tutoria semanais, com três horas de duração cada uma, além de atividades de interação comunitária (outras duas horas), atividades práticas e conferências ou mesas de discussão plenárias (cerca de quatro horas). O estudante tem que assumir a função de condutor do seu próprio processo de aprendizagem e, para tanto, deve desenvolver uma habilidade fundamental: aprender a aprender.

Para atingir tais objetivos, os estudantes desde o início do curso são treinados para o uso da biblioteca, bem como para a busca das informações nas bases de dados locais e remotas, tendo um treinamento básico também em informática.

Quanto à avaliação, deve ficar esclarecido desde logo a finalidade, os critérios e as modalidades, bem como a forma de sua aplicação. Nesta metodologia utiliza-se a avaliação formativa, que tem por finalidade guiar o aluno no seu trabalho escolar, procurando situar suas dificuldades e auxiliando-o a descobrir modos de progredir na aprendizagem. Busca-se identificar as causas das dificuldades, examinando-as, mas sem o objetivo de sancionar ou de classificar os alunos.

A avaliação deve ser sistemática e se constitui em uma importante ferramenta do processo de transformação. Para operacionalizá-la devem ser elaborados instrumentos com o intuito de objetivar a análise do processo ensino e aprendizagem e do desempenho do

estudante. É necessário um roteiro para verificação das habilidades e das atitudes nos trabalhos realizados nas sessões de tutoria.

Ao final de cada unidade educacional, poderão ser aplicados exercícios de avaliação cognitiva visando aferir conhecimentos específicos. Busca-se a verificação do desenvolvimento de competências através do desempenho relacionado tanto ao saber, como ao fazer. Podem ser utilizados testes de múltipla escolha, ensaios, exames orais, vídeos e exame de paciente.

2.5 Método de Balint^{VI}

Na década de 1960, Michael Balint, um psicanalista húngaro trabalhando na Inglaterra, apresentou um método de estudo para médicos que queriam compreender os problemas emocionais de seus pacientes, enfatizando o valor terapêutico da própria pessoa do médico. Vem daí a expressão “a droga mais freqüentemente utilizada na clínica é o próprio médico”.

Ao tempo da pesquisa de Balint⁶¹ não havia quase nada estudado sobre o assunto. Ele desenvolveu sua pesquisa visando estudar a implicação psicológica na clínica geral, o treinamento de profissionais para lidar com as emoções e o método apropriado para desenvolver essa aprendizagem.

O trabalho deste autor desenvolvia-se através de grupos de discussão, integrados por oito a dez médicos clínicos e mais um ou dois psiquiatras. Os grupos reuniam-se geralmente por dois ou três anos. A duração das reuniões era de aproximadamente uma hora. Os participantes relatavam espontaneamente, sem uso de material escrito, pois, com isso, desejava conseguir maior fidedignidade nos relatos, evitando qualquer elaboração secundária que a escrita poderia induzir.

Nos apêndices (I e II) da obra referida, Balint expõe sobre método de treinamento. Acreditava que este deveria ser eminentemente prático e que a aquisição de habilidades psicoterapêuticas implicava, em certa medida, em alguma modificação da personalidade do médico, limitada, mas considerável. Examinava nos grupos a interação transferencial do paciente com o médico e os padrões habituais de reação dos médicos e, com isso, as dificuldades pessoais e problemas não percebidos conscientemente. Os médicos adquiriam

^{VI} Lembramos que o Método de Balint não é conhecido como método ativo, mas apresenta características semelhantes, segundo a nossa avaliação. E também, como referido no ponto 1.3, contribuiu para uma medicina de modelo integral. Mas de fato, a formação psiquiátrica e psicanalítica do autor certamente contribuiu para articular o Método de Balint com as metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

capacidade de tornar conscientes seus padrões automáticos e suas ansiedades causadoras. Para atingir esses objetivos, encaravam todas as verbalizações do grupo como algo similar às associações livres e, para tanto, solicitavam que os participantes apresentassem material de modo o mais livre possível.

O treinamento era realizado com a utilização de material clínico dos próprios pacientes de cada um dos médicos, sempre em grupo. Tratava-se de um curso e não de uma psicoterapia de grupo. O material mais importante utilizado era a contratransferência do médico, quer dizer, o modo como ele usava sua personalidade, suas convicções científicas, seus padrões de reação automática, entre outros aspectos. Evitava-se as supervisões individuais e o “aprender sendo ensinado”⁶².

Os fatos que interessavam a Balint eram os de natureza pessoal e subjetiva, algumas vezes difíceis de serem verbalizados pelos médicos. O acesso a esse material podia colidir com a objetividade utilizada na coleta de dados na anamnese médica habitual. Esse material, entretanto, influi profundamente na atitude em frente à vida, no ficar doente, na maneira de aceitar a ajuda médica, entre outros, tendo suas raízes nas experiências infantis que estão influenciando permanentemente o funcionamento consciente. O exame das raízes infantis, embora reconhecido, não era explorado nos encontros.

O coordenador tentava se fundir com o grupo, evitando singularizações e utilizar interpretações. O trabalho nos grupos incluía o exame da relação médico-paciente, a relação do paciente com a enfermidade e a relação do médico com o coordenador, aspectos trabalhados de modo simultâneo.

Mello Filho⁶³, fazendo um resumo da aplicação do Método de Balint no Brasil, relata ter sido utilizado com muito êxito em trabalho privado com médicos clínicos. Dentro dos hospitais universitários, tomou a forma de grupos de reflexão e em conjunto com a interconsulta, adaptou-se ao exame de situações focais de tipo súbito, inusitadas e mesmo traumáticas, visando uma abordagem breve. Nos ambulatórios dos serviços públicos foi pouco utilizado, já que os médicos não dispunham de mais de dez minutos para cada paciente - o que não se espera que não ocorra no modelo da integralidade. O autor refere que este método está vivo, aguardando oportunidades para ressurgir.

De fato, o método de Balint é utilizado em muitos países e conta com associações científicas que promovem encontros para estudo e pesquisa, como o 15º Congresso Internacional Balint, realizado em Lisboa/Portugal, em 2007, cujo tema foi “Medicina, Evidência e Emoções, cinquenta anos depois...”.

2.6 Principais semelhanças e diferenças: ABP, Problematização e Balint

A seguir, apresentaremos uma sistematização dos dados já discutidos anteriormente, objetivando enfatizar semelhanças e diferenças entre os métodos com o intuito de proporcionar uma visão ampla, conjunta e comparativa de cada um deles.

Tabela 1: Principais Semelhanças e Diferenças dos Métodos Ativos

	Aprendizagem Baseada em Problemas	Problematização	Balint
Base Teórica	Democratização Escola Nova/Ativa Cognitivismo	Concepção histórico-crítica da educação Pedagogia da liberdade	Psicanálise
Autores	John Dewey Howards Barrows	Paulo Freire Neusi Berbel	Sigmund Freud Michael Balint
Envolvimento da Instituição	Pleno: toda a instituição	Parcial: professores/alunos	Parcial: professores/alunos
Recursos Materiais	Exige mudanças institucionais no coletivo	Não exige mudanças institucionais no coletivo	Não exige mudanças institucionais no coletivo
Estruturação	Muito estruturado; Sistematizado; Papéis dos participantes bem definidos; Rígido no uso do tempo; Trabalho em grupo e individual	Menos estruturado; Sistematizado; Papéis dos participantes pouco definidos; Surpreende; Trabalho em grupo	Pouco estruturado; Pouco sistematizado; Papéis dos participantes livres; Surpreende; Trabalho em grupo
Momentos do Processo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do problema; 2. Definições e esclarecimentos sobre o problema; 3. Análise do problema; 4. Hipóteses explicativas ou de solução; 5. Formulação dos objetivos de aprendizagem; 6. Identificação das fontes de informação e busca de novos conhecimentos; 7. Síntese dos conhecimentos/ Revisão das hipóteses iniciais; 8. Opcional: avaliação. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observação; 2. Identificação de pontos chave; 3. Teorização; 4. Hipóteses de solução; 5. Aplicação à realidade 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abertura e apresentação espontânea do problema clínico; 2. Esclarecimentos: participantes apontam questões e perguntam; 3. Observação e retirada do apresentador, que então ouve: debates, sentimentos, frustrações, angústias, sucessos e experiências revividas dos participantes; 4. Síntese das opiniões discutidas (focalização nos aspectos subjetivos, automáticos, involuntários, não conscientes, expressos no discurso e na conduta); 5. Sumário e pontos a reter.
Problemas	Elaborado por professores conforme	Elaborado pelos estudantes	Elaborado pelos estudantes, explorando o intercâmbio

	seqüência do currículo	explorando a realidade social	subjetivo com o paciente, com foco no que sente e que contribui para comportamentos inibidos ou não esperados
Definição e análise do problema/observação	Realizado em discussão em grupo, conforme combinações, funções e regras	Corresponde à observação realizada mais livremente	Realizado em grupo de modo livre e tão espontâneo quanto possível
Formulação dos Objetivos de Aprendizagem/Pontos-chave	Bem definidos, especificado e fechados	Bem definidos e abertos	Definidos conforme necessidade do estudante apresentador
Hipóteses Iniciais Busca de Novo Conhecimento/ Teorização	Orientação definida de busca; Alunos comprometidos com professor e grupo	Orientação definida de busca; Alunos comprometidos com professor e grupo	Orientação de busca não definida, a critério do interesse individual; Alunos sem compromissos formais com grupo e professor
Hipóteses Revisadas/Hipóteses de Solução	Revisão do conhecimento inicial com base no conhecimento científico novo obtido	Revisão não só do conhecimento científico específico, mas também do social, político e econômico	Revisão espontânea no sentir e perceber aspectos emocionais inicialmente experimentados
Aplicação à Realidade	Opcional: visa exercício intelectual e desenvolvimento de habilidades	Ocorre: busca transformações na realidade	Ocorre: mudanças de atitudes, revelando mais compreensão emocional
Tamanho dos Grupos	Até 12 estudantes	Até 30 estudantes	Até 10 estudantes
Papéis no Grupo	Tutor/Facilitador – Professor: estimular, facilitar e mediar; Coordenador: distribuir palavra; Relator: sintetizar; Secretário: administrar o tempo	Não há distribuição de papéis fixos, alternância entre os participantes	Não há distribuição de papéis, exceto a do coordenador e do apresentador de material clínico
Capacitação do professor	Exige estudo e aperfeiçoamento permanente/em serviço	Exige estudo e aperfeiçoamento permanente	Exige estudo e aperfeiçoamento permanente de si próprio
Possibilidades	Desenvolvimento intelectual; aumento dos conhecimentos, desenvolvimento de habilidades cognitivas e de trabalho em grupo; constrói conhecimentos a partir de conhecimentos estabelecidos	Desenvolvimento da sensibilidade social e de atitudes solidárias; constrói conhecimentos a partir da aproximação da realidade	Desenvolvimento emocional e melhor compreensão das atitudes; Constrói conhecimentos a partir das vivências emocionais sentidas individualmente dentro do grupo
Limites	Exige mudanças institucionais e recursos materiais	Exige realidade social a ser observada	Exige alunos motivados e mais amadurecidos
Avaliação	Ao fim de cada módulo conforme objetivos e conhecimentos científicos estabelecidos	Além dos conhecimentos científicos considera as percepções e representações do contexto social	Apreciação do apresentador daquilo que foi discutido; Síntese e sumário das conclusões com ênfase nos pontos a serem retidos.

Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

3 INSTITUIÇÃO DE ENSINO MÉDICO

Com o estudo de Flexner em 1910, por aproximadamente cinquenta anos as escolas de medicina tinham um modelo de excelência técnica e científica, que pode sustentar as expectativas de uma boa medicina. Conforme Lampert⁶⁴, esse modelo, é caracterizado por cinco aspectos: predominância de aulas teóricas, enfocando a doença na base de disciplinas; processo de ensino e aprendizagem centrado no professor, que é quem oferece o conhecimento; prática quase totalmente desenvolvida no hospital; capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; os médicos são preparados para trabalhar nos consultórios, nos quais dominam os instrumentos diagnósticos, encaminhamentos e cobram honorários sem intervenção de terceiros. O modelo enfatiza as especializações e dificulta a formação geral dos médicos.

Ao longo dos anos começaram a aparecer inquietações com esse modelo, advindas dos desafios e necessidades de saúde das populações. Modificações no panorama epidemiológico, com o crescimento dos casos de doenças crônicas e não transmissíveis, levaram a necessidade de ampliação da compreensão de saúde e de um diagnóstico abrangente de doença.

A doença é percebida como um processo, no qual intervêm mais do que os fatores biológicos, incluindo os sociais e os psíquicos. A saúde passou a ser considerada não só ausência de doença, mas qualidade de vida. Como consequência, entra em consideração o estilo de vida do indivíduo e o meio ambiente em que ele vive. A experiência em saúde também se amplia indo além da experiência individual.

A constatação das necessidades sociais passa a exigir dos serviços de saúde novas abordagens e o enfoque curativo evolui para promoção da saúde. Nesse sentido a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), em 1986, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde – OMS, definiu as bases conceituais e políticas da promoção da saúde, propondo cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Essa conferência, bem como as que se seguiram, apontou para a mudança de modelo. Como consequência passou a exigir formação de recursos humanos para saúde - principalmente médicos - mas também de outros profissionais em condições de trabalhar conforme as necessidades verificadas. Enquanto o modelo de formação predominante valoriza a excelência dos conhecimentos biomédicos e privilegia as especialidades, o novo modelo

entenderia as doenças do indivíduo no contexto sócio-histórico, considerando o papel da subjetividade e do sujeito na construção de sua saúde pessoal.

No Brasil, ocorre também em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde^{VII}, na qual foi proposta uma mudança da legislação vigente no setor, com importante repercussão na elaboração do texto constitucional brasileiro (CF/88). A CF refere à saúde “como direito do cidadão e dever do estado garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Artigo 196, Capítulo II – Da Seguridade Social). A Constituição dispõe ainda que caiba ao Sistema Único de Saúde - SUS ordenar a formação dos profissionais para o setor saúde (Art. 200, Inciso III).

Logo em seguida, as Conferências Mundiais de Educação Médica, ocorridas em Edimburgo em 1988 e em especial a de 1993, delinearão o perfil esperado do médico para o Século XXI. Ofereceram recomendações⁶⁵ endossando um programa internacional colaborativo para todas as nações, com apoio da OMS, Banco Mundial e outras instituições representadas no encontro.

A preocupação com a formação dos médicos e a pouca adequação à situação social e sanitária predominantes nas escolas médicas, levou o Conselho Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM, entre 1991 e 1997⁶⁶ a estudar e diagnosticar a situação do ensino médico. Entre os vários aspectos examinados, destacaram-se recursos humanos, corpo docente, formação médica (considerando conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes durante o internato), e o modelo pedagógico adotado pelas escolas.

Feuerwerker, em 1999⁶⁷, evidencia que já existia uma insatisfação cada vez mais nítida com relação aos médicos que não estavam preparados para enfrentar os desafios da crise do modelo de formação médica predominante. Neste estudo indica problemas relacionados à desumanização da atenção, a necessidade de maior participação social, de equidade, do uso devido e adequado da tecnologia, os custos e estímulos à promoção de vida saudável. A necessidade de mudanças e transformações nas escolas médicas e na formação dos médicos desencadeou experiências pioneiras no Brasil.

^{VII} Esta conferência teve como temário central a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, territórios e municípios) na prestação de serviços de saúde; e o financiamento do setor de saúde. A principal conquista foi a elaboração de um projeto de reforma sanitária, defendendo a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS, que centralizasse as políticas governamentais para o setor, desvinculadas da Previdência Social; a regionalização do gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento; e a afirmação do conceito ampliado de saúde, como resultante de condicionantes sociais, políticas e econômicas.
Disponível em: http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/conferencia_nacional.htm. Acesso em: 15.12.2008.

O Programa UNI⁶⁸, auspiciado e com financiamento da Fundação *Kellogg*, ainda na década de 1990, ofereceu para as instituições universitárias em onze países da América Latina, que tinham o curso de medicina e de enfermagem, apoio a projetos inovadores em saúde. Entendia-se como tal, projetos que fossem baseados em estudos epidemiológicos da população para a qual ofereciam seus serviços, que apresentassem trabalho interdisciplinar, com equipes multidisciplinares, articulando ensino e aprendizagem no serviço. O Programa UNI recomendou superar a separação dos ciclos básico e profissional dos cursos de medicina e a incorporar ações clínicas de natureza preventiva e de promoção da saúde na atividade habitual dos profissionais.

Sugeriu ainda a diversificação dos cenários de prática e um ensino baseado na resolução de problemas. Os projetos de investigação deveriam apontar para pesquisas direcionadas não só para problemas biomédicos, mas que abordassem questões sociais pertinentes, dando preferência às situações de saúde prioritárias e à organização dos serviços de saúde. A avaliação deveria ser voltada para a verificação de competências e desempenho, incluindo desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes e valores a serem incorporados ao longo da formação do profissional de saúde. Algumas escolas médicas brasileiras foram contempladas, entre elas estavam a de Londrina – UEL e de Marília – FAMEMA, (integrantes desta pesquisa).

Desse modo, pode ser constatado que os cursos de medicina da UEL e da FAMEMA já tinham implantado desde alguns anos um projeto inovador, quando da edição das Diretrizes Curriculares Nacionais do MEC, em 2001.

O Ministério da Saúde - MS, para estender os benefícios da saúde à população, universalizando-a, elegeu estratégias de ação como o Programa de Saúde da Família - PSF, para os quais são necessários médicos capacitados. Para tanto, visando estimular a formação de pessoal, apresentou o PROMED e depois o Pró-Saúde para acelerar a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais a partir daquele ano. Desde então, verificam-se estudos que visam avaliar as escolas de medicina, tendo sido criados instrumentos apropriados que buscam indicadores de desenvolvimento.

O trabalho já referido de Lampert, tese de ampla repercussão, visava o estudo das tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Nele a autora, com base na literatura pertinente, elaborou um instrumento que permitiu verificar a tipologia das escolas de medicina antes mesmo da publicação das DCN, tendo sido aplicado tanto nos colegiados quanto aos formandos. Além disso, analisou os mais variados documentos no sentido de avaliar as evidências apresentadas nesse processo. Neste instrumento, considera cinco eixos radiais

subdivididos por dezesseis vetores - portanto, todos partindo do mesmo ponto – e que permitem a verificação de níveis de mudança, na medida em que se afastam do ponto de referência. Deste modo, foi possível tipificar as escolas (conforme seus modelos) como tradicionais, inovadora tradicional, inovadora avançada e avançada. Com isso observou que existe um movimento nas escolas médicas brasileiras no sentido da inovação e que todas as estudadas vêm fazendo mudanças nos seus currículos.

A seguir é apresentado o perfil gráfico, conforme os achados da autora, de uma escola tradicional e outro de uma escola inovadora, de acordo com a percepção dos docentes membros do colegiado:

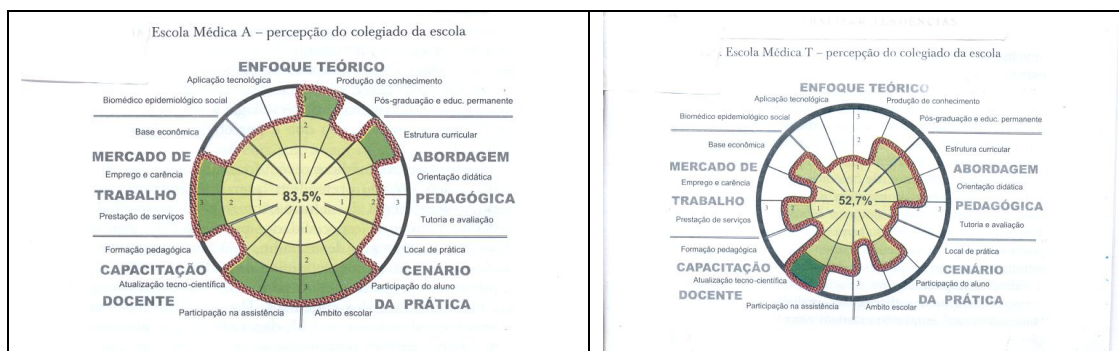


Figura 2: Tipologia de Escolas de Medicina: Avançada e Tradicional.
Fonte: Lampert, 2002, p. 240 e 245 (Vide Referência 64).

Apresentamos a seguir as conclusões do trabalho de Lampert em relação às escolas médicas estudadas, de modo resumido e simplificado:

- Quanto ao enfoque teórico: continuam mais voltadas para as causas biológicas da doença; explicitam, mas não fazem análise crítica do uso da tecnologia complexa e de alto custo; em relação à produção do conhecimento poucas desenvolvem pesquisas na área da atenção básica, prestação de serviços e gestão do sistema de saúde; os cursos de pós-graduação em geral não têm articulação com a graduação;
- Quanto à formação pedagógica: os currículos são divididos entre os ciclos básico e profissionalizante e poucas têm currículo integrado; em relação à orientação didática, predominam aulas teórico-expositivas e aulas em pequeno grupo são geralmente demonstrativas com docentes se revezando por curto espaço de tempo; a avaliação é feita com forte presença de provas escritas, sem muita ênfase na avaliação de habilidades e na avaliação interativa;

- Quanto aos cenários de prática: predominam as práticas dentro do hospital; a oportunidade de participação dos alunos é ampla e conta com supervisão docente; no entanto as práticas geralmente são oferecidas pelas especialidades;

- Quanto à capacitação docente: geralmente não há exigência de capacitação docente, embora possa ocorrer como preparo à titulação de mestre; a maior ênfase está limitada à atualização técnico-científica; verifica-se um aumento de aproximação dos serviços de atenção mediante acordos com o governo municipal.

Em 2004, através da Lei 10.861⁶⁹, foi instituído pelo MEC o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES, trazendo princípios para construção da avaliação das escolas médicas como um processo participativo, formativo, construtivo e democrático, visando a uma atualização do modelo das Diretrizes Curriculares Nacionais (Lampert⁷⁰). Buscou-se avaliar os processos administrativos e de gestão, assim como os de ensino e aprendizagem. Também os processos de acolhimento e resultados no cuidar da saúde e na prestação dos serviços à população. Esta avaliação está focada no modelo dirigido para integralidade no sentido de que: valorize as necessidades de saúde dos indivíduos e populações referidas pelos usuários e pelo setor de saúde; utilize metodologias que privilegiem a participação ativa do estudante na construção do conhecimento; possibilite a integração dos conteúdos, a interação entre serviços de ensino, pesquisa, extensão e assistência na perspectiva de vários cenários de prática. O SINAES é formado por três eixos de avaliação: institucional, dos cursos de graduação e do desempenho do estudante (neste caso, trata-se do Exame Nacional de Desempenho do Estudante - ENADE). Procura ainda avaliar o ensino e a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos estudantes, a gestão da instituição, o corpo docente, as instalações, as interações humanas e os processos de mudanças.

O estudo realizado por Lampert em 2002, por sua grande repercussão, foi ampliado em 2006 com o apoio do Conselho de Avaliação das Escolas Médicas - CAEM e da Associação Brasileira de Escolas Médicas - ABEM. Avaliou vinte e oito escolas médicas e verificou que apesar de contradições e forças que se contrapõem, existe um movimento no sentido de transformações. Assim, foi possível identificar a seguinte tipologia entre as escolas de medicina estudadas pela autora: 13 (46,4%) – do tipo avançada, 8 (28,6%) – inovadoras avançadas, 4 (14,03%) - inovadoras tradicionais, e 3 (10,7%) – tradicionais.

Os indicadores de mudanças na construção das reformas curriculares, a fim de atender as DCN são: a coerência com o projeto pedagógico proposto pelas Diretrizes; a construção coletiva do projeto pedagógico (acadêmica, instituições parceiras e comunidade); a

capacidade das escolas em aliar o ensino, pesquisa, extensão e assistência, incentivando ao mesmo tempo o ensino e aprendizagem em metodologias ativas; a produção do conhecimento aplicável à gestão de serviços de saúde; a interdisciplinaridade em coerência com o eixo curricular nas dimensões biológica, psicológica e social, em diferentes cenários de ensino e aprendizagem; a inserção dos estudantes em tais cenários; o incentivo à capacitação dos docentes; a reflexão e análise dos processos e resultados do projeto pedagógico.

Procuramos demonstrar até aqui que a instituição é uma construção da sociedade da cultura, constituindo-se em um conjunto de estruturas sociais estabelecidas pela lei e pelo costume que regulam as relações existentes. A instituição se impõe ao individual e tem uma finalidade que a identifica e a distingue. Conforme Käs⁷¹, seu funcionamento tanto no sentido do desenvolvimento quanto no da estagnação, pode ser compreendido considerando as abordagens de Castoriadis⁷², autor que articula o instituinte e o instituído, e de Bleger⁷³ que articula instituições e organizações, pontos a serem desenvolvidos a seguir.

Castoriadis considera que além do papel socioeconômico da instituição existem os aspectos simbólicos, aos quais atribui ênfase. Denomina imaginário, aquela capacidade de produção e operação de símbolos que na ordem social estão ligados à história e em evolução. O imaginário atribui significados novos a símbolos já existentes. Distingue o imaginário individual do social. Pensa aquele (individual) precede qualquer organização e se constitui de um fundo de representações originárias. O imaginário social, por sua vez, necessita da organização e das funções; está na origem da instituição e na base da alienação. Já a alienação, constitui-se na dominação do instituinte pelo o instituído, levando a autonomização da instituição em relação à sociedade.

Bleger articula as noções de instituição e organização, distinguindo a organização como tendo um caráter contingente e concreto (hierarquia de funções) que dispõe dos meios, podendo contribuir para a marginalização da instituição. Pode ocorrer que o objetivo da instituição fique subordinado ao da organização, levando a uma estagnação burocrática. Voltando à linguagem de Castoriadis, o instituído suplanta e reduz a função instituinte da instituição.

A observação dessas linhas de pensamento poderá auxiliar a compreensão da instituição, pois os processos que ambas apontam articulam funções psíquicas de modo que a mudança da finalidade institucional pode ser análoga a uma mudança psíquica e ainda pode contribuir para o entendimento do que se designa de sofrimento institucional, segundo os autores mencionados. Assim, dito de outra forma, para estes autores – posição a qual este trabalho também se filia – as instituições podem se desviar de suas finalidades por

necessidades nem sempre evidentes, baseadas no imaginário dos indivíduos que as constituem, gerando resistência a transformações.

A instituição é mais que uma formação social e cultural complexa, diz Käs (*op. cit.*). Outro modo de compreender a instituição é pensá-la como uma formação psíquica, realizando funções psíquicas múltiplas para os indivíduos de acordo com a sua estrutura dinâmica e economia pessoal. Podem contribuir para regulação psíquica do sujeito, mobilizando investimentos emocionais, e ainda constituir-se em um espaço sobre o qual são contidos e depositados aspectos do psiquismo. Neste sentido, Jaques e Menzies⁷⁴ demonstraram como as instituições podem oferecer um mecanismo social como defesa contra as ansiedades de natureza psicótica.

Ainda como formação psíquica, a instituição pode ser considerada como constitutiva do próprio psiquismo. Nessa linha, a instituição proporciona elementos para identificação e formação do ego. Esses aspectos são conhecidos há mais tempo, desde Freud⁷⁵.

A instituição, para realizar suas funções específicas (embora não psíquicas), deve mobilizar processos psíquicos que ela própria contribuiu para formar ou que recebeu em depósito. Decorre que a instituição produz algo original que interessa não só a ela, mas também aos sujeitos que dela são parte e beneficiários.

Enfim, a instituição liga processos múltiplos e heterogêneos de alçada social, política, cultural, econômica, psíquica. Lógicas diferentes se intercomunicam em espaços compartilhados com interferências recíprocas produzindo manifestações e efeitos complexos, que demandam consideração e estudo, os quais poderão oferecer uma compreensão mais abrangente dos processos institucionais.

Depreende-se disso, que as dificuldades interpostas contra as modificações das escolas médicas vão além da existência de uma legislação favorecedora no sentido de mudanças do processo de ensino.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização da pesquisa foi utilizado o método qualitativo, que visa à compreensão da experiência buscando identificar os processos que levam à construção de sentidos e significados. Trata-se de um estudo dirigido a dez docentes, que estão envolvidos com processos de mudanças didáticas e pedagógicas em suas Faculdades de Medicina. Foi construída então uma amostra não aleatória, cujos critérios de inclusão e exclusão serão apresentados adiante, delineada do seguinte modo:

Tabela 2: Demonstrativo da Amostra.

NOME FICTÍCIO	FORMAÇÃO	TITULAÇÃO
Prof. Eni	Medicina	Mestrado
Prof. Altair	Enfermagem	Mestrado
Prof. Neci	Enfermagem	Doutorado
Prof. Emir	Medicina	Doutorado
Prof. Eloir	Medicina	Mestrado
Prof. Irani	Ciências Biológicas	Doutorado
Prof. Edir	Medicina	Doutorado
Prof. Juraci	Medicina	Doutorado
Prof. Darci	Medicina	Especialista
Prof. Walderez	Medicina	Especialista

Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Quanto à experiência acadêmica por tempo de atividade docente, os professores se distribuíam do seguinte modo: 02 entre 10 e 20 anos, 06 entre 21 e 25 anos e 02 tinham 26 anos ou mais de atividade. Em tempo, é necessário ressaltar que os nomes utilizados no quadro acima são fictícios, atribuídos pelo pesquisador, de forma a evitar qualquer possibilidade de identificação dos participantes da pesquisa, inclusive quanto ao gênero, garantindo o anonimato absoluto.

Além das atividades docentes, a maioria dos professores desempenhava funções de gerenciamento de cursos, coordenação didático-pedagógica, com intenso envolvimento institucional. Nas entrevistas observou-se que se sentiam representantes das suas escolas médicas.

4.1 Número de participantes

Dois professores trabalhavam na Faculdade Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL/RS), outros quatro na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA/SP), e, por fim, mais quatro na Faculdade de Medicina de Londrina (UEL/PR), todos com experiência consolidada no magistério superior.

É importante lembrar que em pesquisa qualitativa o número de participantes da amostra não visa garantir a representatividade do universo e tampouco os resultados servem para generalizações estatísticas. No entanto, serão úteis em caso de situações similares e, assim, se prestam para generalizações analíticas. Segundo indicam Victora, Knauth e Hassen⁷⁶, neste tipo de abordagem buscam-se um aprofundamento e alcance compreensivo sobre uma dada temática.

4.2 Critério de inclusão e de exclusão

Como dito, observou-se o critério da representatividade a partir da indicação institucional: professores de medicina identificados com os processos de ensino e aprendizagem nas escolas médicas em que atuam. Foram escolhidos docentes com capacitação e experiência na graduação em medicina, que pudessem dispor de tempo para serem entrevistados. Foram contatados por telefone e o investigador marcou, previamente, uma agenda, com dia, hora e local para entrevista.

A escolha dessas escolas prendeu-se ao fato de que as Faculdades de Medicina de Marília (FAMEMA) e de Londrina (UEL) foram pioneiras na utilização dos métodos ativos de ensino no Brasil. O método ativo de ensino utilizado por ambas é o da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP/PBL), podendo utilizar também o da Problematização conjuntamente. A escolha da Faculdade Católica de Medicina de Pelotas (UCPEL) se deu pelo fato desta estar procedendo a mudanças pedagógicas nos últimos anos^{VIII}. Esta escola, entretanto, se caracteriza por usar a metodologia tradicional.

O critério de exclusão seria exclusivamente, dentre os que se encaixassem no perfil, aqueles que não aceitassem participar desta pesquisa e/ou não tivessem disposição para a realização da entrevista pessoal. Entretanto, não ocorrendo essas hipóteses, este critério foi descartado.

^{VIII} Ressaltamos também a busca por docentes que mesmo utilizando metodologias de modelo tradicional, estivessem comprometidos diretamente com a melhoria do curso, visando mudanças nos processos de ensino e aprendizagem. Também pela proximidade: se o caso de Pelotas era adequado como paradigma de comparação, não havia motivo para que buscássemos outra instituição, possivelmente em outro estado. De outro lado está o trabalho desenvolvido por docentes que utilizam já as metodologias propriamente ativas. Desta forma, os depoimentos obtidos na Famed/UCPEL serviram de contraponto a um possível viés exclusivamente ligado a professores comprometidos com os métodos ativos (que ainda assim, anteriormente utilizavam métodos tradicionais). Na realidade, todos os participantes tinham experiência com a metodologia tradicional, mas só os da Famed/UEL e FAMEMA tinham experiência consolidada com as metodologias ativas.

4.3 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Os professores de experiência consolidada, exercendo cargos e funções de representatividade, convidados a participar da pesquisa, realizaram uma entrevista de tipo semi-estruturada, gravadas em áudio. No caso dos professores de Pelotas, as entrevistas foram realizadas em seus consultórios particulares, tanto naquela cidade quanto em Porto Alegre. Os Professores da UEL realizaram as entrevistas no hotel que fora sede e durante o IV Fórum de Metodologias Ativas/2007, na cidade de Londrina. Isso proporcionou ao investigador o contato com professores de quarenta e dois cursos de medicina dos mais variados estados brasileiros participantes, entre outros cursos presentes no evento, comprometidos com mudanças curriculares em suas instituições. No caso dos professores da FAMEMA, as entrevistas se realizaram nas dependências da faculdade, na própria cidade de Marília.

A técnica utilizada foi a da entrevista semi-estruturada, que permite tomar contato com informações não passíveis de observação direta, tais como pensamentos, sentimentos, intenções, comportamentos, percepções, isto é, conhecer a perspectiva da outra pessoa sobre diversos temas, na certeza de que a experiência do outro é significativa e possível de se tornar conhecida⁷⁷.

Os dados constituem uma representação da realidade podendo ser idéias, crenças, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, emoções, condutas, atitudes, comportamentos; quando se referem à experiência do indivíduo, uma reflexão dele sobre a realidade, configuram dados do tipo subjetivo e então as entrevistas abertas e semi-estruturadas são os instrumentos adequados para sua coleta⁷⁸.

Para realização da entrevista semi-estruturada é necessário o estabelecimento de uma relação de confiança entre o entrevistador e o entrevistado, mais que uma conversa estabelece-se uma relação dialógica entre ambos. Também por isso é necessária a apresentação do entrevistador (no caso o próprio pesquisador) por uma pessoa de confiança do entrevistado. Neste caso foi possível contar com o auxílio do orientador desta pesquisa, que fez os contatos iniciais com os diretores das respectivas faculdades de medicina. Estes, por sua vez, indicaram os professores a serem entrevistados em cada uma das instituições. O clima em todas as entrevistas foi cordial e os professores falaram espontaneamente, chegando até a ultrapassar a temática proposta; quase todas foram prolongadas para além do tempo previsto (aproximadamente uma hora), fornecendo uma grande quantidade de dados.

Alguns levaram e mostraram material didático por eles utilizado nas atividades de ensino, outros ofereceram suas dissertações e, no caso da UCPEL, os professores convidaram

o investigador para participar como conferencista do Encontro Científico Anual da Faculdade de Medicina, oportunidade prontamente aceita em retribuição à colaboração obtida. A maioria manifestou interesse na presente dissertação, pedindo que lhes fosse enviada uma cópia após sua apresentação e defesa.

Foi elaborada uma credencial institucional de apresentação do entrevistador. Junto com essa credencial foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice A), que foi assinado por cada entrevistado. O pesquisador mencionou ainda o interesse e as motivações da pesquisa proposta, justificando a escolha do entrevistado e, como mencionado, dando-lhe garantia de anonimato.

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, estabeleceu-se um clima emocional apropriado, visando descontrair o entrevistado para obter dados de forma mais espontânea possível. O clima de cordialidade e colaboração manteve-se durante toda a entrevista.

A entrevista semi-estruturada conforme roteiro elaborado pelo pesquisador (Apêndice B) apresenta questões que abrangem a temática da investigação. A elas foram agregadas perguntas de esclarecimento sobre temas afins, na medida em que se tornassem necessárias, característica deste tipo de técnica de pesquisa (entrevista semi-estruturada). As entrevistas iniciais - que foram realizadas com professores de Pelotas - constituíram-se em piloto e contribuíram à adequação do instrumento para as demais, verificando se as perguntas eram bem entendidas pelos informantes e se estavam adequadas e suficientes para o intuito da pesquisa.

4.4 Organização dos dados e técnica de análise

Foram utilizadas as técnicas de análise de conteúdo de L. Bardin^{79 80}, tendo como suporte o *Software Q.S.R Nvivo 2.0*. A utilização da tecnologia informacional auxiliou na análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa qualitativa para ler e interpretar o conteúdo de todo tipo de documento, principalmente os escritos. A análise progride de forma circular e cíclica, não apresentando uma forma seqüencial linear, de modo que após concluir uma etapa, pode-se retornar às anteriores e reiniciá-la com uma informação mais completa e com outra forma de leitura. Deste modo o texto é exposto a múltiplas releituras, podendo ser modificadas as categorizações iniciais.

O material coletado – entrevistas - foi gravado e transcrito. Procedeu-se a um cotejamento entre o que foi digitado e o que estava gravado.

A seguir são apresentados os passos metodológicos que foram observados sobre a análise de conteúdo utilizada.

4.4.1 A organização dos dados: O software Nvivo

Após serem transcritas, todas as entrevistas foram transformadas em documentos com extensão *rtf* (*rich text format*). Para construir a base de dados coletados foi utilizado o *Qualitative Solutions Research Nvivo 2.0 (Q.S.R Nvivo 20)*^{IX}, programa de computador para análise de dados qualitativos. Este programa auxilia no desenvolvimento de uma estrutura hierárquica de codificações (do tipo árvore), possibilitando organizar e explorar informações e categorias de modo a flexibilizar a análise dos dados^{81 82}, produzindo relatórios com resultados das buscas sob forma de textos, dados quantitativos e representações gráficas.

4.4.2 Técnica de análise dos dados

Bardin (*op. cit.*) e Brito⁸³ apresentam a análise de conteúdo descrevendo-a em três momentos (a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados), que serão explicados a seguir.

Na presente pesquisa, na pré-análise procedeu-se a leitura flutuante através da qual se tomou contato com o material a ser analisado, deixando-se invadir pelas primeiras impressões (inferências iniciais). Procurou-se homogeneizar as técnicas utilizadas na leitura verificando a pertinência e a representatividade dos conteúdos das entrevistas em relação aos objetivos da pesquisa. Também se cotejou as entrevistas e os aspectos levantados no roteiro. Verificou-se se o roteiro havia sido contemplado e que, de fato, uma grande quantidade do material relacionava-se às mudanças pedagógicas do ensino médico, às metodologias de ensino e ao papel da faculdade de medicina.

A exploração do material consistiu essencialmente de operações de categorização e de codificação. A categorização consistiu na formação de categorias que ocorrem a partir da leitura flutuante e da preparação dos dados brutos em blocos temáticos (instituição, metodologia ativa, metodologia tradicional), conforme corpo teórico que compõe a pesquisa.

A codificação ocorreu de acordo com os blocos temáticos: instituição, metodologia ativa e metodologia tradicional. Esta etapa implica a elaboração do conceito de cada categoria

^{IX} Este *software* é versão de outro, denominado *QSR NUD*IST (Non Numerical Unstructured Data Indexing, Search Theorizing)*. Atualmente existem sete versões.

e subcategoria. Corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, por recorte e agregação, o que permite atingir uma representação do conteúdo em unidades de significado⁸⁴. Então, a partir das grandes categorias, elaboram-se subcategorias que admitem uma classificação mais precisa do material. Ao codificar, realizou-se a análise temática do discurso dos entrevistados, pois a noção de tema está relacionada a um assunto específico, uma vez que o tema está expresso pelas palavras, frases ou resumo inter-relacionados. O *Nvivo* foi de grande valor nesse momento. As categorias são denominadas *nodes* (“nós”, em português); cada *node* é uma categoria e cada *sub-node* uma subcategoria, sendo possível criar um conceito para cada categoria e subcategoria.

O tratamento dos resultados foi a análise dirigida às categorias finais resultantes. Realizou-se por interpretação e inferência, sobre os conteúdos verbalizados nas entrevistas, buscando a síntese dos dados obtidos, apresentando-os em concordância e coerência com o suporte teórico que embasou o problema de pesquisa.

Antes de proceder à discussão dos resultados, todas as entrevistas codificadas foram lidas e examinadas, visualizando cada entrevista e cada segmento desta com sua respectiva categoria, dentro da árvore hierárquica das categorias e subcategorias. Após esta primeira codificação, cada uma é impressa resultando em um relatório onde estão registradas as verbalizações dos participantes relacionadas àquela categoria ou subcategoria. O número de verbalizações de cada documento impresso produzido pelo *software* é diverso, uma vez que dependeu do número de segmentos categorizados nas entrevistas. Um primeiro agrupamento, considerando as codificações dos blocos instituição, metodologias tradicionais, metodologias ativas, foi impresso. Em seguida, realizaram-se novos agrupamentos entre as subcategorias de modo que na discussão se pudesse levantar as semelhanças e as diferenças entre metodologias ativas e tradicionais, em cada subcategoria, buscando-se com isso obter maior visibilidade e proporcionar condições para interpretações.

4.5 Procedimentos éticos

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado que lhes foi apresentado (Apêndice A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados das entrevistas com os professores possibilitaram distinguir três categorias: instituição, metodologia tradicional e metodologia ativa. Estas proporcionaram o reconhecimento de subcategorias, as quais, por sua vez, permitiram caracterizar cada método de ensino, os papéis do aluno e do professor, a construção do método e os limites e possibilidades de cada metodologia.

Todos os entrevistados ressaltaram espontaneamente o contexto institucional no qual trabalham, razão pela qual a categoria *instituição* destacou-se como relevante no material coletado. De início sua importância não havia sido dimensionada, crescendo ao longo do trabalho.

A Figura 3 (a seguir) refere os processos de ensino e aprendizagem, mostrando as categorias e subcategorias, elencadas a seguir. Dentro da categoria *instituição*, são apresentadas as subcategorias *momento histórico* (mudança institucional, resistências às mudanças e liderança), *recursos* (didáticos e pessoais) e *currículo* (integrado e disciplinar). As categorias *metodologia tradicional* e *ativa* são apresentadas, e em seguida vêm as subcategorias *construção* de cada um dos métodos, distinguindo-se o *papel do professor* e o *do aluno* e o sentido das *avaliações*. Finaliza com *os limites e as possibilidades* dos métodos ativos de ensino.

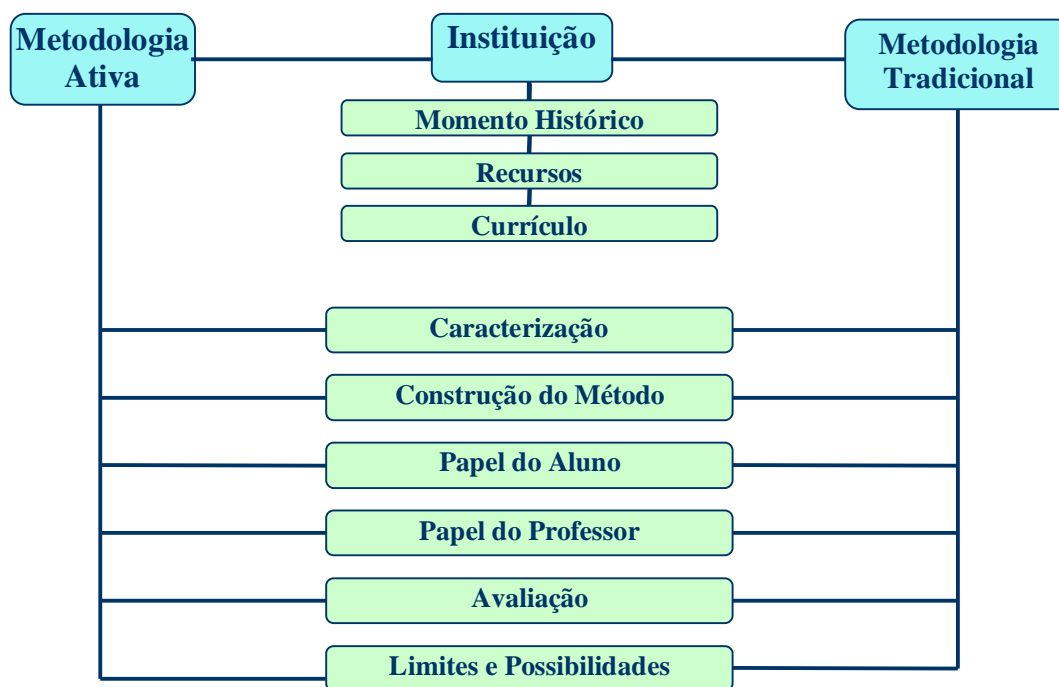


Figura 3: Processos de Ensino e de Aprendizagem.

Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

5.1 Instituição: momento histórico, currículos e recursos

Neste momento, em que é apresentada a categoria *instituição* e suas subcategorias, esclarecemos que na redação do texto, visando objetividade e clareza, foram omitidos erros grosseiros de concordância e vícios de linguagem nas falas dos entrevistados – preservando a fidelidade do conteúdo - uma vez que não se trata de uma investigação lingüística. Toda intervenção do pesquisador que não seja fala dos docentes entrevistados aparecerão em colchetes. O material é apresentado de modo dialógico, possibilitando maior aproveitamento das falas dos entrevistados. As falas referidas no texto a seguir, são a opção encontrada pelo pesquisador de trazer o máximo possível do referencial conceitual aqui proposto como alternativa a uma construção de outro texto, uma vez que estes referenciais estiveram nelas presentes.

5.1.1 Momento Histórico



Figura 4: Momento Histórico.
Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Referindo-se à história das mudanças institucionais ocorridas nas escolas de medicina de Marília e de Londrina, temos os depoimentos seguintes:

(...) Na FAMEMA nós começamos na década de noventa (...) com o projeto UNI - Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde, da Fundação *Kellogg*. Esse projeto foi desenvolvido por algumas escolas no Brasil (...) Marília foi contemplada, foi o grande impulsionador da mudança do tradicional para as metodologias ativas. (...) começou no início da década a capacitar professores, com cursos, líderes da comunidade e (...) estudantes. Esse projeto foi o que alavancou a mudança. Então, na época, nós recebemos capacitações com professores renomados de pedagogia. [Prof. Altair/FAMEMA]

...tudo foi facilitado pelo projeto UNI, da Fundação *Kellogg*, que em noventa e dois tinha lançado uma proposta para escolas médicas da América Latina de desenvolver atividades de ensino em conjunto com os serviços de saúde e com as comunidades. (...) Então a proposta do projeto UNI seria de levar os estudantes de medicina e dos cursos da área de saúde para serviços de saúde do município de Londrina (...) trabalhar em conjunto com as lideranças comunitárias e com os serviços de saúde existentes nessas regiões escolhidas. [Prof. Eloir/UEL]

Portanto, percebe-se uma ação organizada, mediada por um projeto internacional (financiada pela Fundação *Kellogg*), que em anos anteriores já havia oferecido recursos para outro projeto denominado Interação Docente Assistencial. A FAMEMA e a UEL tiveram seus projetos contemplados por aquela Fundação entre mais de vinte escolas de medicina, tornando-se escolas pioneiras nas mudanças no ensino médico.

5.1.1.1 Mudança Institucional

Falando sobre a implantação das mudanças para o modelo ativo, um dos professores referiu:

Nós fizemos a mudança radical. Introduzimos no primeiro ano, turma de noventa e sete. O segundo ano, noventa e oito, continuou no tradicional, até que um dia virou tudo. Qualquer mudança que nós fazemos nós introduzimos na primeira série. Aquela turma que está correndo corre daquele jeito até terminar o sexto ano. [Prof. Emir/FAMEMA]

O docente afirma, ainda, que não só os professores são fundamentais na mudança, mas os estudantes têm que participar:

Eles [os estudantes] têm muita dúvida: Será que esse negócio é bom? Será que lá na outra escola não é melhor? O professor vai lá e fala tudo pra gente. Lembre-se que eles foram educados nesse método [tradicional] desde o pré-primário, até entrar na faculdade. Então tem gente [estudante] que não agüenta... desiste do curso...

Em tempo, observe-se outra fala:

(...) nós começamos a tocar o currículo tradicional, o intermediário e o currículo novo que começou em noventa e oito. Então a gente tinha noventa e oito, 1ª série do currículo novo, a 2ª série, que era o intermediário; e eu tinha em noventa e oito a 3ª série que era totalmente tradicional. A gente tocou três currículos ao mesmo tempo. E eu lembro que na época a gente falava “olha nós estamos trocando o pneu com o carro andando”. Não dava pra parar a escola, mudar tudo. Então foi uma experiência bastante difícil. [Prof. Altair/FAMEMA]

E, ao ser questionado sobre o que poderia ter favorecido a implantação das mudanças institucionais, deu a seguinte resposta:

Uma das coisas que eu acho que favoreceu (...) é o fato da gente não ser uma universidade. Nós somos um instituto de educação superior (...) é um instituto isolado, é uma faculdade. Então, era menor a estrutura de departamentos; pra acontecer isso houve uma alteração em todo o regimento da FAMEMA. [Idem]

O depoimento a seguir parece coincidir com outro, de um entrevistado da mesma escola de medicina (e ainda, como se verá adiante, com a opinião de professores da UEL):

Aqui acho que foi possível [as mudanças] por uma série de coisas: (...) é uma escola pequena, a gente tem mais autonomia apesar de não ter todos os recursos financeiros, mas tem mais autonomia (...) ...dentro da universidade isso sempre gera um pouco mais de dificuldade, mas houve um empenho muito grande... Num primeiro momento eu acho que isso foi discutido com a comunidade, foi uma atitude bastante ousada por parte da direção na época, de implementar (...) gerou uma série de problemas que a gente vive isso até hoje, a questão administrativa, a gente tem problemas. (...) ...gente que não quer ser tutor, dificuldades pra se conseguir quem vá pra a comunidade, pra fazer esse tipo de atividade... [Prof. Eni/FAMEMA]

Em relação às mudanças, o depoimento a seguir refere que antes de introduzi-las foi realizado um criterioso e aprofundado estudo sobre as metodologias ativas:

Então, naquele momento, uma questão de compromisso da escola com o projeto, era uma mudança curricular. E aí necessariamente nós tivemos então que nos aproximar de metodologias, tivemos vários cursos pra identificar qual seria a metodologia que mais se aproximasse das nossas necessidades. [Prof. Neci/FAMEMA]

Este docente explica como foi o preparo da instituição para a aplicação das metodologias ativas, informando que uma forte capacitação docente foi implementada:

...vários docentes nossos foram... MacMaster, Maastricht, o berço de toda essa mudança. Conheceram lá, trouxeram... Então, num primeiro momento, nós fizemos uma discussão interna e começamos a trabalhar em alguns focos. Então, na Disciplina de Saúde Coletiva, só na disciplina. Alguns tutores começaram a trabalhar lá. A instituição, conforme a coisa foi crescendo, montou... (...) Nós organizamos um núcleo de educação continuada com o curso básico de capacitação de tutores.

Em Londrina quase simultaneamente ocorriam alterações no rumo das modificações do curso de medicina. Os seguintes depoimentos são ilustrativos, ambos do Prof. Juraci/UEL:

...em noventa e cinco começaram as inquietações; aprofundaram em noventa e seis e no segundo semestre de noventa e seis as pessoas foram para fora, já deixando uma idéia de que se precisava mudar. Com fóruns de debates, com participação de alunos, docentes, comunidade, funcionários do hospital e debates a respeito disso... não foi nada de cima para baixo, as pessoas puderam participar e dar a sua opinião livremente (...) E fomos para Maastricht, voltamos, daí criou-se uma comissão...

(...) A primeira coisa que nós fizemos foi procurar quais eram as doenças prevalentes em nossa região. O currículo deveria ser voltado para comunidade, conseqüentemente para as doenças mais prevalentes e em cima disso montamos um currículo centrado naquilo que nossos alunos de sexto ano deveriam sair preparados para atender nessa comunidade. Daí formou-se uma comissão que fez um currículo baseado nas necessidades da região.

O que o professor acaba de dizer coincide com o projeto político dirigido às necessidades de saúde da comunidade, que é objetivo das políticas de saúde em nível

nacional, tal como descrito na Constituição brasileira e apoiado pelo Programa UNI e outras organizações internacionais que apoiaram a Carta de Alma Ata de 1978.

Na mesma linha de argumentação, foi manifestado:

Para mudar foi enviado um questionário, uma pergunta para todas as disciplinas: Para formar o médico geral, quais os conteúdos mínimos necessários a sua disciplina? O que você acha que devam ser abordados neste novo curso? (...) Nós vamos trabalhar não mais por disciplinas, mas em módulos interdisciplinares e quais os conteúdos fundamentais da sua área que devam estar contemplados? [Prof. Eloir/UEL]

Junto com o preparo pedagógico, o estudo e a capacitação dos professores, outros aspectos são destacados nas falas do Prof. Irani/UEL:

Mas eu acho que a disponibilidade humana e o momento político que permitiu esta mudança foi fundamental.

Eu acho que foi assim, em 1992 se instalou o Projeto UNI e se começou a investir na capacitação de pessoas (...) se descobriu os potenciais para ir semeando, espalhando aos outros professores. Agora isso precisou ter uma liderança que conseguia enxergar isso... Eu ia, participava, mas eu não conseguia ter esta visão... teve que ter a questão da gestão mesmo. A gestão político-administrativa...

...foi um momento em que a universidade viveu, o Centro de Ciências da Saúde, junto com esse Projeto, com pessoas do Centro de Ciências da Saúde, assumindo cargos importantes na reitoria, na Pró-Reitoria de Pesquisa, na Pró-Reitoria de Ensino (...) Foram elementos que facilitaram. Porque você passar um projeto numa universidade onde é tudo tradicional, todos os currículos montados numa grade e conseguir aprovar isso, precisa ter também esse amparo, não só boa vontade.

Desse modo, o docente destaca a necessidade de uma mobilização ampla em muitas instâncias da academia, o que inclui organismos dirigentes e lideranças que dêem apoio sustentável às modificações. Destaca a situação particular da sua universidade, que é diferente daquela relatada no caso da FAMEMA. Além disso, é destacada a importância da participação de toda a comunidade acadêmica com um papel importante destinado aos estudantes: “...os alunos empurraram muito, até para a mudança curricular”.

Já a escola de medicina da UCPEL vive um momento de estruturação do seu curso e lá estão sendo feitas algumas mudanças de ajustamento do currículo tradicional. Então diz um de seus professores:

Não é uma coisa [mudanças pedagógicas] que nesse momento seja o carro-chefe. Nós estamos num momento anterior a esse. Uma coisa que, por exemplo, não havia e passou a haver, nos últimos três anos: não havia reuniões clínicas, reuniões clínicas em que todos os professores participassem, todos os professores emitissem sua opinião. Então, nós estamos num momento muito mais de construção de um grupo (...) isso como uma coisa do grupo, de pessoas estudando, a questão de metodologia, de pedagogia, não é uma ocupação do grupo no momento. [Prof. Darci/UCPEL]

5.1.1.2 Resistência às mudanças

Em relação à resistência às mudanças, vejamos o depoimento a seguir:

Então enquanto você tá com a cabeça no tradicional, você defende aquilo. Conforme você vai fazendo os cursos e vai sentindo que o estudante tá diferente, você começa a querer mudar. Ai você começa a ir atrás, a tentar entender um pouco melhor. [Prof. Altair/FAMEMA]

A resistência à mudança pode se relacionar com inúmeros fatores. Um deles pode estar ligado aos temores quanto à mudança de papel do professor, pois nas metodologias ativas ele tem uma participação diferente no ensino, deixando de ser o centro, perdendo um “certo brilho”, podendo isso pode ser difícil em relação, por exemplo, para a sua vaidade enquanto docente. Sobre esse aspecto, foi veiculado o seguinte comentário:

As mudanças passam pela personalidade do professor e de médico. Médico já é especial, né... Nós temos resistências... tem gente que aceita... não é unanimidade. Eu não sei se alguém te disse que é unanimidade isso e que todo mundo tá entusiasmado... não, tem gente que critica e pesadamente. [Prof. Emir/FAMEMA]

Em relação às resistências, observou-se também a oposição em relação às variadas disciplinas da escola, conforme o Prof. Altair/FAMEMA refere: “Então eu lembro, por exemplo, (...) da Disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma das disciplinas que a gente chama de “núcleo duro”, foi uma das últimas a mudar”.

Entretanto, o mesmo entrevistado fez uma observação importante em relação ao que encontrou entre acadêmicos de medicina, comparativamente aos de enfermagem:

Você percebe que na medicina é diferente... alguns pegam essa oportunidade e realmente fazem um cuidado diferente (...) outros não, eles simplesmente se recusam, falam: “ó, esse negócio aí do social não tem nada a ver, eu quero aprender o que eu tenho que aprender, porque na hora que eu sair daqui eu quero montar meu consultório e eu não vou usar nada disso”.

Ainda em sua fala, refere que outros estudantes dizem: “áh, isso é coisa de preventólogo, isso é coisa de doido, não sei o quê...”.

As resistências são reiteradas e se renovam ao longo dos anos, evidenciando o quanto é difícil a realização de mudanças que estão fortemente presentes na cultura das escolas de medicina. Nesta linha, aponta também que: “Dez anos depois a gente ainda têm resistências,

(...) ainda têm grupos que... (...) ...não é que não acreditam, mas talvez porque era mais fácil...”. Idéias similares são apresentadas por outro professor, em seu depoimento:

E o que a gente percebe é que o aluno de medicina tem um pouco mais de dificuldade em sair do biológico, em perceber que o paciente tem outros aspectos que não só o biológico. E a gente acaba tendo um pouco mais de... a necessidade de investir um pouco mais nesses alunos pra que eles entendam. A própria atuação na comunidade, eles têm um pouco mais de dificuldade de aceitar, porque muitos vêm com aquela idéia do consultório, muitos vêm com aquela idéia do atendimento individualizado, numa clínica. E hoje a gente sabe que a necessidade de se treinar o profissional pra trabalhar com a população, pra trabalhar com a Unidade de Saúde da Família é muito grande, porque toda a organização da saúde no Brasil, ela passa muito pelo Programa de Saúde da Família. [Prof. Neci/FAMEMA]

Em Londrina as resistências também não foram pequenas, diz o Prof. Juraci/UDEL: “E depois de muita briga e muita resistência, ainda temos, dez anos depois, resistências fortes (...) nós implantamos a metodologia e aí vêm vários [outros] motivos de resistências...”.

Na mesma linha das resistências, manifesta-se este entrevistado no sentido de que...

...muitos professores [são] resistentes, [há] muitas críticas e houve setores (...) que tiveram muita dificuldade pra participar realmente da construção conjunta dessas atividades e depois ficaram reclamando que não tem “isso” e nem tem “aquilo” no curso, mas quem tem que ensinar “isso” ou “aquilo” é você, é tua área e porque é que vocês não tão aqui? [discutindo] (...) Eu acho que hoje a gente tá bem mais equilibrado do que nos primeiros anos. Nós tivemos muitas dificuldades iniciais. Então, eu acho que essa mobilização interna é fundamental. [Prof. Eloir/UDEL]

Um aspecto que os cursos de medicina e a academia sempre priorizaram, foi o dos seus critérios de avaliação interna, no sentido que se os alunos atingiam os objetivos curriculares e obtinham boa classificação nos concursos, nada mais necessitaria ser feito do ponto de vista do projeto didático-pedagógico. Então, compreende-se melhor uma questão de fundo constante na fala de diversos professores: “Por que mudar? Porque, se o curso sempre foi tão bom do jeito que ele é, porque mudar? Para que mudar?”.

No caso da UEL (e em certa medida aplica-se às outras), as mudanças sempre desencadearam angústias e temores, que foram enfrentados com a mobilização da comunidade acadêmica e a partir de negociações:

Hoje em dia a gente pode dizer quase que a maioria dos professores [aceita]; no começo foi mais difícil pra conseguir a mudança curricular dentro da universidade. A primeira negociação foi [a de que] (...) que não mexam no internato médico... Depois que o currículo foi indo e [na medida que] os alunos vão chegando no internato, também começa a ter uma pressão dos próprios alunos. E aí [os professores] começaram a vir. [Prof. Irani/UDEL]

5.1.1.3 Liderança

As mudanças institucionais necessitam de um gestor que as instrumentalizem, interpretando as aspirações e utilizando os recursos disponíveis para implementá-las.

A seguir é apresentado o esquema gráfico da liderança nas escolas de medicina, e comentado logo adiante.

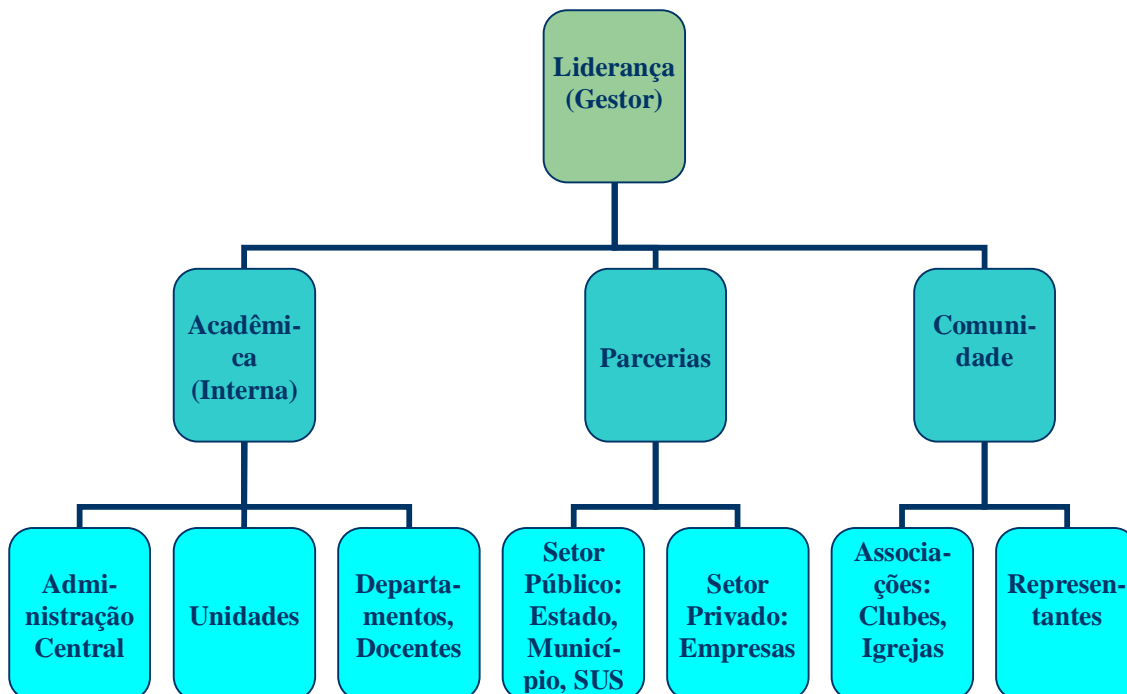


Figura 5: Liderança.

Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Um processo de mudança institucional (no seu sentido mais amplo - pedagógica, de currículo etc.) transcende ao exercício de liderança de uma única pessoa. Como se observa através dos relatos que seguem, este processo tem um desenvolvimento histórico sobre o qual se ampara e se nutre. Foi assinalado anteriormente que as mudanças foram estabelecidas por lei via DCN, entretanto é o gestor que faz a articulação dos interessados na sua implementação.

Para o funcionamento de uma escola de medicina voltada às necessidades de saúde da população, além da liderança acadêmica junto aos departamentos e aos docentes, é indispensável uma boa relação com a administração central da universidade (ou faculdade), bem como com as demais unidades de saúde. O gestor necessita ainda, formar parcerias com outros setores do serviço público, principalmente municipal, uma vez que a saúde foi municipalizada conforme a disposição da Constituição Federal (CF/88).

O setor privado também deve ser incluído nas parcerias e a comunidade deve participar ativamente na eleição das prioridades de saúde que constituem importante referencial à organização dos programas de saúde e de ensino.

O gestor, portanto, tem um papel de grande complexidade e deve exercê-lo com adequada habilidade política e institucional, aspecto destacado em uma das falas:

...sentaram juntos o pessoal da secretaria de saúde municipal, secretária estadual... e as lideranças do Centro de Ciências da Saúde, foram convidados os coordenadores dos cinco colegiados para elaborarem uma proposta para Fundação *Kellogg* visando uma atuação conjunta com os serviços de saúde e a comunidade... [Prof. Eloir/UEL]

Em Londrina (UEL), na medida em que se construía o novo modelo de funcionamento, com a participação de toda a comunidade acadêmica, através de inúmeras comissões em que se discutia e aprofundava o Projeto Político e Pedagógico - PPP, eram aprovados os instrumentos regimentais⁸⁵ que configurariam o curso conforme o novo modelo que se implementava.

As mudanças são sempre difíceis, qualquer que seja o modelo pedagógico adotado em um curso de medicina. No caso de Pelotas, que mantém o modelo tradicional, importantes ajustes foram feitos no curso de psiquiatria quando um novo coordenador assumiu. Foi o que retratou o Prof. Darci/UCPEL: "...a sensação que eu tinha era que eu andava dois passos, daqui a pouco voltava dois, andava três, voltava quatro; e teve um momento em que os alunos reclamaram e foram para a Reitoria, então, eu fiquei como negociador".

Consciente de seu papel como gestor, este professor intermediando entre reitoria, alunos e professores, freqüentemente dizia: "o meu papel é apresentar uma proposta pra que isso funcione melhor".

5.1.2 Recursos

A Instituição também necessita disponibilizar um conjunto de recursos que são indispensáveis ao desenvolvimento das metodologias ativas. Na medida em que os alunos são incentivados a buscar ativamente o conhecimento, a instituição deve favorecer o acesso dos alunos aos recursos didáticos e de pessoal.

A Figura 6, a seguir, traz um diagrama dos recursos didáticos e humanos.

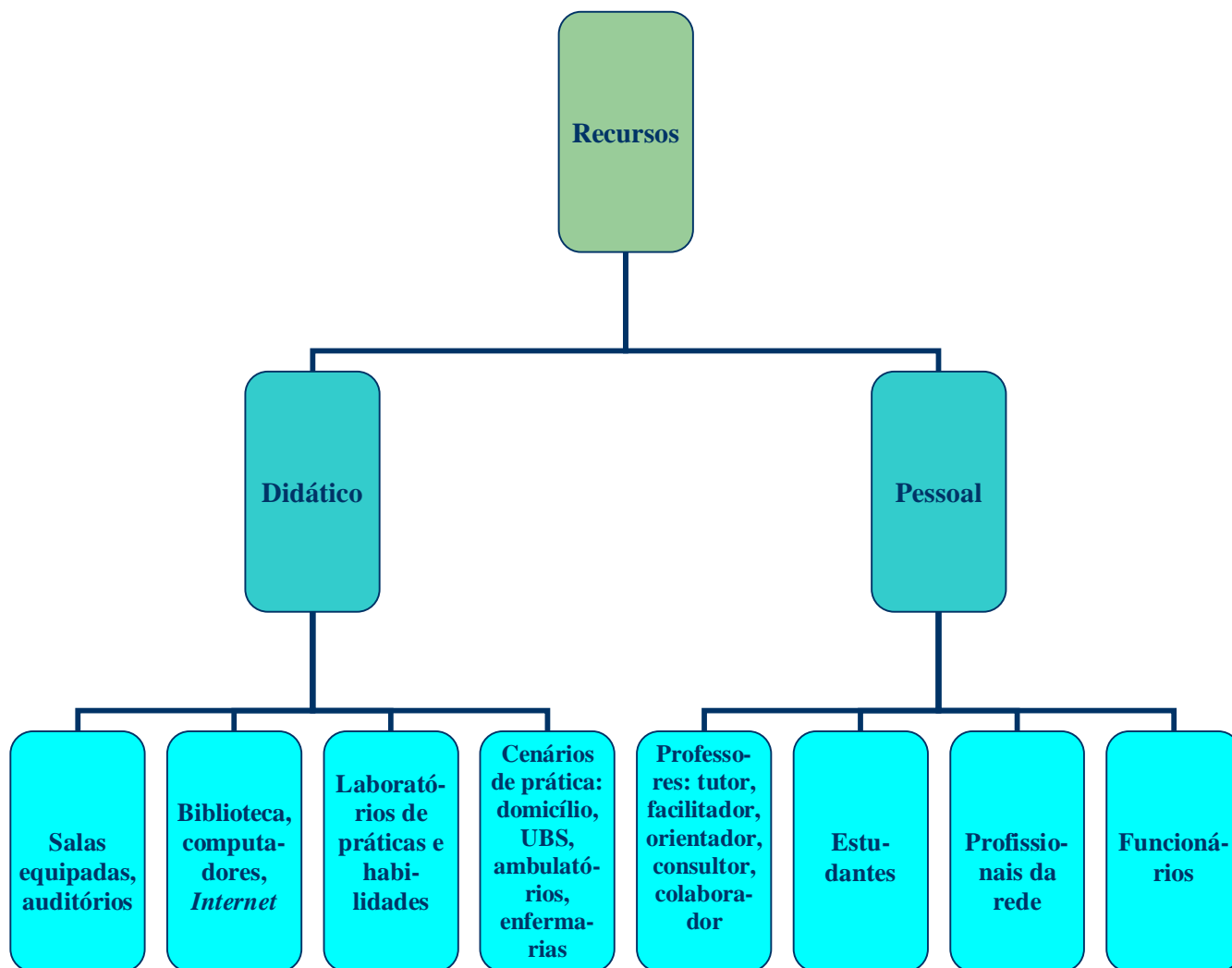


Figura 6: Recursos.
Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

5.1.2.1 Didático

Nas metodologias ativas os alunos trabalham em pequenos grupos, por isso são necessários alguns recursos, por exemplo, salas adequadas e em maior número suficientes para reunir grupos de oito e dez alunos. Neste sentido:

...você precisa de um número muito maior de salas. Por exemplo: se você leva uma turma... eu lembro quando eu estudava aqui nessa escola, cada série tinha uma sala, hoje não dá pra ser assim. Então, é um quebra-cabeças, às vezes é difícil. E nós temos também a questão do laboratório que utiliza um monte de salas, laboratórios de prática. [Prof. Eni/FAMEMA]

Em salas menores são realizados os grupos de tutoria. Conforme o Prof. Irani/UEL: “são salas pequenas com mesas, porque no grupo tutorial você discute numa mesa, são oito alunos e o professor; então mesa para... nove, dez pessoas; uma mesa oval...”.

A biblioteca constitui num recurso indispensável. Necessita ser muito bem equipada com vários exemplares de obras básicas, periódicos e sempre que possível informatizada.

(...) se a gente incentiva o aluno a buscar a literatura e diversificar a literatura, nós precisamos de uma biblioteca que seja muito bem equipada, né. A idéia é que os alunos não trabalhem com uma literatura só (...) um serviço de informática também muito estruturado, porque a gente utiliza demais a *internet* na busca de artigos. Nós precisamos de um acervo de revistas grande. Então, o investimento em biblioteca, ele é essencial. [Prof. Neci/FAMEMA]

Coincidindo com a opinião anterior, refere o Prof. Juraci/UEL:

Como a gente orienta os alunos desde o primeiro momento a procurar a sua própria maneira de estudar e buscar o conhecimento, biblioteca é fundamental e hoje uma biblioteca, além de livros, tem que ter computador disponível pra os alunos, não para cada aluno, mas tem que ter computadores para eles acessarem a *internet* e fazer suas pesquisas bibliográficas. Então a biblioteca é um investimento maior.

Os laboratórios de prática profissional e de habilidades são recursos utilizados pelos alunos a partir da segunda série do curso. Neles são realizadas entrevistas com pacientes simulados, antes mesmos dos estudantes iniciarem as práticas com pacientes reais. Estes pacientes simulados, indica o Prof. Eni/FAMEMA, “(...) são funcionários aposentados do hospital ou não, pessoas da comunidade que foram contratadas para esse fim”.

A aproximação da escola junto aos serviços de saúde do município proporciona aos alunos um cenário de prática diversificado. Esta ação visa colocar o aluno junto de pessoas que ainda não desenvolveram a doença, possibilitando-os, por conseguinte, desenvolver ações de promoção da saúde. Nesse sentido, assim manifestou o Prof. Neci/FAMEMA:

Você tem necessariamente de trabalhar junto com a rede municipal ou a rede de atenção básica, nosso caso aqui é a rede municipal. Porque se você pensa na questão do ensino voltado à prática, partindo da prática, necessariamente você precisa de um local pra que eles possam desenvolver suas atividades.

E ainda:

A 1ª e a 2ª séries (...) estão muito em cima da saúde da família, nós precisamos da rede municipal (...) Nós precisamos de um ambulatório organizado pra receber

esses alunos, dependendo do momento curricular que eles estão. Então, a infraestrutura de assistência pra que ele possa desenvolver a prática profissional é muito importante.

Reportando-se às atividades que são desenvolvidas pelos alunos, ou mesmo pelos docentes, explica:

Dentro da unidade de prática profissional, o mecanismo, ele é praticamente o mesmo do que acontece dentro da tutoria. Eles vão até a casa, fazem uma coleta de dados, fazem uma história daquela família ou de um indivíduo, quando há necessidade de focalizar pra um indivíduo, por exemplo, numa situação de doença. Voltam com um monte de dados pra unidade de saúde. Lá se discute com o grupo junto com os facilitadores, levantam-se questões de aprendizagem (...) tem um momento de busca, os alunos vão pra biblioteca, vão pra *internet*, vão pras fontes de dados, estudam, retornam pra uma discussão, entendem aquilo que está acontecendo e propõem mudanças. Então esse aluno, quando ele volta pra essa família, ele volta pra interferir naquele problema que foi identificado.

Outro recurso necessário é um auditório para reuniões de grande grupo. Assim indica diz o Prof. Eloir/UEL: “De vez em quando a gente precisa de uma sala pra oitenta alunos, quando a gente faz conferências”.

5.1.2.2 Pessoal

O recurso pessoal é constituído basicamente pelos professores que têm, dependendo da sua função, a denominação *tutor*, *facilitador*, *orientador* ou *consultor*. Os profissionais da rede de saúde do município também colaboram nas atividades de ensino e são denominados *colaboradores*. Entre eles, a participação dos agentes de saúde é bastante relevante pelo fato de que os alunos, junto com os professores e na companhia dos agentes comunitários, fazem visitas domiciliares. Como diz o Prof. Eni/FAMEMA:

Com a Secretaria Municipal... nós trabalhamos em parceria. (...) Normalmente a gente utiliza um professor da academia e um profissional, um professor colaborador da rede. (...) É um trabalho em conjunto. (...) Pra fazer visita domiciliar vou junto com os agentes comunitários, com o estudante, faço visita em domicílio... a gente faz um revezamento.

Os estudantes constituem um recurso pessoal ao mesmo tempo em que eles são sujeito e objeto do ensino. Na metodologia ativa de ensino o papel do estudante é ativo, ao contrário do papel que eles exercem no ensino tradicional, onde são ouvintes e repetidores dos conteúdos oferecidos já prontos pelos professores. Então, o papel do aluno na metodologia

ativa, como será descrito mais adiante (vide 5.3.1), é muito importante e sua participação é muito valorizada e criteriosamente avaliada.

5.1.3 Currículo

O diagrama abaixo mostra os dois tipos de currículos e as práticas pedagógicas por eles utilizadas.

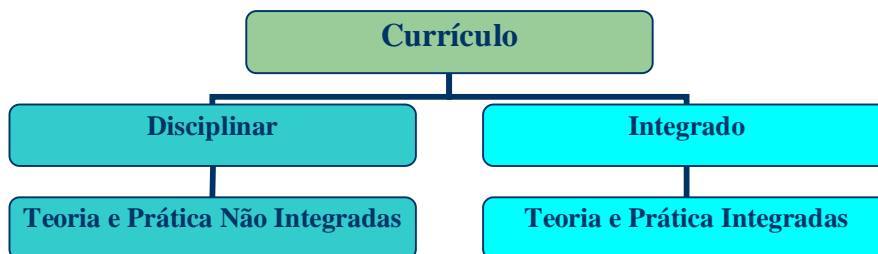


Figura 7: Currículo.

Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Como os alunos, em sua grande maioria, desde o ensino fundamental e ao longo da vida estudantil, estão acostumados com o ensino tradicional, podem inicialmente não suportar a proposta do modelo ativo. Esta é a razão do seguinte comentário:

...tem gente que não agüenta... desiste do curso... é uma minoria, mas tem gente que não agüenta. Muitos necessitam de auxílio, de suporte emocional para isto, daí nós temos Núcleo de Atenção ao Discente, que chama NUAD. Todos os estudantes da 1ª série são entrevistados no primeiro ano e eles têm liberdade de procurar o serviço na hora que sentirem necessário. E também nós temos um programa de orientação de estudantes. Cada professor dessa escola fica orientador de quatro estudantes (...) até que se formarem. [Prof. Emir/FAMEMA]

Cientes de que os alunos não conhecem o modelo integrado de método ativo de ensino, e que podem existir muitas dúvidas sobre a qualidade do curso, a UEL adota o seguinte procedimento para esclarecer aos alunos logo no início do curso, como referiu o Prof. Eloir/Uel: “Primeiro módulo da medicina, que é o de introdução ao curso, que é basicamente pra orientar os alunos e contextualizar essa nova metodologia, como é que nós vamos trabalhar com isso”.

A organização do currículo demandou muitas discussões na comunidade acadêmica. Depois do módulo introdutório, que consistia na orientação aos alunos e contextualização da nova metodologia, levantou-se a seguinte questão: como vamos organizar os módulos, por sistema ou por ciclo vital?

5.1.3.1 Integrado

Consensualmente, nas escolas de medicina da UEL e da FAMEMA, optou-se pela organização dos módulos pelo ciclo vital, ficando desta forma delineada a parte teórica do currículo. Sobre o assunto, se manifestou a Prof. Eloir/UEL:

O segundo módulo já é o módulo de concepção e formação do ser humano, isso fez com que já, logo no segundo módulo. (...) o pessoal da ginecologia e obstetrícia sentasse com o pessoal do básico que discute a embriologia... Então essa questão da integração - básico-clínico - é contemplada (...) a parte teórica tava mais ou menos bem desenhada (...).

O módulo ainda dispõe de práticas em laboratórios, ambulatórios e nas enfermarias do hospital.

Como o currículo está voltado para inserção do aluno na comunidade, buscando colocá-lo próximo do contexto social, explicou o Prof. Irani/UEL que buscou-se:

...valorizar as habilidades médicas e também a habilidade de comunicação, a habilidade na relação médico-paciente. Não que isso não tivesse antes no currículo tradicional, existia uma Disciplina de Psicologia Médica, onde este foco era numa única disciplina, no segundo ano, no currículo antigo... Era uma inserção precoce em relação a necessidade de uso por parte do aluno... E depois ficava muito, conforme o exemplo de cada professor, sem ser sistematizada.

A relevância atribuída às habilidades, no currículo integrado orientado para as competências, ficou bem marcada pelo comentário do mesmo entrevistado, ao referir:

...dentro da parte de habilidades, inclui a semiologia, a parte do exame físico, a parte de procedimentos, e a parte de comunicação (...) está presente do primeiro ao quarto ano (...) uma vez por semana que eles têm esta atividade de habilidades, durante quatro horas. Com a seguinte distribuição: semiologia representa 50% da carga horária, 25% para procedimentos, 25% para comunicação (...) durante os quatro anos. (...) Dentro do próprio módulo têm os grupos tutoriais e pelo menos uma palestra por semana.

Outro ponto destacado foi o seguinte:

O internato são dois anos com os alunos do quinto e do sexto ano... Eles são jogados no internato, como todas as escolas... O que acontece (...) aí é que eles vão fazer estágio de campo e é aí que eu acho que faltou alguma coisa... Acho que juntar essa teoria com a prática tem que começar do primeiro ano ao sexto ano e eu sinto que ocorre o seguinte: do primeiro ao quarto você até consegue trabalhar um pouquinho e vai um pouquinho para prática e teoriza, a prática e teoriza [repete], dá esse espaço para ele falar do sentimento, o que é que aconteceu... (...) Você teria

que dar esse espaço para ele falar do seu sentimento após cada prática [critica, pois acredita que isso não ocorra no internato]. [Prof. Edir/UEL]

Abordando a aproximação da FAMEMA com as metodologias ativas, que se desenvolvem dentro do currículo integrado, o Prof. Neci/FAMEMA disse:

...a partir daí a gente começa a discutir e experimentar a Problematização no curso de enfermagem e o PBL no curso de medicina e depois automaticamente o currículo foi mudando e a nossa escola está toda organizada em cima das metodologias ativas em si. Nós não temos mais, curricularmente, nenhuma atividade dentro do ensino tradicional.

Outra característica do currículo integrado é a interação que existe entre os professores e deles com a instituição. Neste sentido aponta o Prof. Eloir/UEL: “...antes não havia nenhuma necessidade de toda essa interação como hoje nós temos; essas necessidades de sentar junto, trabalhar junto... e tem alguns setores que é mais fácil de trabalhar, com outros setores é mais difícil (...)”.

Nas unidades sistematizadas são trabalhados os conteúdos teóricos através dos grupos tutoriais que utilizam o ABP/PBL. A partir de situações-problema trazidas da prática profissional, o grupo desenvolve seu trabalho de ensino. Na FAMEMA, como na UEL, o programa de ensino é semelhante até o quarto ano, conforme descrito a seguir:

No primeiro ano a gente faz essa primeira discussão o que é uma... como acontece a comunicação... o que é que interfere na comunicação. No segundo ano a gente trabalha as diferentes fases de vida; então eles entrevistam mães de crianças, adolescentes, adultos e a gente discute com eles (...) têm algumas conferências sobre características na adolescência etc. E no terceiro ano é mais para o pessoal da psiquiatria, que trabalha com pacientes de difícil manejo, por exemplo, a questão da adesão ao tratamento, a qualidade de vida de doentes portadores de doenças crônicas ou doenças limitantes etc. No quarto ano a gente discute como dar más notícias (...) têm umas conferências sobre como reconhecer crianças com maus tratos, como informar óbito e algo relacionado à doação de órgãos. Basicamente esse é o programa básico ao longo dos quatro anos. [Prof. Neci/FAMEMA]

O currículo integrado une interdisciplinarmente a teoria com a prática. Na FAMEMA, a parte prática encontra seu amplo desenvolvimento na Unidade de Prática Profissional – UPP, e sobre ela manifestou-se o Prof. Neci/FAMEMA:

A Unidade de Prática Profissional, ela é desenvolvida no campo prático. 1ª e 2ª séries, nas Unidades de Saúde da Família. Aí a 3ª série, já mais voltada pro hospital, (...) pra ele ter experiência a nível primário, secundário e terciário, de assistência. A gente acaba trabalhando essas duas metodologias [a Problematização e PBL].

Em relação à parte prática do currículo integrado, outro docente fez o seguinte comentário:

[Na] parte prática surgiu, então, a proposta de se fazer paralelamente aos módulos temáticos, os treinamentos de habilidades clínicas. Um profissional tem que saber fazer uma anamnese, fazer um exame físico, fazer uma intervenção, uma sutura. (...) Então foram se organizando paralelamente aos módulos temáticos, módulos de habilidades clínicas e atitudes. Ao mesmo tempo também se montou a prática em serviços e aí surgiram os módulos PIN, (...) é a sigla até hoje, Práticas Inter-institucionais, que são os nossos serviços básicos da saúde. [Prof. Eloir/UEL]

Nos serviços básicos de saúde, os estudantes fazem seus relatórios a partir das observações junto às famílias, nas visitas domiciliares:

(...) O estudante faz [relatórios de forma] independente (...) nós não estamos juntos quando ele faz a observação. Ele nos traz o relatório da atividade e a gente já indica umas referências e pede que nesse relatório ele, num primeiro momento, descreva o contexto, onde, quando e como ele fez aquela observação; depois o que ele observou e que depois (...) relacione com a literatura que foi indicada ou outras referências bibliográficas, o que ele acha que aconteceu nesse momento de... [observação]. [Idem]

Nesta atividade prática os professores lançam mão da metodologia da Problematização, baseada no Arco de Magueres (vide item 2.3), como referido pelo mesmo professor, que relatou:

...na verdade, nós não temos o fechamento do Arco aí... nós não temos interferência em cima... intervenção... nós temos a visão do estudante e discutimos em cima da visão do estudante, confrontando isso com a literatura. Na verdade, nós não fazemos o Arco de Magueres completo, que seria estudar a situação e fazer uma intervenção (...) propor e fazer, realizar uma intervenção, isso nós não estamos fazendo.

O currículo integrado muitas vezes encontra alguns impedimentos, tal como relatado por este docente: “a gente deveria estar indo junto com eles nas enfermarias onde eles fazem anamneses, histórias clínicas, exames físicos e... mas aí têm dificuldades de horários, também de disponibilidade de alguns professores...”.

5.1.3.2 Disciplinar

O currículo disciplinar caracteriza-se por um conjunto de disciplinas que são apresentadas ao longo do curso de uma maneira um tanto isolada uma das outras, havendo pouca integração entre elas e delas com a própria instituição. O trabalho isolado pode levar a

algumas distorções como, por exemplo, repetições de conteúdo, ênfase em alguns temas da preferência do professor, sem considerar a relevância do contexto de saúde. Sobre o tema, um professor que pretendia fazer alterações no programa de ensino da sua disciplina, deu o seguinte depoimento: “...não existe mais a idéia do dono da disciplina... existe a idéia nossa de um grupo, que vamos coordenar todos esses conteúdos e todas essas disciplinas... não existe mais essa idéia da propriedade da disciplina.” [Prof. Darci/UCPEL].

Muitas vezes o isolamento de um professor, há muito tempo vinculado a uma disciplina, pode levar ao equívoco de pensar que ele é de fato o “dono da disciplina”. As dificuldades para fazer os ajustes prendem-se ao receio de que os professores serão esvaziados pelo desejo de mudança dos coordenadores. Sobre isto referiu o mesmo professor, ao dizer que “...um era dono de uma disciplina, outro era dono de outra; então, essa operação de desmanche fazia com que algumas pessoas vivenciassem uma grande perda”.

No contato com este entrevistado foi evidenciado um grande esforço no sentido de fazer modificações necessárias ao bom desenvolvimento do curso que enfrentava dificuldades: “era uma disciplina, os alunos tinham terror, eram cobrados (...) as provas eram feitas de forma tal que o cara tinha que saber um parágrafo perdido lá no livro texto e falar com aquela língua que não é exatamente a língua a que estão habituados (...)”.

Como dito, no currículo disciplinar o professor - que é o centro do ensino - se esforça para reter a atenção dos alunos. Entretanto, pode não ser suficiente todo o preparo e esforço após uma hora de aula magistral. Além disso, neste currículo os alunos podem estar desinteressados da matéria, uma vez que, com o foco nas especialidades, costumam destinar suas energias para disciplinas específicas, i.e., de acordo com uma ou outra especialidade por ele pretendida. Resulta disso que os alunos podem estar presentes a uma aula mais por uma exigência curricular do que por uma motivação de aprendizado. Refere ainda aquele professor:

...tu estas dando aula, às vezes, pra um grupo de 80, 90% que tão ali só pra se ver livre de ti (...), pra um cara que pouco importa [aquilo que está sendo dado] se ele vai ser traumatologista, (...) não vai ter uma utilidade, eu me sinto muito mais vivo e útil conseguindo estabelecer uma interlocução com o grupo como um todo (...)

5.2 Métodos de ensino

A caracterização, a construção e a avaliação dos métodos de ensino possuem peculiaridades, que serão apresentadas a seguir, estabelecendo-se uma relação com os depoimentos dos professores consultados.

5.2.1 Caracterização

O ensino tradicional caracteriza-se pela reprodução do conhecimento científico estabelecido e é praticado de forma muito semelhante na maioria das escolas de medicina, cujo currículo costuma caracterizar-se por apresentar primeiramente a teoria e posteriormente a prática. Os primeiros anos do curso estão voltados para o ensino básico, enquanto os últimos são direcionados ao ensino profissionalizante. Desenvolve-se através de disciplinas que visam proporcionar aos alunos conhecimentos, habilidades e atitudes⁸⁶.

As aulas teóricas são geralmente oferecidas a grandes grupos chegando a oitenta estudantes. Estes são ouvintes, enquanto os professores comunicadores ativos, que transmitem seus conhecimentos. Neste modelo, devem estimular os estudantes e tornar as aulas agradáveis e dinâmicas.

Já a prática clínica, costuma ocorrer a partir do quarto ano do curso. As aulas práticas são oferecidas em pequenos grupos de alunos, com um instrutor que faz demonstrações através de exames clínicos e de procedimentos.

Uma característica marcante do método tradicional é a relação mantida entre professores e alunos, e as atitudes correspondentes diante do processo ensino e aprendizagem. Desta forma, como dito, ressalta-se que o papel desempenhado pelo aluno é passivo, cabendo ao professor o papel ativo, oferecendo conhecimento selecionado e pronto ao estudante. Assim o docente informa, o aluno registra, havendo pouco estímulo à discussão, que geralmente limita-se a esclarecer o que foi apresentado ou aquilo que merece melhor explicação. Não há um problema novo a ser resolvido, criado em decorrência do próprio estudo. O professor já traz o conteúdo pronto aos alunos, suas aulas são previamente preparadas e ele esclarece dúvidas ou complementa algum ponto.

Assim, o currículo organizado sob forma de disciplinas, estimula a compartimentação do conhecimento.

Diz o Prof. Juraci/UEL, que atualmente trabalha com metodologias ativas de ensino: “Antes era muito compartimentado: o aluno guardava em caixinhas a fisiologia, a anatomia, a

farmacologia e ele não sabia integrar as informações; ele estudava para prova aquela matéria específica e ele não fazia a integração”.

Possivelmente esse isolamento das disciplinas levou a uma crescente fragmentação do estudo da medicina, celebrado pelo estímulo cada vez mais aprofundado às especializações, levando ao médico saber muito de quase nada. Por consequência, o médico corre o risco de perder a pessoa do paciente, restringindo-se apenas a uma parte dela.

Os professores ministram suas aulas sem uma participação maior no conjunto da escola. Isso leva a um isolamento do professor, que muitas vezes trabalha de modo bastante diverso dos demais em relação a uma mesma disciplina. Como refere o Prof. Walderez/UCPEL: “Eu tenho uma coisa muito minha assim, muito empírica, muito pessoal”, como justificativa de uma liberalidade exacerbada, como se atender a um método significasse ficar engessado por ele.

Lembrando-se da sua experiência no ensino tradicional, o Prof. Emir/FAMEMA indica que:

A medicina como me foi ensinada, era muito chata. No primeiro ano era anatomia, embriologia, histologia e aquelas outras disciplinas. No segundo ano, fisiologia, bioestatística... Depende da escola, muda, mas é assim, tudo isolado, sendo que em cada disciplina davam aquilo que achavam que era importante, sem articulação com as outras disciplinas. O professor de anatomia tava dando músculo, o professor de embriologia falando de desenvolvimento do sistema genito-urinário. Eu ficava super aborrecido com isso. Agora, quando chegava a hora da semiologia que tinha que usar esse conhecimento, já tinha esquecido.

Essa desvinculação da teoria com a prática é um aspecto também assinalado pela Prof. Edir/UEL, ao dizer: “...o que a gente fazia: dava toda uma teoria e deixava no quinto e sexto ano para fazer a prática.”

Isso sem dúvida poderia dificultar a integração dos conteúdos para os alunos que buscavam fazê-lo nos estágios profissionalizantes, em que está a parte prática. Possivelmente em decorrência da possibilidade da integração dos conhecimentos, os estudantes freqüentemente manifestavam a preferência pela parte profissionalizante (clínica) mais próxima da prática profissional. Nos métodos ativos, por outro lado, vem em primeiro lugar a observação e a prática.

Nessa direção a comparação:

...você aprende a jogar tênis, não lê o livro de nenhum técnico de tênis... o técnico fala: “vem aqui no campo, segura assim...”, tal e tal. Depois que eu tiver uma certa prática... é claro eu tenho que me instrumentalizar com os conhecimentos teóricos que me expliquem isso aqui que eu faço. E isso está escrito naquele livro de Introdução às Obras de Melanie Klein, da Ana Segal. Na introdução diz [que] a

teoria psicanalítica se origina da experiência psicanalítica. Portanto, serve pra explicar a prática. E a teoria médica ou de qualquer ciência, origina[-se] sempre na prática, porque as coisas estão aí. [Prof. Emir/FAMEMA]

O Prof. Juraci/UEL, sobre o mesmo ponto, se pronuncia do seguinte modo:

...quando eu passo a estudar pela metodologia ativa, eu aprendo anatomia aplicando a anatomia já numa coisa... num paciente que eu vou cuidar logo em seguida; eu aplico a farmacologia numa doença e entendo porque eu estou usando aquele remédio, porque é que aquele remédio tem efeito colateral e como esse efeito colateral vai agir no meu paciente ... eu guardo muito mais facilmente e fica mais interessante pra aprender.

Com relação à técnica a ser observada na ABP/PBL, os seguintes comentários foram feitos pelo Prof. Emir/FAMEMA: “são os mesmos passos que a medicina baseada em evidências recomenda (...) que é uma forma palatável de falar do método científico.”

Antecipando um pouco o próximo ponto (5.2.2), da construção método ativo, acrescenta ainda:

A tutoria estimula os estudantes, discutirem um problema pra descobrir qual é a parte que eles conhecem, qual é a parte que não conhecem, qual é a dúvida... É o início de uma pesquisa, é uma dúvida. Essa dúvida eles são obrigados e estimulados a transformar em perguntas de pesquisa. Depois discutem como buscar respostas pra essa pergunta. Onde vão fazer a busca? Nos livros, nos periódicos, na *Internet*, no *Google*, na *Medline*, na *Mbase* e assim por diante... Quem constrói o conhecimento é o próprio estudante.

Buscando ainda caracterizar as metodologias ativas, outro docente se pronuncia no sentido de que:

Metodologias ativas é um instrumento, são estratégias que se usa pra poder conseguir um currículo integrado e centrado no estudante. Eu acho que o que está por trás é você mudar a idéia de como é o ensino (...) não da teoria para a prática, mas da prática para a teoria. E aí você tem por trás de tudo isso, a aprendizagem significativa... A forma de você conseguir isso é pelas metodologias ativas. A escola aqui, ela começou com a ABP e hoje nós temos não só a ABP, utilizamos a Problematização também. [Prof. Eni/FAMEMA]

A Prof. Eloir/UEL, indica: “...no início o nosso curso foi tachado como curso PBL; a gente não acha que o nosso curso usa só metodologia PBL; nós também utilizamos o PBL, mas, por exemplo, nessa ida para as Unidades Básicas a gente utiliza muito mais a Problematização...”.

Seja qual for o método ativo utilizado, o estudante é capacitado para realizar a busca do conhecimento. O papel do professor é o de estimular o estudante a buscá-lo, ao invés de oferecê-lo já pronto.

5.2.2 Construção dos métodos

Elaborou-se um esquema representativo dos métodos de ensino e aprendizagem (ativo e tradicional), tal como se compõem em sua estrutura, que apresentamos abaixo.

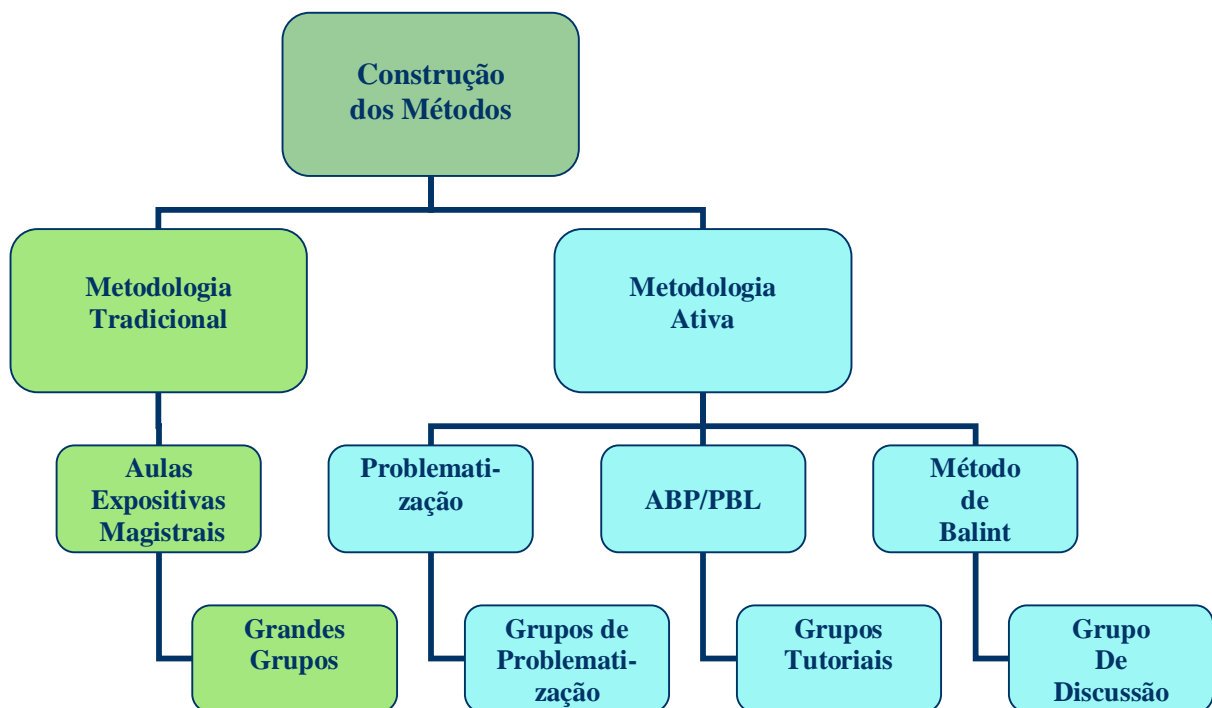


Figura 8: Construção dos Métodos.
Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Em momentos anteriores foi referido que no método tradicional o professor tem um papel central, sendo ele quem oferece o conteúdo, ao passo que os alunos tendem a ser meros ouvintes em relação à construção do conhecimento.

O ensino tradicional tende a ser em geral mais distanciado dos pacientes nos primeiros anos do curso, com acento em disciplinas básicas dissociadas da clínica, genericamente bastante teórico, com uma difícil integração que seria obtida ao tempo da parte profissionalizante do curso, quando os alunos tivessem contato com a parte clínica e cirúrgica.

Neste método de ensino, baseado no currículo disciplinar e em regime departamental, verifica-se pouco diálogo entre os departamentos. Frequentemente o plano de ensino de uma disciplina não dialoga com o de outra do mesmo departamento, menos ainda em relação a departamentos diversos (nas situações em que poderia existir). Há pouco intercâmbio e os professores geralmente trabalham sozinhos o conteúdo que lhes compete em cada disciplina, em decorrência do isolamento a que estão sujeitos. Os professores, ao sentirem a necessidade de integração, buscam criar na prática atividades para que isso aconteça, às quais dependem da iniciativa e do interesse de cada um deles, pois no método de ensino tradicional esta integração não é facilitada a partir da própria estruturação do currículo.

Na mesma direção, a seguinte fala:

Nós tínhamos enquanto disciplinas, uma carga horária na 3ª série, uma carga horária na 4ª série, com estágio supervisionado dentro do hospital. Então era entrada bastante pontual, sem nenhuma ligação com nenhuma outra disciplina, sem nenhuma conversa com outras disciplinas pra poder interagir com os conteúdos.
[Prof. Neci/FAMEMA]

Ilustrando a afirmação de que no método tradicional a parte teórica geralmente é desenvolvida através de aulas magistrais oferecidas a grandes grupos, temos:

São cem alunos... quando eu dou esse curso, uma aula por semana, (...) se a minha aula dura cinquenta minutos, dou invariavelmente quarenta minutos de teoria, exponho com retro-projetor ou *datashow*... minhas aulas estão escritas, dou todo o material para eles, dou a bibliografia antes de iniciar o curso... Terminada a exposição... [indaga aos alunos] O que vocês estão pensando? O que vocês querem? Que dúvidas vocês têm? [Prof. Walderez/UCPEL]

Quanto à construção da parte prática, no curso tradicional é realizada em pequeno grupo ao redor dos pacientes assistidos pelo professor. O professor conduz a entrevista (ou a consulta), os alunos assistem e eventualmente perguntam. Como reflete o Prof. Darci/UCPEL: “...ainda se vale muito da experiência do clínico, da vivência do clínico...”.

Já no método ativo a experiência de ensino e aprendizagem é construída desde o primeiro ano do curso e sobre problemas práticos através dos quais se mobiliza o interesse dos alunos para determinada tarefa.

Tanto a FAMEMA como a UEL utilizam o ABP/PBL e a Problematização como metodologias de ensino. Sobre a utilização de cada uma delas, diz o Prof. Neci/FAMEMA:

Ora ele [o professor] trabalha mais próximo ao PBL, dentro da Unidade Sistematizada, ora ele se aproxima mais da Problematização dentro da Unidade de Prática Profissional. Porque na realidade, hoje a gente percebe que são duas formas

muito parecidas. O que se diferencia, na realidade, é assim: a Problematização se presta mais pra prática profissional porque necessariamente ela tem que voltar pra aquela realidade pra dar uma resposta àquela realidade. Então o ciclo ação, reflexão e ação novamente, ele se estabelece de uma forma mais formal. Dentro da tutoria, na Unidade Sistematizada é o PBL, a gente fica mais na vertente teórica, sem o compromisso de interagir com a realidade. Porque é mais um exercício de sala de aula, é mais um exercício cognitivo.

O Prof. Eni/FAMEMA, por sua vez, abordou da seguinte forma este tema: “...o ABP utiliza um problema [“de papel”] que (...) advém na prática, mas é preparado por um grupo de professores; um grupo constrói esses problemas e aí o estudante discute, tem aqueles passos todos, faz a busca, volta, discute...”. E adiante acrescenta: “eu acho que quando você utiliza o ABP, você consegue fazer o estudante mobilizar mais os recursos, por exemplo, cognitivos; talvez sejam [mobilizados] os conteúdos teóricos (...) mas também são discutidos os afetivos...”.

Referindo-se à construção do método e à utilização da ABP/PBL, o Prof. Neci/FAMEMA refere: “Trabalhamos com situações problema, em pequenos grupos, com problemas trazidos da prática profissional, mas é um momento mais teórico; nesse momento o aluno não tem uma proximidade com o paciente ou com a clientela de uma forma geral”.

Então, no mesmo sentido:

Nós procuramos usar problemas que vêm da prática. Então a gente tenta utilizar esse contexto que vem... Então são os próprios estudantes que vão lá, que fazem histórias, eles fazem um portfólio. A gente pega essas histórias, leva para os Grupos de Construção... lá eles [os professores] elaboram o problema de uma forma que sirva também aos propósitos da tutoria, tentando manter o contexto para ser discutido... Envolvem aspectos emocionais, éticos, de relação médico-paciente, essa coisa de transferência, contratransferência, tudo isso que envolve as relações (...). [Prof. Eni/FAMEMA]

O Prof. Irani/UEL, por sua vez, indica:

Então, esses alunos (...) recebem um problema onde eles discutem e (...) seguem os sete passos da metodologia, abrem o problema, discutem o problema, levantam hipóteses e... sobre aquelas questões que eles levantaram, fazem uma síntese e determinam os objetivos de aprendizagem. Nessa discussão (...) com o grupo o professor vai orientando, questionando, eles [alunos] vão levantando as hipóteses, fazendo mais perguntas, nessa dinâmica. Então nesses grupos tutoriais é treinada a comunicação do aluno.

E refere ainda que “(...) os grupos tutorais (...) são sete passos; nós introduzimos um oitavo passo que é o da avaliação, que a gente achou importante; quer dizer, ele já existia, mas não existia na forma escrita e a gente passou a colocar porque achou importante...”.

Com relação à metodologia da Problematização, o Prof. Eni/FAMEMA manifestou-se no seguinte sentido:

A Problematização utiliza problemas vivenciados no mundo real. Em nossa escola ele [o estudante] é inserido na prática desde a primeira série. Então ele entra em contato com a realidade, com as pessoas, com as famílias, com os pacientes e a partir daí é feita uma discussão sobre as quais levantam questões de aprendizagem. [Prof. Eni/FAMEMA]

Fazendo uma diferenciação da Problematização comparativamente ao ABP/PBL, outro professor refere:

Aí mora a diferença da Problematização com o PBL: o PBL, ele [aluno] pára na discussão. No PBL ele não vai até a comunidade pra solucionar o problema. Ele levanta o problema, ele discute, ele cria mecanismos de resolução... Mas não necessariamente ele aplica aquilo, porque nós estamos em sala de aula. Na UPP, na Problematização ele faz tudo isso, só que ele volta pra família (...). [Prof. Neci/FAMEMA]

Corroborando as posições anteriores, o Prof. Eloir/UEL manifestou-se: “(...) nas Unidades Básicas a gente utiliza muito mais a problematizarão que é... aquela do Arco de Maguerez... nós usamos muito mais a Problematização do que o PBL, até já tentamos para alguns conceitos teóricos (...)”.

A ação que os alunos empreendem junto à família, após a discussão com os professores, relaciona-se geralmente com intervenções educativas tanto a problemas de saúde quanto de repercussões sociais.

Aponta o Prof. Neci/FAMEMA:

Então nós temos vários problemas sociais... nós temos problemas de agressividade dentro da família, dependências... Então o aluno, ele é incentivado a estudar, por exemplo, como é que faz pra encaminhar alguém pro INSS, como é que faz pra aposentar, pode aposentar, não pode, como é que funciona a questão da vara de juventude, quando é que denuncia um caso de agressividade, quando não denuncia... Enfim, tudo que as famílias passam de dificuldades são levantadas.

Esta última fala aponta para a complexidade do trabalho de orientação do professor. As questões acima relacionadas são muito graves. Tal gravidade exige um preparo do professor e também do aluno para a elas fazer frente.

Em relação aos problemas emocionais que estão sempre presentes no contato com as famílias e com os doentes, os docentes informam que os alunos, após voltarem das visitas domiciliares, discutem seus achados com seus professores e depois intervêm.

Os professores dão uma idéia de que as questões emocionais dos estudantes podem ser abordadas quando estes vão ao encontro das famílias e voltam para discutir seus achados na Unidade de Prática Profissional - UPP.

A respeito disso:

...quando o estudante faz uma visita domiciliar, por exemplo, é feita uma reflexão com esse estudante, individualmente ou em grupo, e são abordados aspectos emocionais que estão envolvidos na relação dele com a pessoa que ele foi entrevistar... Eles têm como tarefa entrevistar, fazer exame clínico... Então isso desperta uma série de emoções, situações que mexem com o próprio estudante e que ele precisa aprender a lidar com isso. [Prof. Eni/FAMEMA]

Na passagem acima não fica especificado como são abordados os problemas emocionais, embora seja referido que esta abordagem é importante e deva merecer atenção dentro do processo de aprendizagem.

Através da análise da aplicação dos métodos da Problematização e do ABP/PBL, é dada a impressão de que os problemas emocionais são pouco aprofundados ou o são de forma superficial. É visível a dificuldade de alguns professores relacionada à discussão dos problemas emocionais, posto que os métodos não exigem (nem facilitam) este aprofundamento. Segundo o Prof. Eloir/UEL:

Na verdade a gente... enquanto professor não temos uma orientação clara sobre essas coisas [aspectos emocionais do aluno e do paciente]. Aí, vai mais pelo jeitão de cada um, pelo *feeling*. A gente coloca a importância, por exemplo, de você demonstrar que entende a dor do outro, que você coloca para ele, por exemplo, o toque (...) você pegar na mão, dar um abraço, que isso às vezes, demonstra que você está se solidarizando com a pessoa etc. É nesse sentido, mais ou menos.

Resulta de tudo o que esta sendo apresentado, que os problemas cognitivos e questões da vida social da pessoa (por vezes paciente) devem ser o alvo principal do trabalho dos professores e alunos de medicina.

A abordagem na educação dos aspectos subjetivos é difícil e por vezes negligenciada, embora todos reconheçam a influência dos aspectos afetivos tanto no ensino como na

assistência à pessoa. Professores e alunos acabam se orientando pelo senso comum, bom senso e conhecimentos pessoais obtidos, via de regra, por experiência própria, mas sem nenhuma base científica (e/ou pedagógica) específicas para a docência.

O estudo e a aprendizagem mais aprofundados dos problemas emocionais da pessoa encontram no método de Balint uma oportunidade.

Balint ofereceu - originalmente através de um curso ministrado em Londres/Inglaterra, por volta da década de 1960 - um método que traz uma aplicação da psicanálise ao estudo dos aspectos emocionais do médico no trabalho com o paciente, sobretudo os não conscientes, não esperados, involuntários, por vezes automáticos, vinculados à vida afetiva de cada pessoa.

As formulações psicanalíticas, nem sempre de fácil compreensão, eram criticadas por serem tidas como distantes do fazer médico e freqüentemente consideradas teóricas e de pouca utilidade, despertando certa resistência.

Sobre essa questão, se manifestou o Prof. Emir/FAMEMA: “No caso do Método de Balint, a dificuldade não foi tanta, pois seu livro - eminentemente baseado em material clínico - aproximou os médicos do que apresentava teoricamente, tendo sido considerado acessível, encontrando grande acolhida nos anos sessenta, quando foi extensamente utilizado”.

A influência de Balint permaneceu. Os cursos médicos que acolheram as contribuições psicodinâmicas adaptaram este método às condições de alguns cursos de medicina, levando em consideração que os acadêmicos são jovens ainda em formação, têm pouca experiência e estão sujeitos a obrigações didático-pedagógicas e institucionais, diferente da clientela com que ele, Balint, trabalhou.

O método de Balint constitui-se na primeira e original tentativa de estudar de modo sistemático, com base na psicanálise, os aspectos emocionais (contratransferenciais) do médico e as transferências dos pacientes pelas manifestações automáticas e involuntárias de natureza inconsciente.

Este método é pouco utilizado nas faculdades de medicina examinadas, embora nelas seja conhecido.

Sobre isso declara o Prof. Edir/UEL:

Tentei, (...) há muito tempo eu queria implantar no internato, eu acho muito bom ... eles [os estudantes] vão trazendo os casos que atenderam na prática.... No último fórum propus: coloca no internato o método Balint; mas explicando para o pessoal, alguns nem o conheciam e a minha proposta não foi aceita. Eles mandaram colocar várias propostas de mudanças no internato e eu coloquei que precisava usar o método Balint.

Dos três métodos ativos apresentados - ABP/PBL, Problematização e o de Balint - este último é o mais desconhecido e o menos utilizado nestas faculdades de medicina (abordadas nesta pesquisa). O investimento em estudo e aperfeiçoamento no uso desta metodologia é praticamente inexistente do ponto de vista institucional, quando se compara o que foi feito no sentido de instrumentalizar os professores em relação aos demais métodos, principalmente quanto ao ABP/PBL, o qual encontrou amplo apoio institucional. Apesar da sua pouca utilização, há evidências de sua utilidade e eficácia, apontadas no estudo de Kerr⁸⁷, entre outros autores. Em uma publicação recente o método de Balint é recuperado para a aplicação em atenção básica em saúde⁸⁸.

No Laboratório de Prática Profissional – LPP, da FAMEMA e nos módulos PIN da UEL, quando ocorre o contato dos estudantes com as famílias, encontram oportunidade de serem estudados os aspectos do relacionamento interpessoal e as questões emocionais do médico e do paciente. Entretanto, são mais focalizados os aspectos conscientes da comunicação, vinculados à conduta e aos costumes, com o enfoque nas questões sócio-culturais, as quais são melhor compreendidas e aceitas. Os aspectos subjetivos mais profundos não constituem foco nestes estudos. Em uma das instituições estudadas, ao questionar um dos docentes^X sobre como são abordados os aspectos subjetivos no grupo de Problematização, obteve-se a seguinte resposta: “Como assim? O que o senhor quer dizer com aspectos subjetivos?”. Em outro momento refere: “...eu não sou uma boa pessoa para responder essas questões; apago rapidamente meus sentimentos e minhas emoções; mas existem situações, por exemplo, quando a gente discute a informação de más notícias...”.

O Prof. Irani/UEL, quando questionado sobre se nos grupos tutoriais ocorrera algum fenômeno que apontasse para a falta de uma espécie de senso crítico dos alunos e professores a respeito de tais aspectos, responde: “Não, não pelo que eu tenho [observado]... ou talvez isso possa ter acontecido e eu não tenha me dado conta”.

As atividades vinculadas às habilidades de comunicação são consideradas por alguns colegas médicos muitas vezes de pouco valor. Outros professores vêem no tensionamento dos aspectos subjetivos algo supérfluo, chegando a ser menosprezado. Neste sentido, reportando-se ao comentário de outra colega, aponta o Prof. Edir/UEL: “E precisa dessa carga horária para dar notícias [das condições dos pacientes]? E eu precisando de tempo para dar o exame neurológico e vocês com [toda] essa carga horária...”.

^X Pelo conteúdo da resposta obtida, optou-se neste caso por suprimir a identificação do docente, mesmo se tratando de um nome fictício.

A resistência ao contato com os aspectos emocionais e subjetivos não se origina apenas nos professores, os próprios alunos freqüentemente os tomam por algo muito fantasioso e tendem a querer instrução objetiva e regulada. Pelos relatos dos professores entrevistados nesta pesquisa, observam-se dificuldades no enfrentamento da ambigüidade que acompanha as emoções. A falta deste entendimento pode levar compensatoriamente ao oferecimento de regras, normas de conduta, orientações, visando simplificar o entendimento, o que leva, por outro lado, ao risco de banalizar todo o conteúdo emocional que é complexo por sua própria natureza.

5.2.3 Avaliação

A avaliação constitui-se em tema importante e complexo no projeto pedagógico de qualquer curso; o modo de encará-la e situá-la varia conforme a concepção de cada PPP^{89 90}.

Quanto à avaliação dos alunos, em se tratando do método tradicional, costuma ser do tipo cognitiva, somativa, realizada ao término da disciplina através de prova escrita.

Os professores, relatando a experiência com o método de ensino tradicional, apontaram que costuma ficar circunscrita à simples verificação de conhecimentos. Outros critérios como, por exemplo, participação ou verificação das atitudes e habilidades dos alunos não foram citados, o que nos leva a crer não serem avaliados diretamente. Quando são avaliados, por sua vez, geralmente o são indiretamente pelo caminho cognitivo, através de provas escritas.

No ensino tradicional, este tipo de avaliação tende a servir como um instrumento de pressão utilizado para, pelo menos em tese, estimular o aluno estudar. Neste modelo, não conta tanto o gosto pelo estudo, a motivação para adquirir conhecimentos, mas a demonstração de que o estudante estudou e que tem capacidade de desempenhar uma boa prova dos conhecimentos acumulados.

Entre tantas outras peculiaridades do método tradicional de ensino - baseado em atividades disciplinares e com pouca integração -, as provas aplicadas a um grande grupo podem trazer dificuldades no sentido de que, quando uma mesma disciplina é ministrada por vários professores não é tarefa fácil elaborar uma prova única a ser aplicada aos estudantes. Uma disciplina com este tipo de dinâmica traz uma riqueza e complexidade de aprendizados que, ao serem exigidos em uma única prova final, podem ser deixados de lado. Isto porque na tentativa de facilitar sua elaboração, uma opção freqüentemente adotada é a de restringir esta avaliação a um elenco de conteúdos básicos dentre os que foram nela ministrados. No entanto,

desta forma, podem ficar excluídos importantes aspectos que foram trabalhados e desenvolvidos com os alunos no decorrer das aulas, tais como a interação que ocorre no grupo, compartilhada por eles e pelos professores, ou ainda da relação médico-paciente, entre outros, ao se limitar a avaliação a conteúdos teóricos. Além disso, uma prova única é sempre uma questão complexa e delicada, pois poderá predominar o estilo e o conteúdo preferencial de um professor.

As provas sempre conferem ao docente certo poder, podendo ser motivo de problemas inclusive entre eles próprios. Neste sentido, explica o Prof. Darci/UCPEL: "...acontecia, o professor dando a disciplina, mesmo que outros a dessem, ele tomava para si o poder de fazer as provas".

A avaliação deve estar orientada para o objetivo pedagógico e para verificação ampla da aprendizagem, do conteúdo ministrado que contribuiu para alcançar o objetivo previsto. Consoante a isso, diz o mesmo docente: "Eu dou aula de 'tal' coisa, eu vou fazer avaliação sobre 'tal' coisa... Bom, temos as mais diversas formas de avaliação, cada uma ligada ao estilo do professor".

Tentando aprimorar a avaliação cognitiva, ainda o Prof. Darci/UCPEL, busca fazer algumas inovações dentro do modelo somativo de avaliar conhecimentos:

...eu solicito que os alunos formulem questões ligadas ao atendimento, ligadas a situações práticas e a solução pra essa questão. Com isso, eu entendo que eu avalio quando ele vai formular a questão, o olhar dele pra situação prática. Porque se ele não tem um olhar, se ele só tem a questão da teoria, do conceito, ele não consegue traduzir numa formulação uma situação prática...

Visando a uma interação forte com os alunos na verificação do conteúdo lecionado, durante as avaliações cognitivas, o professor explica que procede do seguinte modo:

...eu faço algumas questões vinculadas com o curso em si e no final da prova, eu faço duas questões, todas elas valendo nota. Uma questão é pra saber o que é que eles acharam do curso; e outra questão que eu faço, é [para] saber o que é que o curso desenvolveu neles e que eles recontem uma situação de vida deles, que eles acham significativa para o desenvolvimento emocional deles.

Deste modo, podemos observar que as repostas dadas pelos professores apontam para o fato de que a avaliação é basicamente cognitiva.

Já a avaliação nos cursos que utilizam a metodologia ativa pode ser diagnóstica, formativa ou somativa. Diversas técnicas de avaliação são utilizadas: auto-avaliação, entre

pares, do professor, cognitiva, prática, do desempenho clínico (OSCE), o portfólio, por meio de relatórios, o exame final, são alguns exemplos.

A avaliação na metodologia ativa tem outra dimensão além da cognitiva. Observemos as falas dos professores relacionadas abaixo. Enquanto a primeira reflete uma crítica ao modelo dito tradicional, as duas seguintes trazem características da avaliação no modelo de metodologias ativa:

[A] metodologia de avaliação também não pode ser tradicional se você se propõe a fazer a mudança, pra depois chegar lá no fim, meter uma prova e colocar a nota 7, 7,5 ou 8,0, 8,5. Isso foi uma das coisas mais complicadas também, porque nosso aluno não tem nota... nosso aluno ou ele é satisfatório ou ele é insatisfatório... ou ele é “S” ou ele é “I”. Ou o médico e a enfermeira são bons, ou não são bons. Sabe, não dá pra fazer média das coisas, ou ele sabe ou ele não sabe. Se ele não sabe, ele tem que procurar saber, ele tem que ter a oportunidade de recuperação. Então todas as nossas avaliações... se ele é “I”, ele faz de novo, e se ele ficar “S”, o “S” mata o “I”. [Prof. Altair/FAMEMA]

(...) quando nós começamos, a gente não sabia muito avaliar, porque nós sempre na parte clássica, a gente tinha aquela avaliação cognitiva, né, a gente dava lá umas perguntas e eles respondiam. Uma avaliação formativa que é aquela que você vai acompanhando o aluno, vai dando *feedback*, vai vendo se ele não fez, as dificuldades. (...) A gente nem sabia direito fazer a avaliação formativa. [Prof. Edir/UEL]

E no final do grupo tutorial é feita uma avaliação entre eles no grupo... Então hoje a (...) hoje a [Aluna Tal] não participou muito, a [outra aluna] foi boa. Então...eles fazem uma avaliação... [Prof. Irani/UEL]

A avaliação nos métodos ativos, em relação ao ABP/PBL em seus grupos tutoriais, está incorporada ao processo de trabalho, de ensino e aprendizagem.

No método ABP/PBL, como dito, suas etapas iniciais (1 e 2^{XI}) tratam de esclarecer e definir o problema em questão. O funcionamento do grupo tutorial permite que na Etapa 3, que se refere à análise do problema oferecido, os estudantes mostrem os conhecimentos obtidos em estudos preliminares.

A estruturação destes grupos confere a possibilidade de avaliar o processo de construção do raciocínio do aluno, especificamente na etapa seguinte (Etapa 4). Nesta etapa em que o estudante sistematiza a análise e levanta hipóteses explicativas iniciais para o problema, ele vai até os limites do seu conhecimento, o que serve para estabelecer os objetivos de aprendizagem (Etapa 5). Então é especificado o não conhecido que será investigado. Os objetivos de aprendizagem então estabelecidos levam, por sua vez, à busca de novos conhecimentos (Etapa 6). As hipóteses iniciais são reavaliadas (Etapa 7), até que se

^{XI} Sobre as etapas dos “Sete Passos do ABP/PBL”, vide ponto 2.4 supra.

alcance a uma síntese atualizada dos novos conhecimentos adquiridos. Em tempo, é importante salientar que o curso de medicina da UEL introduziu uma etapa adicional, a da avaliação formativa (Etapa 8).

Retomando especificamente ao método de avaliação, enquanto no tradicional ela é realizada ao final da apresentação de conteúdos, nos métodos ativos é procedida sistematicamente, constituindo-se como um processo. Assim, a avaliação do estudante pode ser feita amplamente: pela observação do seu desempenho durante as discussões, pela observação da capacidade de ouvir criticamente, pelo interesse e disponibilidade de auxiliar ao grupo, pela apresentação das suas idéias de modo lógico, coerente, objetivo e organizado, sabendo utilizar apropriadamente recursos de discurso e gráficos, a fim de aumentar a precisão e clareza das suas idéias. Sobre isto se manifestou o Prof. Eloir/UEL:

Nós temos no Módulo de Habilidades a avaliação dos estudantes pela a participação nas atividades, como eles se comportam, se eles trouxeram as tarefas, se eles discutiram, se eles participaram, se eles demonstraram o conhecimento da literatura indicada... O professor tem uma lista, uma ficha lá que ele pontua.

Outro método de ensino ativo utilizado pelas faculdades de medicina da FAMEMA e UEL, como dito, é a Problematização. Igualmente aqui, na medida em que o processo tem andamento, o professor pode fazer avaliações a exemplo do que ocorre nos grupos tutoriais. Deste modo a avaliação faz parte do processo de aprendizagem do aluno.

Outros recursos de avaliação têm sido também relatados, tais como o Portfólio⁹¹ e o OSCE^{92 93}. Sobre eles, explica o Prof. Eloir/UEL:

Fora isso [a avaliação no grupo de Problematização], em duas vezes por ano nós temos a OSCE que é o *Objective Structured Clinic Examination*, (...) [o OSCE] tem várias estações e onde a gente sempre inclui a avaliação da comunicação, integrando-a com uma atividade clínica. Então, ele [o estudante] deve entrevistar ou examinar um paciente voluntário e tem também um observador do grupo da comunicação, que avalia como ele abordou essa pessoa, como é que ele se relacionou. Então, tem um *checklist* onde há determinados aspectos que a gente considera que ele deva ter observado, sim e não, se ele observou ou não, determinadas atitudes.

Falando sobre a utilização do OSCE e dos objetivos em alguns anos (séries) do curso, o Prof. Edir/UEL indica que:

...você tinha que avaliar o que o estudante faz. Então nós treinávamos com ator e o colocávamos numa situação clínica. Você tem que avaliá-los; eu tinha um *checklist* (...) ...no quarto ano, [é ensinado] como dar notícia de óbito; na última OSCE nós trabalhamos: “seu pai, terminal, quer ir para casa e você vai ter que levá-lo para casa”. Como dar... transmitir essa notícia? (...) No terceiro ano Seu José procurou Unidade Básica de Saúde porque ele está motivado a parar de fumar, como é que você faz o aconselhamento mínimo pra essa situação? (...) No primeiro ano uma

entrevista simples... (...) é mais assim como deve se apresentar, aquelas coisas simples, mas que precisam ser trabalhadas...

5.3 Os papéis do aluno, do professor, limites e possibilidades

A seguir são apresentados os papéis dos atores deste processo, alunos e professores, além dos limites e possibilidades das metodologias ativas.

5.3.1 Papel do aluno

Relembrando o argumento, no ensino de modelo tradicional o aluno se caracteriza por assumir um papel passivo, geralmente ouvinte copiador e reproduzidor das aulas, recolhendo conhecimento para apresentá-lo no dia da prova de verificação.

Disse a esse respeito o Prof. Emir/FAMEMA: “(...) E os estudantes ficavam sentados, copiando desesperadamente pra responder as perguntas do professor no dia da prova...”. Sobre o mesmo tema refere o Prof. Altair/FAMEMA que “[de acordo com este método] os alunos têm que obedecer, não são estimulados a pensar”. Como nele o currículo é muito compartimentado, o aluno estuda conteúdos específicos em cada disciplina e freqüentemente tem a sensação de que não os integra.

A integração geralmente só ocorre durante a parte profissionalizante do curso, na qual predomina o ensino clínico; é quando chega a parte prática, através da qual o aluno vê o professor desempenhando suas atividades. A esse respeito pronuncia-se o Prof. Juraci/UEL:

O aluno vai lá nas aulas práticas e ele visualiza o que o médico tá fazendo, e então eu acho que existe uma grande dificuldade, primeiro do médico se capacitar para ensinar, como é que [o aluno] deve se relacionar com o paciente, por exemplo; e o aluno espelha-se no que ele está vendo, ele cria modelos... “...eu gosto daquele (...) do relacionamento de Fulano... daquele docente com ‘tal’ paciente, então, aquele é o meu espelho, é assim que eu vou me portar de agora em diante...” [Reporta-se ao que ele apreende sobre pensamento dos alunos, posto que os mecanismos identificatórios costumam ser inconscientes.]

O próximo item (5.3.2) é dedicado ao debate sobre o papel do professor, mas retomamos a assertiva de que no ensino de modelo tradicional o professor exerce um papel centralizado, para indicar que este posicionamento favorece o distanciamento dos alunos.

Já no ensino de modo ativo, ao contrário, o professor tem maior proximidade na medida em que o próprio processo de ensino e aprendizagem implica em trocas recíprocas entre eles, sendo o professor um auxiliar, facilitador e estimulador. Isso, em relação ao nosso foco nesse momento é essencial, posto que a compor o papel do aluno está a importância da

sua identificação com a aprendizagem, que leva à construção de modelos, o que é muito diferente de uma mera imitação. O aluno pode introjetar até construir um modelo próprio. Caso o professor no exercício da sua função seja capaz de ir além da demonstração, verbalizando o que pretende ensinar, trazendo para este exercício toda sua personalidade, poderá ter mais condições de se aproximar do aluno e, então, favorecer os mecanismos identificatórios entre ele e os estudantes.

Já quanto à distância emocional dos estudantes em relação aos pacientes, esta pode ser observada no ensino tradicional, embora existam estudantes que desenvolvam uma relação emocional apropriada com os pacientes.

O Prof. Juraci/UEL manifesta-se da seguinte forma sobre esta questão:

(...) Também no curso tradicional vai ter o aluno que não vai ser indiferente e alguns serão indiferentes... [em relação ao paciente] Nós discutimos muito isso, de que o relacionamento médico-paciente melhoraria, em função de que nossos alunos “tradicionais” [refere-se ao modelo, do tradicional para o ativo] eram muito frios...”.

Muitos fatores contribuem para o distanciamento do estudante quanto ao paciente, a principiar pelo encontro com ansiedades intensas que estão presentes no contato com a morbidade e a mortalidade. Entretanto, pode ocorrer que técnicas pedagógicas contribuam para atenuar essas dificuldades⁹⁴.

No ensino tradicional o aluno, diante da autoridade do professor em seu papel central, que pode fazer exigências exageradas e/ou inadequadas, pode sentir-se submetido e infantilizado perdendo sua capacidade crítica. Isso, em princípio, poderá ocorrer também em metodologias ativas. No entanto o risco tende a ser menor, justamente pelo fato de que o professor assume o papel de mediador no processo de ensino e aprendizagem dos alunos.

No modelo de ensino ativo, as atividades dos alunos distribuem-se entre os grupos tutoriais e grupos de Problematização, como vimos. No entanto diversas outras atividades didático-pedagógicas costumam compor a grade de atividades semanal dos estudantes.

Trazemos o exemplo da UEL:

Então, hoje, a semana padrão do estudante, ele tem durante a semana, por exemplo, no primeiro ano, na segunda-feira à tarde e na quinta à tarde, ele tem módulo tutorial. Então ele tem a parte teórica, em que ele tem que trabalhar essa discussão em pequenos grupos na metodologia PBL. Depois... tem um dia reservado que no caso do primeiro ano continua sendo a quarta-feira à tarde que é para o PIN, e todas as sextas de manhã estão reservadas para treinamento em habilidades. No segundo ano, são essas mesmas atividades, mas em outros dias e assim por diante. [Prof. Eloir/UEL]

A seguir, ilustramos a explicação deste professor sobre o plano das atividades didático-pedagógicas, com a seguinte tabela:

Tabela 3: Semana Padrão da 1ª Série/UEL (segundo o padrão para as demais, alterando-se apenas os dias em que as atividades são desenvolvidas).

PERÍODO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
8 às 12hrs	Estudo Orientado	Estudo Orientado	Conferência	Estudo Orientado	
14 às 16hrs	Grupo Tutorial	Estudo Orientado	PIN 1 Grupo de Problematização	Grupo Tutorial	Estudo Orientado
16 às 18hrs					

Fonte: Manual Geral do Estudante da Famed, Universidade Estadual de Londrina, 2007.

Retomando o papel do aluno em relação às atividades da Tabela 3, que exemplifica uma semana de atividades no modelo de metodologias ativas, observa-se que nelas quem constrói o conhecimento é próprio estudante. Com efeito, a grade de horários demonstra que entre os grupos tutoriais e de problematização, o aluno tem um tempo considerável para fazer sua pesquisa, construir e aprofundar seu conhecimento, nos estudos orientados. Sua reflexão crítica é estimulada a ser mais profícua e o método favorece a melhora na autonomia dos alunos sobre a construção do seu conhecimento e atuação em seu próprio processo de aprendizagem.

Em conclusão, é ilustrativa a fala seguinte no sentido de sintetizar a idéia de que a relação professor-aluno altera-se substancialmente quando se trata das metodologias ativas de ensino:

...muda muito quando a gente trabalha com metodologia de ensino [referia-se à ativa], a relação professor-aluno... Porque a relação, ela se torna muito mais próxima, (...) muito mais intensa na medida que a gente conhece nominalmente aqueles alunos que estão com a gente. Nós passamos seis meses, no caso da tutoria, ou até um ano. No caso da Unidade de Prática Profissional, durante dois anos, sempre com o mesmo aluno. Então essa relação professor-aluno, se intensifica. É necessário cuidar pra que essa relação, seja realmente uma relação profissional, uma relação de professor-aluno. É lógico que a amizade, é lógico que a proximidade, ela acaba acontecendo, mas com o cuidado de não se misturar os papéis. E a gente acaba, em determinados momentos, meio que “sendo o pai, sendo a mãe desses alunos”, porque essa proximidade é intensa, muitas vezes o aluno que vem de fora, ele não tem a quem recorrer. [Prof. Neci/FAMEMA]

5.3.2 Papel do professor

O professor na metodologia tradicional está menos exposto, no sentido de que lida basicamente com o que apresenta (com o conteúdo didático já preparado), contando com pouca participação do aluno, este pouco envolvido em um problema, o qual seguidamente nem chega a ser apresentado. O professor já traz tudo pronto, expondo o conteúdo de sua aula.

O docente, neste método, também não necessita de maiores conhecimentos do currículo como um todo e nem de envolvimento com a instituição, pois sua participação é pontual, geralmente restrita a uma ou algumas disciplinas.

Freqüentemente, seguindo o modelo de ensino tradicional disciplinar, tentando uma integração^{XII}, os professores podem vir a buscar colegas de outras especialidades com os quais realizam atividades conjuntas de prática clínica ou mesmo oferecendo consultoria, mas não é algo favorecido pelo modelo como um todo. Nesta linha, o professor está menos sujeito ao imprevisto, expõe-se menos comparativamente ao que ocorre na situação de prática profissional.

A exposição frente a um grupo de alunos poderá ser muito difícil ao professor pouco capacitado a um trabalho do tipo que ocorre nas metodologias ativas (já referido), em que alunos compõem uma parceria na resolução de problemas em pequenos grupos.

Sobre o ensino tradicional, declara o Prof. Altair/FAMEMA: “...eu vinha aqui, dois meses num ano, dava minhas aulas “x” vezes por semana e depois tudo bem... tô tocando a minha vida, não tem esse compromisso com os estudantes.”

O Prof. Eloir/UEL aponta para a mudança:

Antes cada setor tinha lá sua disciplina, se organizava como queria, cada professor tinha lá uma aulinha para dar na quinta-feira à tarde e ponto final e não havia nenhuma necessidade de toda essa interação como hoje nós temos. Essas necessidades de sentar junto, trabalhar junto (...) E têm alguns setores que é mais fácil de trabalhar, junto com outros setores é mais difícil e... e surgem conflitos e surgem dificuldades...

No método ativo diz o Prof. Altair/FAMEMA:

...você precisa capacitar o professor, porque é muito difícil você sentar num grupo com oito estudantes e abrir um problema e o que vai surgir (...) é totalmente incerto, quais as questões de aprendizagem que vão sair... você fica numa situação exposta. “Como é que você sabe o que eu não sei?”, é muito difícil pra um professor chegar aí e dizer “olha... isso daí eu não sei... tem coisas que a gente não sabe”.

^{XII} Relembrando, é comum que alguns cursos apresentem características do modelo tradicional já existente e ativo sendo implementado.

O encontro com o desconhecido e o embaraço que isso pode causar ao professor na frente dos alunos, pode se constituir em um problema importante para alguns professores preocupados em responder a todas as perguntas. Sobre esse tema refere-se ironicamente o Prof. Emir/FAMEMA:

(...) O médico, já pra ser médico, ele tem que ser metido, tem que ser onipotente. E o professor de medicina é professor de deus. Imagina ele perder esse poder? Porque na ativa ele não vai poder falar aquilo que ele quer... ele não vai poder dar aula, ele não vai brilhar como a Estrela D'Alva.... não vai poder dizer, olha “como eu sou bom”.

A dinâmica de uma sessão de tutoria é bem diferente de uma aula magistral, de um seminário ou ainda de um fórum, como aparece na fala do mesmo professor:

Ele tem que ficar quietinho lá, ver o pessoal discutindo, segurando a vontade de falar, e tem que dizer assim: “o João tá falando isso, você concorda com isso e por que você concorda?”. Uma sala de tutoria são oito estudantes e um tutor. A discussão não é de estudantes para o tutor. Não, é de estudante pra estudante, é de estudante pra tutor, é de tutor para estudante, a flecha vai em todos os sentidos (...) enquanto que no tradicional é do professor para o estudante.

Em relação à capacitação do professor para o trabalho docente (em especial com métodos ativos), assim pronuncia-se o Prof. Juraci/UEL:

Se você for fazer um levantamento nas universidades, a maioria dos médicos se tornou professor com o passar dos dias. Mudaram de porta, eles saíram de médico e passaram a ser professor, sem capacitação... Para ser capacitado, ele precisa fazer um mestrado, ele precisa fazer um doutorado para aprender a ser professor. Boa parte dos médicos acha que por terem feito medicina eles são professores. Não, eles não são. Eles precisam ser capacitados. Sair do seu pedestal de médico.

Nas metodologias ativas o professor tem que estar capacitado, sobretudo a ouvir. Ouvir não significa mero silêncio, ao contrário é uma atitude reflexiva, crítica, que ocorre enquanto observa inteligentemente, pensando sobre a melhor intervenção, selecionando a quem será dirigida e em qual situação (quando) proporcionará uma melhor aprendizagem.

Sobre isso se manifestou o Prof. Irani/UEL: “O ouvir... eu acho que essa é uma das coisas que têm que ser muito treinada no médico”.

5.3.2.1 Experiência prévia do professor

Os professores médicos são geralmente especialistas que exercem atividades clínicas nas quais demonstraram grande competência. Tornaram-se professores por conta própria, quase sem formação pedagógica para o exercício das funções acadêmicas e docentes.

São geralmente práticos, uma vez que ensinam de modo intuitivo, baseados na experiência que tiveram com seus professores enquanto eram alunos. Tendo se tornado competentes no exercício da medicina, presumem que isso basta para ser professor. Sabem ensinar, pois sabem resolver problemas clínicos. Assim, se sentem com uma dotação suficiente, sem maiores necessidades de capacitação.

Como geralmente tinham sido bons alunos, basta orientar-se pelos exemplos dos antigos professores. Retomando dizeres do Prof. Juraci/UEL, nos dois pontos imediatamente anteriores (5.3.1 e 5.3.2), cabe ressaltar aqui um aspecto levantado por ele, sobre uma diferenciação existente entre o ser “médico” e o ser “professor médico”, o que assume diferentes dimensões, acima de tudo na relação do espelhamento dos alunos com um “modelo”. Este outro aspecto reporta a um detalhe importante debatido no encontro do pesquisador com este entrevistado, qual seja o da necessidade da capacitação do médico para o exercício da atividade docente em medicina. Assim, a docência em medicina exige uma formação que vai bastante além do “ser médico”, abrangendo ainda o “ser médico educador”.

No modelo tradicional, não costumava interessar a formação para docência, algo difícil de se compreender logicamente. Talvez isso se devesse a representação do senso comum sobre um papel hegemônico atribuído aos médicos no passado.

No que diz respeito ao ensino, ser médico já era considerado mais do que ser professor e, portanto, não precisava da formação específica; por muito tempo nem se importavam muito com a remuneração que receberiam pelo exercício da atividade docente e, muitas vezes, ensinavam de graça, exercendo a profissão de professor por altruísmo. Até porque sendo médicos, já tinham assegurado o sustento e o prestígio social. Assim, desempenhar a função de professor representava um implemento profissional. Essa atitude foi útil para o funcionamento dos hospitais de caridade, depois transformados em hospitais filantrópicos. Entretanto, com o passar do tempo surgiu a necessidade de uma formação mais direcionada ao exercício da docência. O Prof. Irani/UEL reporta-se a uma brincadeira, comum à área: “é como diz o pessoal da medicina: dormi médico e acordei professor”.

A despeito do exagero da brincadeira, alguns professores tiveram uma experiência prática como estudantes na qualidade de monitor ou como residentes, mas em geral a maioria não teve formação nem sentia necessidade de buscar uma formação pedagógica específica.

Sobre essa situação pronuncia-se outro professor:

...dentro da residência nós também tínhamos uma atividade didática junto com alunos, seminários e outras coisas e essa idéia de [ser] professor foi tomando conta. Então, no final da residência, o pessoal me convidou pra ser professor e eu fui contratado em caráter emergencial. Assim, não tinha um contrato específico com a Universidade, não tinha feito concurso, mas já comecei a trabalhar como professor. [Prof. Walderez/UCPEL]

Todos os entrevistados dos cursos de tipo inovador, em relação às metodologias ativas, começaram como professores de cursos com método de ensino tradicional, mas fizeram capacitação à atividade docente ou em cursos de especialização ou pós-graduações em sentido estrito. Em relação a isso:

Eu comecei minhas atividades na docência, em final de 1986. Naquele momento recém chegado da residência, sem nenhuma experiência didática (...) Percebendo a necessidade, a dificuldade da atividade, eu procurei fazer mestrado e doutorado na seqüência (...) nos anos de 1998/99 que eu fiz o mestrado... Em 2002 eu terminei o meu doutorado... [Prof. Neci/FAMEMA]

E ainda o Prof. Edir/UEL:

...eu entrei na universidade no final de 1982, com a formação de [informa sua especialidade] apenas, eu não tinha muito a formação de educador... Quando fui fazer meu concurso pra professor, eu procurei o Departamento de Educação, comecei a aprender algumas coisas sobre métodos e comecei alguns projetos além da [idem], de ensino.

5.3.2.2 Formação do professor

A formação é um processo que necessita de elaboração e que ocorre em um certo tempo (é processual). A identidade de professor vai se formando aos poucos, através de um suceder de introjeções e projeções de conceitos, vivências e experiências, que vão sendo assimiladas e integradas a sua personalidade.

Como dito, é comum encontrar professores do ensino médico sem formação específica para a docência⁹⁵, tendo no máximo freqüentado algum treinamento para atender às formalidades administrativas ligadas de admissão na instituição de ensino.

Alguns professores chegam a crer que seja desnecessária uma formação específica em educação (e/ou educação médica) pela via, por exemplo, de cursos de pós-graduação, por

considerarem uma sobrecarga de trabalho. O Prof. Walderez/UCPEL diz: “Eu gosto que me dêem alunos, eu não gosto de reuniões administrativas, não sigo muitos métodos, eu nunca fiz mestrado, doutorado... dá-me uma sensação de um cansaço, de um esgotamento, de uma sobre-exigência que não cabe muito comigo, sabe...”.

A crença de que o gosto pelo aluno, pela atividade clínica e pelo ensino seria suficiente, pode levar ao equívoco de encarar que o conhecimento de métodos pedagógicos poderia limitar a criatividade do professor. É como segue dizendo o mesmo docente: “...pegar aluno, desenvolver uma atividade intuitiva com eles, que possibilite o pensar, prazerosa, sem métodos...”.

As modificações introduzidas nas escolas de medicina que aceitaram as metodologias ativas levantaram à necessidade de capacitação de seus professores:

...vários professores visitaram diversas escolas de medicina para conhecer outras metodologias de ensino... teve professores que foram para McMaster, no Canadá, pra o Novo México... pra Maastricht [Holanda] (...) Toda essa busca facilitou, sensibilizou o nosso corpo docente mostrando que existem novas metodologias utilizadas em outros cantos do mundo que não a forma tradicional. [Prof. Eloir/UDEL]

O Prof. Juraci/UDEL, refere: “...e o que mais se assemelhou ao que poderia ser feito em Londrina, foi o [exemplo] de Maastricht; daí foi uma equipe maior para Maastricht, a princípio foram sete docentes na primeira vez...”.

Nesta fala o professor refere-se à formação básica dos docentes da UEL, formação esta que ficou inicialmente baseada num pequeno grupo de professores que se dirigiram à Maastricht, na Holanda, a fim de se capacitar, segundo relata:

Lá nós participamos do que eles chamam lá de *Summer Course*, de curso de verão que eles ministram para todas as pessoas interessadas. Então tem normalmente em torno de sessenta alunos das mais diversas regiões do mundo, Egito, Arábia...e nós ficamos lá quinze dias; curso intensivo diuturnamente, onde eles mostram a metodologia deles de como se desenvolve o currículo de medicina lá.

A formação básica continuou com atividades realizadas na própria Famed/UDEL, conforme relatou o professor: “Nós convidamos os docentes de lá para fazer cursos de capacitação aqui em Londrina; deve ter tido aí umas cinco a oitos sessões de capacitação com esses docentes da Universidade de Maastricht”.

Aqueles docentes que em um primeiro momento de implementação das metodologias ativas no currículo de medicina não se qualificaram para tanto, na medida em que o curso se desenvolvia e os alunos iam avançando – e também pela pressão destes - viam a necessidade

de atualizarem-se. Isso contribuiu para que os professores buscassem a capacitação para o ensino baseado nesse tipo de metodologia. A esse respeito, se manifestou o Prof. Irani/UEL:

Depois que o currículo foi indo, foi indo e estes alunos vão chegando no internato também começa a ter uma pressão (...) dos próprios alunos. E aí, (os professores) começaram a vir. Hoje, eu posso dizer que a maioria dos professores... A porcentagem que a gente tem de professores que não fizeram o curso é pequena.

Além da capacitação básica, avançada, continuada, os professores fazem educação permanente⁹⁶. A capacitação do professor realiza-se em diversos níveis e pode ser visualizada no esquema abaixo.



Figura 9: Capacitação do Professor.
Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Reservadas as peculiaridades das faculdades de Londrina (UEL) e Marília (FAMEMA), os professores têm a sua disposição uma ampla possibilidade de atualização. É reconhecida a importância e a necessidade da educação permanente, pois existe uma tendência de afastamento das metodologias ativas (que apontam para mudanças inovadoras) e de retorno à metodologia tradicional.

Sobre a educação permanente, os professores referem:

Então, a educação permanente é por cenário. Têm os da Unidade de Prática Profissional, têm os da tutoria... estamos num processo que é excelente... chamando os enfermeiros do hospital e da rede pra virem fazer educação permanente... [Prof. Altair/FAMEMA]

Com o passar do tempo, nós percebemos que a capacitação básica e mesmo a avançada, ela já não dava conta, precisava de algo mais, porque nós começamos a “patinar”. Então aí nós começamos a trabalhar não só com a educação continuada, mas com a educação permanente. Com a idéia de que... a educação permanente, trabalha com aquele conteúdo que vem da prática. Então, a educação permanente é feita no momento em que os professores estão em atividade. Então, como é que funciona isso na prática? Hoje, eu tenho tutoria. Eu faço tutoria de segunda e quinta-feira. Então, na segunda-feira, das oito às nove e meia da manhã, eu com todo o grupo de tutores da 1ª série, os quinze, nós sentamos junto com o profissional da educação permanente, pra discutir os problemas da sessão de tutoria. Então, não é mais aquela coisa básica: o que é que eu vou fazer na tutoria? Qual que é o papel do tutor? Não. É o como as coisas acontecem, quais são as dificuldades que acontecem no grupo, por isso cria essa característica de educação permanente. [Prof. Neci/FAMEMA]

A educação permanente possibilita refletir sobre a dinâmica do grupo, o papel do tutor e as dificuldades que aparecem a todo momento no exercício do trabalho. Por mais que o professor seja experiente, sempre estará diante de novas situações as quais podem ser elaboradas através na modalidade de *educação permanente*, que ocorrem sempre durante o seu fazer. Sobre este aspecto, a fala a seguir é ilustrativa:

O que adianta eu estar com essa cabeça, meus alunos estarem com essa cabeça, só que a enfermeira dali e os funcionários dela dali tão com a cabeça totalmente no tradicional. Então a gente ta expandido pros profissionais de serviço. A gente acha que a ferramenta é EP [Educação Permanente]. Eles têm que vir fazer EP junto com a gente. [Prof. Altair/FAMEMA]

Na medida em que os professores vão se inteirando do sentido das mudanças institucionais e participando das proposições que lhe são apresentadas, diminuem a resistência quanto às novas metodologias de ensino. Um fator muito importante consiste no desejo pessoal do professor de querer participar das mudanças; entretanto, a instituição deve oferecer oportunidades para sua de capacitação. A propósito disso, diz o Prof. Altair/FAMEMA:

Fundamental é o professor querer mudar. Porque ele tem que querer mudar a sua concepção, tem que querer mudar a si próprio. Você não consegue fazer uma coisa aqui na faculdade e outra coisa fora da faculdade. Então, eu acho que ele tem que querer essa mudança, ele tem que acreditar que realmente aquele estudante vai sair formado de uma forma diferente, com potencial diferente, que ele vai ser melhor formado do que eu fui, por exemplo. Então, é isso que a mim motivou fazer a mudança. Eu acho que sou uma experiência concreta. No começo, talvez até por desconhecimento, eu era totalmente contra: “Áh, mas o que é isso, esse povo ta louco...”, costumava a dizer... [segue] “tão querendo matar a enfermagem, enfermagem não se aprende assim, não é desse jeito...”, Porque eu tinha a cabeça no tradicional.

5.3.2.3 Atividades do professor

Na UEL, além das atividades de gerenciamento do curso, nas quais os professores participam de inúmeras comissões^{XIII}, atuam nos módulos temáticos interdisciplinares (grupos tutoriais, palestras, consultorias), nos módulos de práticas de interação, ensino, serviços e comunidades, nos módulos de habilidades clínicas e atitudes, e nos módulos de atualização.

^{XIII} Na Famed/Uel além do colegiado, que é formado pelos representantes dos professores e estudantes, existem as Comissões de Apoio Discente, Docente, Comissão de Avaliação, Comissão de Acompanhamento e Comissão de Educação Permanente Docente.

Neste tópico será focalizado o aspecto da relação do professor com o aluno, relacionando o referencial pedagógico tradicional com o ativo. Desta forma, se distinguem dois modos também diversos de relacionamento com o aluno, que correspondem aos dois métodos de ensino abordados neste trabalho. Um deles é descrito pelo Prof. Walderez/UCPEL: “...pode ficar muito sofrida [a aprendizagem] para eles [estudantes] e não uma coisa aprendida, uma coisa que eles possam se envolver, [com o] que eles possam se agradar”.

Na situação descrita, o professor em aulas demonstrativas assume sozinho o paciente, acreditando que com essa atitude proporcionará ao estudante um aprendizado que ele crê ser menos persecutório, simplificando para os alunos o contato com a responsabilidade.

Transparece, com isto, uma atitude de proteção ao aluno e a crença de que ele tem pouca capacidade de responder às tensões geradas pelo encontro com a prática médica. Essa atitude docente, reconfortante, pode contribuir para deixar o aluno mais dependente, tendendo a idealizar o professor, além de retardar o desenvolvimento de sua autonomia profissional.

Por outro lado, o modo de relacionamento com o aluno que parte de escolas que utilizam metodologias ativas, é exemplificado no dizer do Prof. Emir/FAMEMA, a exemplo do que ocorre naquela instituição, não sem enfrentar dificuldades:

...eu dizia “me apresente a sua história, a anamnese do seu paciente”. Eu dizia “essa anamnese não está legal, não está boa... você precisa repetir, volte amanhã eu vou te cobrar” e só aceitava quando estava boa. [Qual era a] Leitura do estudante: “ele é bravo, chato, quadrado”. Eu penso que na minha forma de ver é uma leitura errada, e como eu não aceitava qualquer coisa, fiquei com a fama de bravo.

Neste caso o professor acredita que os alunos podem fazer suas atividades conforme o previsto (na metodologia ativa) e permanece a disposição, mas sem criar a ilusão de uma proteção exagerada que os distancia da responsabilidade direta diante da tarefa, sem simplificar demasiadamente o contexto de aprendizagem. Enquanto esta dinâmica permanece incompreendida pelos alunos (ou por parte deles), em resposta a uma conduta estimuladora do professor, este recebe projeções por parte dos alunos no sentido de que seria “bravo” ou perseguidor, pejorativamente falando. É difícil para o aluno compreender que a cobrança do professor, feita desta maneira, visa a auxiliá-lo e somente com mais maturidade compreenderá que o professor não estava contra ele. No entanto, mesmo com estas dificuldades, ressaltamos a importância desta atitude pelos motivos expostos.

Na escola de método tradicional os professores, tentando diminuir a distância com os alunos e em relação ao curso, além de visar integrá-los à instituição e entre si, exercem uma

função denominada tutoria, que tem uma conceituação específica, conforme diz o Prof. Darci/UCPEL:

...um professor que acompanha um grupo de oito, dez alunos e que tem um perfil relacional... Nesta função de tutores, os professores, que são de diversas especialidades, promovem encontros informais ao longo do ano, não existe cobrança, preconiza-se uma relação de informalidade (...) A atividade é importante na chegada do aluno principalmente daqueles que procedem de outras cidades.

Nas escolas com métodos ativos, persiste igualmente a preocupação com a assistência às necessidades pedagógicas e afetivas dos alunos. Na UEL isso fica a cargo da Comissão de Apoio Discente e Docente - CADD, enquanto que na FAMEMA está sob responsabilidade do Núcleo de Apoio Discente - NUAD.

Salientamos até aqui que nos aspectos da relação professor-aluno-instituição, visando à formação de profissional com capacidade crítica e reflexiva, as metodologias ativas poderão contribuir de forma bastante incisiva, uma vez que estimulam a capacidade de estudo independente, ao contrário do que ocorre no método tradicional, onde o aluno permanece a espera do que lhe será oferecido.

A independência crescente do aluno ao longo do curso é corroborada pelo relato do Prof. Neci/FAMEMA ao se referir à tutoria:

O papel do tutor vai ficando mais fácil no decorrer das séries, porque no primeiro ano ele [o aluno] não sabe fazer isso ainda, então o tutor tem um papel importante de inseri-lo na metodologia. A partir do momento que ele aprende como funciona, abrir problema e discutir fica muito fácil, porque eles automaticamente pegam um problema ali, “olha, isso a gente já sabe, isso nós já vimos”, discutem o que já sabem. “Ó, precisamos, pra solucionar ‘tal’ problema, estudar ‘tais’ e ‘tais’ tópicos”. Eles andam muito por si só, aí que é a questão interessante da metodologia ativa.

Outro ponto relacionado à atividade do professor diz respeito ao tempo dedicado ao curso de graduação. A carga de tempo relacionada ao trabalho com alunos muda muito quando se trata do método ativo, no qual os professores dedicam pelo menos 50% da sua carga horária para a graduação. É o que diz o Prof. Emir/FAMEMA:

...50%, pelo menos. É obrigatório. Senão não dá pra levar esse projeto adiante. Porque veja, imagina uma turma de oitenta estudantes... primeiro ano tem oitenta estudantes. Eu tenho que dividi-los em grupos de oito. São dez grupos, eu preciso de dez tutores... 2ª série, mais dez, 3ª série, mais dez. No método tradicional um professor de [uma especialidade] dá aula pra oitenta [de uma vez].

Sobre o mesmo tema, mas em relação ao tempo destinado respectivamente às atividades na graduação e no pós-graduação, o Prof. Eni/FAMEMA refere: “...eu estou em dedicação exclusiva e eu tenho atualmente... todas as minhas atividades são envolvidas com graduação e eu tenho poucas horas com pós-graduação...”. Disso advém que a metodologia ativa tende a fazer com que os docentes valorizem e se envolvam ainda mais com a graduação, por exemplo, em relação à pós-graduação, costumeiramente supervalorizados pelos docentes.

5.3.3 Limites e possibilidades das metodologias

O fato do ensino tradicional ser organizado através de disciplinas e com pouca integração entre elas, traz problemas para aluno também para que integre o conhecimento em seu processo de aprendizagem. Muitas vezes, diante da necessidade de colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos, os estudantes encontram dificuldades de estabelecer uma articulação entre eles, o que gera neles insatisfação e insegurança.

De modo oposto, os alunos dos cursos com metodologias ativas demonstram uma satisfação maior. Sobre o tema, diz o Prof. Juraci/UEL: “...como eu fui um aluno [do modelo] tradicional eu detestava isso, porque eu não conseguia fazer essa integração, porque era muito compartimentado; quando eu passo a estudar a metodologia ativa eu aprendo anatomia aplicando-a já numa coisa [mais concreta]...”.

Outro aspecto do currículo integrado, pelo fato de os professores não trabalharem isolados um dos outros (pelo menos em tese), é o seu maior envolvimento com a instituição. Bem diferente disso é o que se constata no currículo disciplinar, no qual os professores - com uma inserção focal em algumas disciplinas – tendem a não se aproximarem do restante do corpo docente e a não se integrarem à instituição, tal como apresentado em vários depoimentos anteriores.

Não obstante, a mera integração do conhecimento dos alunos e uma maior integração do corpo docente à instituição, não significa que esteja sendo obtida a integração dos aspectos biopsicossocial no trabalho junto ao paciente. Sobre este tema pronunciou-se o Prof. Emir/FAMEMA:

...a integração das dimensões biológica, psicológica e social... Isso não pegou... o pessoal falava, falava, mas a integração biopsicossocial não acontecia.... porque os professores da nossa escola e de qualquer outra escola não foram formados dessa forma, com a integração biopsicossocial.

Em relação à capacitação do estudante para trabalhar com a comunidade, os alunos do curso de modelo ativo - inseridos em um projeto pedagógico contextualizado e voltado para as necessidades de saúde da população -, encontram mais facilidade para desenvolver suas atividades.

Assim, relata o Prof. Juraci/UEL:

...nós percebemos que este aluno [do curso de modelo tradicional] não estava preparado para atender à comunidade, ele estava muito fechado dentro de um hospital terciário e na realidade ele não estava sendo formado para atender uma comunidade carente e era naquela comunidade que ele deveria exercitar [suas habilidades]...

A metodologia ativa, tanto na ABP/PBL quanto na Problematização, é um processo que se refere fundamentalmente à troca de papel entre o estudante e o professor. Como referido em outros momentos do trabalho, ela foi escolhida para atender a um projeto pedagógico como um procedimento. Nestas metodologias, os alunos trabalham em grupo, aprendem a ouvir e a discutir colaborativamente entre si e com o professor. Entretanto, elas não dizem respeito ao trabalho de relacionamento profissional com o paciente. Este é feito nos laboratórios de habilidades e prática profissional (módulos PIN e UPPs). Quanto ao relacionamento médico-paciente, um importante aspecto foi trazido pelo Prof. Juraci/UEL:

...na metodologia ativa o relacionamento médico-paciente melhoraria porque uma das inquietudes nossas anteriormente, era que nossos alunos eram muito frios alheios ao que estava acontecendo com o paciente e, como na metodologia ativa a gente discute com o aluno desde o primeiro ano a relação médico-paciente, a gente achava que quando eles estivessem lá no internato ou se tornassem residentes, isso melhoraria. Eu tenho observado e não tenho nada científico e nem... não fiz nenhuma pesquisa a respeito disso, é só de olho na vivência do dia-a-dia, que isso não aconteceu, muito pelo contrário os alunos estão indiferentes...

Embora estes dois métodos auxiliem muito na comunicação dos alunos entre si, com os docentes e com a instituição, não asseguram uma relação médico-paciente adequada. A relação médico-paciente empática, acolhedora e solidária, desenvolvida pelo médico, se constitui um modelo importante para os alunos que querem e estejam aptos a estar próximos do paciente. Para obter uma relação mais próxima, é necessária a compreensão das resistências a fim de que seja possível o estabelecimento deste encontro. Sem dúvida isso depende muito das condições pessoais do estudante, futuro profissional. De fato muitos fatores contribuem para o distanciamento do aluno (e do médico), sobretudo os que decorrem da proximidade da morbidade e da mortalidade.

No desenvolvimento de uma adequada relação médico-paciente, o professor acredita que conta muito o modelo, conforme explica o mesmo docente, que relata que “...o professor é observado na enfermaria, como ele se porta na frente do paciente, tendo um bom relacionamento com o paciente ... como eu disse anteriormente o aluno se espelha muito no professor”.

Na relação médico-paciente os conteúdos emocionais necessitam ser compreendidos, o terá como efeito também um melhor entendimento da relação. Desta maneira, o método de Balint poderá proporcionar uma abordagem destas questões, uma vez que ele auxilia na elaboração de vivências e sentimentos do médico com o paciente. No entanto ele é pouco conhecido e por isso quase não é utilizado nas escolas estudadas, em que o entendimento dos aspectos subjetivos, sobretudo os relacionados com manifestações um pouco mais profundas do tipo pré ou inconscientes, é quase inexistente.

Por fim, a literatura⁹⁷ salienta que nos cursos tradicionais os alunos adquirem mais conhecimentos - quando considerados os escores nos testes acadêmicos -, em contraponto aos currículos ABP/PBL, em que os estudantes adquirem melhores habilidades clínicas e de resolução de problemas.

6 CONCLUSÕES

A análise dos dados possibilitou acompanhar as peculiaridades dos processos de ensino e aprendizagem das três faculdades de medicina abordadas por este trabalho. Uma delas (UCPEL) mantém o modelo tradicional de ensino e as outras duas (FAMEMA e UEL) adotam o modelo de ensino integrado, utilizando metodologias ativas como instrumentos apropriados para os seus currículos. O interesse principal deste estudo concentrou-se nestas duas últimas escolas, por serem pioneiras nas mudanças no ensino médico, se antecipando às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001.

Naquele ano, tanto o curso da UEL quanto o da FAMEMA estavam com o currículo integrado em pleno andamento. Atualmente, já formaram algumas turmas no modelo adotado, servindo de referência para outras escolas de medicina. Realizaram profundas mudanças, objetivando a formação dos profissionais, médicos e enfermeiros, para estender ainda mais os benefícios da saúde à população, prerrogativa estabelecida a CF/88, cujo instrumento principal é o PSF (hoje ESF), já em funcionamento em um número considerável cidades. Definiram que os esforços deveriam se dirigir à promoção da saúde e qualidade de vida, sem desconsiderar a prevenção secundária e a reabilitação. Isso coincide com o modelo da integralidade que pressupõe a utilização de recursos integrados em ação conjunta dos setores da saúde (MS) e da educação (MEC). |

As Diretrizes Curriculares Nacionais do MEC estão em consonância com o projeto de saúde do Ministério da Saúde, que oferece recursos para a aceleração das mudanças necessárias, que passam pela formação e capacitação dos profissionais de saúde.

Operacionalizar o que está disposto nas DCN não é um caminho de mão única. Inúmeras faculdades estão fazendo adaptações. Na FAMEMA e na UEL houve um estudo profundo acompanhado da mobilização da academia, parcerias públicas e privadas, com a participação da comunidade e dos estudantes. O papel da liderança (gestores de instituições de ensino) é decisivo, pois implica em habilidades políticas e capacidades para negociar com uma diversidade de interesses.

Estas escolas médicas proporcionaram ampla discussão das mudanças visando à capacitação docente em metodologias ativas para a formação de médicos aptos à prática profissional no modelo da integralidade.

Os médicos com formação mais ampla, generalista, com capacidade crítica e reflexiva, sensíveis aos problemas sociais e psicológicos e com forte base nas ciências biológicas, desempenharão seu novo papel. Este papel é diferente daquele tradicional, bastante marcado

pela idealização do trabalho privado, individualizado e especializado em consultório particular.

O professor deverá revisar o seu modo de trabalhar com o ensino, cada vez mais profissionalizado e a exigir maior dedicação. O preparo pedagógico do docente em medicina será indispensável e, mesmo aqueles já com alguma habilitação para a docência deverão buscar um implemento de capacitação. O envolvimento com o ensino aumenta e a relação com os alunos modifica-se, ocorrendo mais parcerias e colaboração. O reconhecimento e a competência do professor deixarão de basear-se em critérios como o de uma autoridade detentora do conhecimento. Quanto aos estudantes, deverão desenvolver a capacidade crítica e reflexiva, além daquela de busca e de seleção de conhecimento, bem como de uma postura ética apropriada.

As formas de avaliação devem ser reconsideradas, tornando-se formativas e fazendo parte do próprio processo de ensino e aprendizagem, devendo ser estendidas para todos os personagens: alunos, professores, curso e instituição.

O modelo de ensino integrado, entretanto, exige um trabalho continuado para seu desenvolvimento e manutenção, pois há sempre o risco do restabelecimento do tradicional.

As modificações na instituição médica, especificamente nas escolas médicas, encontram resistências que necessitarão ser compreendidas e enfrentadas. Nesse sentido, a discussão do modelo de ensino tradicional nos eixos da proposta pedagógica, dos cenários de prática, da formação docente, do mercado de trabalho, pode ser de grande valor para a reconsideração da formação médica, atualmente ainda pautada pelo modelo Flexneriano^{XIV}.

Três metodologias ativas foram descritas, quais sejam, o ABP/PBL, a Problematização e o método de Balint, sendo que as duas primeiras foram adotadas pelas escolas de medicina estudadas, à exceção da UCPEL que mantém o modelo tradicional, como visto. Ficou muito evidente a utilização do ABP/PBL e da Problematização para o ensino dos aspectos cognitivos e sociais. A discussão, a partir de um problema no grupo de pares contribui para o desenvolvimento da capacidade de raciocínio e da integração disciplinar na busca de uma solução. Entretanto, os aspectos psicológicos, embora ventilados, poderiam ter maior aprofundamento. Neste sentido, o método de Balint, adaptado aos estudantes, o qual pode oferecer um importante subsídio – como sugerimos – quase não é utilizado pelas escolas de medicina, o que merece no futuro mais indagações.

Em tempo, destaca-se um acontecimento ocorrido na Famed/Uel enquanto era finalizada a redação deste trabalho⁹⁸, e que, portanto, não pode deixar de ser comentado. Em noticiário nacional

^{XIV} Como referimos em vários momentos, o modelo flexneriano ofereceu importantes contribuições, servindo de base para o ensino de modelo tradicional. Este, por sua vez, não significa ensino de qualidade inferior, de forma alguma. Por outro lado, também não pretendemos valorizar excessivamente o ensino estruturado através dos métodos ativos. No entanto, longe de simplificações maniqueístas, é preciso reconhecer que ambos podem conviver lado a lado (e de fato convivem, já que as escolas não seguem exclusivamente um ou outro modelo), mesmo naquelas faculdades de medicina que se propõem a um ensino inovador. Não é somente o método que assegura a qualidade do ensino e da aprendizagem, muitas variáveis a determinam.

foi divulgada a balbúrdia de um grupo de doutorandos desta faculdade que alcoolizados, em profundo desrespeito aos pacientes, adentraram nas dependências do Hospital Pronto Socorro aos gritos e detonando foguetes a justificar-se pela alegria da finalização do curso. Como não poderia deixar de ser a comunidade acadêmica, indignada, de imediato tomou medidas administrativas. Mas o episódio teve repercussões maiores, havendo quem desejasse sustar a colação de grau e o direito desses doutorandos ao exercício da medicina. Inúmeras foram as manifestações diante do episódio, sobre o qual se necessitará uma reflexão mais aprofundada. Entretanto, podemos refletir no sentido de formular uma hipótese: de que aspectos subjetivos (emocionais) dos estudantes, se não tensionados de forma satisfatória ou adequada, podem levar a atitudes irracionais, tal como o exagero e total absurdo, observados neste caso. É óbvio que não se pode esperar tal conduta de alunos prestes a tornarem-se oficialmente médicos, o que assombrou seus pares, pacientes etc. Então, mesmo que a pretexto de uma celebração e ainda que sem uma intenção hostil consciente daqueles alunos, deveríamos pensar qual o pano de fundo a desencadear um acontecimento deste tipo. Sem pretendemos, de forma alguma, apontar para uma resposta objetiva, poderíamos relacionar as seguintes indagações: seria uma falha do modelo político-pedagógico de ensino? Da instituição? Dos métodos? De tudo aquilo que aprenderam (ou não) sobre ética? Onde estaria a brecha a justificar que estudantes de medicina, deixassem de lado uma conduta apropriada para o ambiente o qual freqüentaram durante pelo menos os últimos anos de suas vidas, para chegar ao ponto de uma atitude desmedida como esta?

É difícil compreender, manifestamente, que isso tenha tido origem em alunos formados em um modelo de ensino (neste sentido seja qual for) onde se busca o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva, com responsabilidade ética. Para além dos aspectos da qualificação do ensino médico, isso dá uma idéia da complexidade que implica a formação de profissionais médicos. Entretanto, o fato ocorreu e vem evidenciar que ainda há (e talvez sempre exista) a necessidade de olhar mais apurado para os aspectos emocionais e subjetivos dos alunos, dos professores e da instituição e, porque não dizer, até mesmo da sociedade.

A aprendizagem implica em uma modificação não só da estrutura cognitiva, dos aspectos racionais e intelectuais, mas em toda a personalidade dos atores envolvidos, sobretudo o aluno, no qual os aspectos emocionais têm um papel decisivo. O relacionamento do professor com o aluno proporciona um clima emocional apropriado (ou não) para aprendizagem. A compreensão dos dinamismos psíquicos é de grande valor, podendo servir para relações individuais, em grupo ou institucionais.

REFERÊNCIAS

- ¹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). 20. São Paulo: Saraiva, 1998.
- ² BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. CNE/CES n. 4 de 07.11.2001. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cedem/did/preceptores/DiretrizesMedicina.pdf>. Acesso em: 20.01.2007.
- ³ BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares – PROMED. Portaria Interministerial n. 610 de 26/03/2002. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/promed/portaria.asp>. Acesso em: 23.01.2007.
- ⁴ BRASIL. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Portaria Interministerial n. 2101 de 3/11/2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso em: 23.01.2007.
- ⁵ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 14.12.2008.
- ⁶ MANFROI, W. C.; MACHADO, C. L. B.; DORNELES, M.; RIBEIRO E. C.; BORDIN, R. Estratégias para a implementação de um projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 32, p. 127-132, 2008.
- ⁷ LAMPERT, J. B. Formação Médica. In: Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil – Tipologia das Escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002, p. 52-63.
- ⁸ PINHEIRO, R. F.; SILVA Jr., A. A.; GOMES, A. A integralidade da atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C.; (Org.). Educação Médica em Transformação. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004.
- ⁹ OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Declaração de Alma – Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, 1978. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/iploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em: 26.02.2007.
- ¹⁰ GONÇALVES, E. L.; MARCONDES, E. Olhando para o futuro. In: _____. (Coord.). São Paulo: Sarvier, 1998.

¹¹ WAGNER, G. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica. Documento preliminar, Diretrizes, Abril, 2005. Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/posicionamento_abem/doc_prof_gastao.pdf. Acesso em: 02.10.2008

¹² VENTURELLI, J. Educación Médica - Nuevos enfoques, metas y métodos. OPAS. Organización Pan-americana de la Salud. 2. ed. Washington D.C./EUA, p. 1-9, 2003.

¹³ PUSTAI, O. A “ordem” *de-vida* para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. 230f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2006.

¹⁴ FLEXNER, A. A medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancements of Teaching. Bull 4. New York: The Carnegie Foundation. Disponível em: http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf. Acesso em: 28.08.2004.

¹⁵ MACHADO, C. L. B.; MANFROI, W. C. Prática Educativa em Medicina. 1. ed. V. 1000. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.

¹⁶ CHAUI, M. Ventos do progresso: a universidade administrada. In: PRADO Jr., B. Descaminhos da educação pós 68. Cadernos de Debate, São Paulo, Brasiliense, n. 8, p. 31-56, 1980.

¹⁷ PUSTAI, op. cit., vide referência 13, idem.

¹⁸ DAMÁSIO, A. R. O erro de Descartes – Emoção, razão e o cérebro. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

¹⁹ FREUD, S. O Ego e o Id. Standard Brasileira. [1923] v. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

²⁰ BAUMAN, Z. Amor Líquido: Sobre a Fragilidade dos Laços Humanos (Liquid Love: On the Frailty of Human Bonds). Cambridge: Polity. Traduzido por Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

²¹ BAUMAN, Z. O mal-estar da pósmodernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

²² MATTOS, R. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

- ²³ CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. Educação médica em transformação - Instrumento para construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004.
- ²⁴ UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto Pedagógico da Faculdade de Medicina. Porto Alegre: 2007.
- ²⁵ ZIMMERMANN, D. Minha experiência na Formação de Psiquiatras. Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 19:147, 1960.
- ²⁶ ABUCHAIM, D. Uma experiência de ensino de psicologia médica e psiquiatria. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 29 (2), p. 127-33, 1980.
- ²⁷ BUSNELLO, E. D. A Psiquiatria Comunitária do Centro Social S. J. Murialdo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 24, p. 443-478, 1975.
- ²⁸ BUSNELLO, E. D. A Revisão do Ensino Médico na Graduação. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 3, p. 27, 1979.
- ²⁹ UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Plano de Ação 1985-1988. 31 f. Porto Alegre, 1985.
- ³⁰ LASCH, C. A cultura do narcisismo. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- ³¹ JAQUES, E. Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutorias e depressiva. In: MENZIES, I. E. P.; JAQUES, E. Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Buenos Aires/Argentina: Ediciones Horme Editorial Paidós, 1969.
- ³² SILVA FILHO, J. F.; BULCÃO, C. de. Saúde mental na atenção primária à saúde: A portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Psiquiatria Hoje: Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria. Rio de Janeiro, n.1, 2008.
- ³³ WORCMAN, R. B. A distância entre nós. In: XXVII Congresso FEPAL - Eixo Comunidade e Cultura. Santiago/Chile, 2008. Mimeo.
- ³⁴ SOARES, S. S. G. S. Considerações sobre a incedência do instrumento psicanalítico em um trabalho com mães de crianças excepcionais em instituição. In: XXVII Congresso FEPAL - Eixo Comunidade e Cultura. Santiago/Chile, 2008. Mimeo.

³⁵ BATISTA, N. Desenvolvimento docente para novos espaços de ensino aprendizagem [Curso]. In: 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Gramado/RS, 2006.

³⁶ Disponível em: <http://www.unsl.edu.ar/librogratis/gratis/emilio.pdf>. Acesso em: 03.09.2008.

³⁷ GAL, R. História da Educação. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960.

³⁸ PENAFORTE, J. C. J. Dewey e as raízes Filosóficas da Aprendizagem Baseada em Problemas. In: Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional. MAMEDE, S.; PENAFORTE, J.; SCHMIDT (et.al.) Fortaleza: Hucitec, 2001, p. 49-78, p.60.

³⁹ ZITKOSKI, J. J.; FREIRE, P. Educação. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006.

⁴⁰ CUNHA, M. V. John Dewey – Democracia e Educação - Capítulos Essenciais. 1. ed. São Paulo: Ática, 2007, p. 08-10.

⁴¹ FREIRE, P. Pedagogia da Esperança. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

⁴² FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários à prática educativa. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003. p. 69-70.

⁴³ SAVIANI, Demerval. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 2. ed. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1991.

⁴⁴ BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino aprendizagem. Petrópolis: Vozes, 1977.

⁴⁵ BERBEL, N. A. N. A teoria e a prática da metodologia da problematização em outras realidades, a partir dos trabalhos produzidos na UEL: uma investigação através do site de pesquisa Google. Disponível em: http://www.2.uel.br/pessoal/berbel/metodologia_da_problematizacao. Acesso em: 01.08.2008.

⁴⁶ PIAGET, J. Natureza y métodos de la epistemología. Buenos Aires/Argentina: Proteo, 1970.

⁴⁷ VANZOLINI, M. E. Curso: Desenvolvimento docente para novos espaços de ensino aprendizagem. [Curso] In: 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica, Gramado/RS: 2006.

⁴⁸ ZABALA, A. A Prática Educativa – Como ensinar, capítulo 2: Porto Alegre: ARTMED; 1998.

⁴⁹ SCHMIDT, H. As bases cognitivas da Aprendizagem Baseada em Problemas. In: Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional. MAMEDE, S.; PENAFORTE, J.; SCHMIDT (et.al.) Fortaleza: Hucitec, 2001, p. 80-108.

⁵⁰ BRANSFORD, J. D.; JOHNSON, M. K. Contextual prerequisites for understanding: some investigations of comprehension and recall. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11:717-726, 1972.

⁵¹ PATEL, V. L.; GROEN, G. J. Knowledge based solution strategies. *Medical Reasoning. Cognitive Science*, 10:91-116, 1986.

⁵² ANDERSON, J. R.; REDER, L. M. Na elaborative explanation of depth of processing. In: CERMAK L. S.; CRAIK, F. I. M. (Eds.) *Levels of processing in human memory*. Hillsdale/ NJ: Lawrence Erlbaum, 1979.

⁵³ GODDEN, D. R.; BADDELEY, A. D. Context-depende memory in two natural environments: on land and underwater. *British Journal of Psychology*, 66: 325-331, 1975.

⁵⁴ JOHNSON, D. W.; JOHNSON, R. T. Conflict in classroom: controversy and leaning. *Review of Educational Research*, 49:51-69, 1979.

⁵⁵ BION, W. R. *Estudos Psicanalíticos Revisados* Rio de Janeiro: Imago, 1988.

⁵⁶ ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes médicas, 1987.

⁵⁷ BERBEL, N. A. N. Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: Diferentes termos ou diferentes caminhos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 1, n. 2, 1998.

⁵⁸ KOMATSU, R. S. *Aprendizagem Baseada em Problemas: sensibilizando o olhar para o idoso*. São Paulo: Fundo editorial FAMEMA, 2003, p. 32-34.

⁵⁹ SCHMIDT, H. G. Problem-Based Learning: rationale and descriptions. *Medical Education*, 17:11-16, 1983.

⁶⁰ ALMEIDA, M. J.; LEITE, P. H. P. *Manual Geral do Professor Tutor*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2007.

- ⁶¹ BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1975.
- ⁶² BALINT, op. cit., vide referência 61, p. 251.
- ⁶³ MELLO FILHO, J. Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos. 1. ed. V. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ⁶⁴ LAMPERT, J. B. Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil – Tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002.
- ⁶⁵ OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. As recomendações da II Conferência Mundial de Saúde. 1994. In: SANTANA, J. P.; ALMEIDA, M. J. Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica. Brasília: Opas, Série de Desenvolvimento em Recursos Humanos, n. 7, 1994.
- ⁶⁶ CINAEM. Comissão Interinstitucional. Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Relatório final da II fase do projeto de avaliação da educação médica no Brasil. RJ: CINAEM, 1997.
- ⁶⁷ FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. A. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, Laura C. M.; LHANOS, M. A. (Org.) Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999.
- ⁶⁸ KISIL, M.; CHAVES, M. Programa UNI: Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994.
- ⁶⁹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.861.htm. Acesso em: 08.09.2008.
- ⁷⁰ LAMPERT, J. B. Avaliação Institucional e Mudanças na formação profissional de saúde: Diretrizes, Sinaes e Projeto da CAEM/ABEM. Cadernos ABEM, Rio de Janeiro, v. 3, Out., 2007.
- ⁷¹ KÄES, R. Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições. In: _____ (et. al.) A Instituição e as Instituições: Estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.
- ⁷² CASTORIADIS, C. A instituição imaginária da sociedade. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ⁷³ BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: KÄES, R. (et. al.) A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos. Casa do Psicólogo, São Paulo, 1988.

- ⁷⁴ ELLIOTT, J.; MENZIES, Isabel E. P. Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Buenos Aires/Argentina: Ediciones Hormé, 1969.
- ⁷⁵ FREUD, S. A Psicologia de grupo e a análise do ego. In: _____. Obras Psicológicas Completas. V. XVIII Rio de Janeiro: Edição Standart Brasileira, Imago, 1976.
- ⁷⁶ VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa Qualitativa em Saúde Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- ⁷⁷ NUNES, M. L. T. Entrevista como instrumento de pesquisa. In: Macedo, M. K.; CARRASCO, L. (Con)textos de entrevistas: olhares diversos sobre a interação humana. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 207-222, 2005.
- ⁷⁸ MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ⁷⁹ BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70, 1979.
- ⁸⁰ OLABUÉNAGA, J. I. R. Metodología de la investigación cualitativa. 2.ed. Bilbao/Espanha: Universidad de Deusto, 1999.
- ⁸¹ GUIZZO, B. (et. al.) O Software Q.R.S. Nvivo na Análise Qualitativa dos dados: Ferramentas para pesquisa em ciências humanas e da saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p 53-60, Abr., 2003.
- ⁸² SANTOS, J. V. T. As Possibilidades das Metodologias Informacionais nas Práticas Sociológicas: Por um novo padrão de trabalho para os sociólogos do século XXI. Sociologias, Porto Alegre, ano 3, n. 5. p. 114-146, Jan./Jun., 2001.
- ⁸³ BRITO, C. L. S. A transmissão do conhecimento psicanalítico através da supervisão. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, 1999.
- ⁸⁴ FIGUEIREDO, N. C. M. Interfaces do trabalho voluntário na aposentadoria. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós graduação em Psicologia Institucional. Porto Alegre, 2005.
- ⁸⁵ UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina. Atos Legais de Consolidação do Currículo Integrado de Medicina. 2006.

- ⁸⁶ LOPES, M. H. A montagem do currículo médico. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Coord.) Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.
- ⁸⁷ KERR, F. R. M. A relação médico paciente e a qualidade do atendimento médico. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública: Epidemiologia. São Paulo, 2001.
- ⁸⁸ CAMPOS, G. W. S. C.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.) Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.
- ⁸⁹ GONÇALVES, E. L. Avaliação no processo educacional. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Coord.) Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.
- ⁹⁰ FUGIMURA, I. Avaliação do aluno. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, Ernesto L. (Coord.) Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.
- ⁹¹ CABRERA, M. A. S.; TURINI, B.; PACCOLA, L. B. B. O uso do portfólio na prática de atendimento domiciliar a idosos no curso de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, 32(2), 180-187, 2008.
- ⁹² LIMA, V. V. Avaliação de competência nos cursos médicos. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. Educação médica em transformação - Instrumento para construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004.
- ⁹³ CARMO E SÁ, H.. Avaliação dos estudantes. In: Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional. MAMEDE, S.; PENAFORTE, J.; SCHMIDT, H. (et. al.) Fortaleza: Hucitec, 2001.
- ⁹⁴ WERNER, E.; KORSCH, B. The vulnerability of medical student: posthumous presentation of L.L Stephens ideas. Pediatric, vol. 67, n.3: 321-327, March, 1976.
- ⁹⁵ BATISTA, N. A. Formação do professor de medicina: desafios e perspectivas. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Coord.) Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.
- ⁹⁶ FARIA, M. J. S. S.; NUNES, E. F. P. A.; ANASTASIOU, L.; SAKAI, M. H.; SILVA, V. L. M. Os desafios da educação permanente: A experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Revista Brasileira de Educação Médica, 32 (2) 248-253, Abr-Jun, 2008.
- ⁹⁷ SCHMIDT, H. G.; DAUPHINEE, W. D.; PATEL, V. L. Comparing the effects of Problem-Based and Conventional Curricula in an international sample. Journal of Medical Education, 62: 305-315, 1987.

⁹⁸ Notícia *online*: UEL suspende a formatura de 14 estudantes de Medicina. Disponível em: portal.rpc.com.br/jl/online/conteudo.phtml?UEL-suspende-. Acesso em: 20.01.2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Informado.

Prezado professor:

Meu nome é José Ricardo Pinto de Abreu e sou aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde: Cardiologia e Ciência Cardiovasculares da UFRGS, Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão do Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi e da Prof^a. Dr^a. Carmen Lucia Bezerra Machado, cujo objetivo é analisar a experiência de professores conhecedores das metodologias ativas de ensino na preparação de futuros médicos. Sua participação nesse estudo implica na realização de uma ou duas entrevistas de cerca de uma hora de duração, cada uma delas será gravada. A participação é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem total liberdade de fazê-lo. Na publicação dos dados dessa pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que possam identificá-lo. Entretanto, caso deseje que sua identidade ou que dados oferecidos sejam identificados, deverá autorizar, assinalando abaixo. Apesar de não ter benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e desenvolvimento científico. Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas pelo pesquisador José Ricardo Pinto de Abreu, cujo fone é (51) 3332.5107 ou entidade responsável, PPGMed/Famed/UFRGS, cujos telefones são: (51) 3316.5631/3316.5630.

José Ricardo Pinto de Abreu
FAMED/UFRGS

Waldomiro Manfroi FAMED/UFRGS
Carmem Machado FACED/UFRGS

Pesquisador

Orientadores

Assinale com um círculo sua opção:

Consinto em participar desse estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento:
SIM/NÃO

Autorizo minha identificação e dos dados oferecidos por mim: SIM/NÃO

Nome:

Local e data:

Assinatura

do

participante:

APÊNDICE B – Entrevista Semi-Estruturada: Roteiro.

1. Poderia falar sobre sua experiência como professor até entrar em contato com as metodologias ativas? Descreva no que consiste, conforme o seu entendimento, as metodologias ativas de ensino?
2. Como você entende a relação médico-paciente? Quais os conceitos básicos quanto aos aspectos emocionais devem ser ensinados aos alunos?
3. Poderia descrever uma situação real, exemplificando, como aplica a metodologia ativa no ensino dos aspectos emocionais da relação médico-paciente para estudantes de graduação em medicina?
4. Quais as condições e recursos (momento histórico, concepção de educação, professores, assessoria, planta física, biblioteca, equipamentos etc.) necessários para implantar o método ativo, na faculdade de medicina?

APÊNDICE C – Parecer Consubstanciado de Projeto.

O respectivo parecer foi elaborado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, conforme o modelo disponível em www.ufrgs.br/bioetica/parecer.doc.

Dados do Parecer:

Cadastro do Parecer: 07732

Data da Versão: 06/07/2007

Data do Parecer: 08/08/2007

ANEXOS

ANEXO A [Artigo Original] - Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas - Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas.

Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas - necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas

The current context of medical teaching: traditional and active methodologies - pedagogical needs of the teachers and of the schools' structure

José Ricardo Pinto de Abreu
Rua Nilo Peçanha, 242/604, Bela Vista
Porto Alegre/RS
Mestrando
Professor Famed/UFRGS
E-mail: abreujrp@orion.ufrgs.br

Waldomiro Carlos Manfroi
Rua Alcides Gonzaga, 330, Boa Vista
Porto Alegre/RS
Doutor em Medicina
Professor Famed/UFRGS
E-mail: wmanfroi@terra.com.br

Carmen Lucia Bezerra Machado
Av. Paulo Gama, s/n, Campus Centro
Porto Alegre/RS
Doutora em Educação
Professora Faced/UFRGS
E-mail: carmem.machado@ufrgs.br

Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas – necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas

The current context of medical teaching: traditional and active methodologies - pedagogical needs of the teachers and of the schools' structure

RESUMO

Apresento neste artigo a versão resumida da dissertação de mestrado, a partir da experiência didático-pedagógica de dez docentes, com atuação consolidada, em três faculdades de medicina: FAMEMA/Marília/SP, UEL/Londrina/PR (pioneiras na utilização dos métodos ativos, dentro da proposta pedagógica de currículo integrado), e UCPEL/Pelotas/RS. São examinados aspectos dos processos de ensino e aprendizagem, com estudo qualitativo, baseado na técnica de análise de conteúdo de L. Bardin. Analisaram-se três categorias: instituição, metodologias tradicional e ativa de ensino. Foram estudadas as seguintes peculiaridades: mudanças e resistências às inovações, recursos à implantação do currículo integrado, métodos de ensino e sua construção, papéis do aluno e do professor, avaliação dos alunos, e, por fim, os limites e possibilidades de cada método. Dentre os métodos ativos, destaca-se a ABP e a Problematização, utilizados para lidar com os aspectos cognitivos e sociais na aprendizagem. Verificou-se, no entanto, que para tratar dos aspectos emocionais poderia ser utilizado o método de Balint, como possibilidade para o estudo integrado da pessoa. Conclui-se que os professores devem ser permanentemente capacitados para a docência, devendo as escolas de medicina disponibilizar recursos adequados e modificar as relações internas e com a comunidade, para atingir a formação médica preconizada nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Palavras-chave: educação médica, educação superior, ensino médico, escolas médicas, docentes de medicina, metodologia.

ABSTRACT

This paper is a short version of my master's dissertation, a study on the didactic-pedagogical experience of ten professors with consolidated professional action in three schools of Medicine: FAMEMA, in Marília, state of São Paulo; UEL, in Londrina, state of Paraná (pioneers in the use of active methods, in the pedagogical proposal of an integrated curriculum) and UCPEL, in Pelotas, state of Rio Grande do Sul. Aspects of the teaching and learning processes are examined in a qualitative way, based on the technique of content analysis proposed by L. Bardin. Thus, three categories were analyzed: the institution, the traditional methodology and the active teaching methodology. The following peculiarities of the institutions were identified and also analyzed: changes and resistance to innovation, resources to the implantation of an integrated curriculum, teaching methods and their construction, roles of the student and the professor and the student's evaluation and, at last, limits and possibilities of each methodology. Among the active methodologies, the ABP and the Problematization are highlighted, used to deal with cognitive and social aspects in learning. However, regarding emotional aspects, the Balint method is prioritized, as a possibility for the integrated study of the person. It is concluded that the professors must be capacitated in a permanent way and the school of medicine must provide adequate resources, modifying its internal relations and its relations with the community, to reach the medical formation stated in the National Curricular Guidelines.

Keywords: medical education, college education, medical teaching, medical schools, medicine teachers, methodology.

Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas - necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas

The current context of medical teaching: traditional and active methodologies - pedagogical needs of the teachers and of the schools' structure

INTRODUÇÃO

O Brasil tem um projeto de políticas públicas orientado no sentido da integralidade em saúde, materializado a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), com repercussões importantes para a educação médica. Tal projeto foi reforçado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, do Ministério da Educação – MEC, de 2001 e pelo Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares – PROMED de 2002 e mais recentemente pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, de 2006.

A formação do médico, conforme o modelo de ensino tradicional, não corresponde aos resultados esperados^{1 2}, quando se trata de estender os benefícios da saúde às populações, compromisso estabelecido na Conferência de Alma Ata de 1978³. Além disso, é insustentável o alto custo da medicina exercida conforme o modelo de formação tradicional do médico. Neste esquema, a saúde é considerada ausência de doença e não resultado de bem estar físico e social com qualidade de vida. O que é valorizado é o modelo biomédico, o qual oferece uma visão reducionista e fragmentada da pessoa como um conjunto de órgãos e sistemas sem história nem subjetividade⁴ quase desconsiderando os aspectos psicológicos, sociais e culturais de cada um. O hospital ainda é o centro irradiador da saúde e é em torno dele que tudo acontece em termos de cuidados ao paciente. A escola de medicina é organizada de acordo com o paradigma flexneriano⁵, de orientação positivista, que perdura desde 1910, tendo proporcionado o desenvolvimento científico das especialidades médicas, porém, afastando o médico do paciente, dos seus aspectos mais humanos. A escola (como instituição) e os professores necessitam capacitar-se para formar médicos competentes, com uma visão integral, considerando o eixo biopsicossocial, o nível ético, e que sejam capazes de compreender as necessidades do contexto histórico no seu tempo⁶.

Esta dissertação é parte da produção fruto do Projeto de Pesquisa “Métodos ativos do ensino nos aspectos emocionais da relação médico-paciente, com alunos de graduação em medicina” (aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer Consubstanciado de Projeto nº 07732, de 08.08.2007). O objeto da pesquisa foi a descrição da experiência de professores de três cursos de medicina: da Universidade Estadual de Londrina (UEL/PR), da Faculdade de

Medicina de Marília (FAMEMA/SP), e da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL/RS), que trabalham com diferentes metodologias de ensino na graduação. A questão de pesquisa trata das peculiaridades das metodologias de ensino utilizadas nos cursos de medicina. O objetivo da pesquisa é identificar as necessidades pedagógicas, dos professores e da instituição de ensino médico, no uso destas metodologias: as tradicionais e, sobretudo, as ativas.

O Ensino tradicional

No início do século passado, Flexner produziu um estudo das condições do ensino médico nos Estados Unidos da América (EUA), de grande repercussão. Suas conclusões serviram de base para estruturação do ensino e elaboração dos currículos das faculdades de medicina americanas e posteriormente para todo o mundo, inclusive para o Brasil. Proporcionou o desenvolvimento do ensino tradicional centrado no professor, com base na sua experiência clínica e acadêmica. Entretanto, este modelo não priorizou as necessidades epidemiológicas, nem favoreceu o encontro com os aspectos psicológicos, sociais e culturais do paciente, embora não os desconsiderasse. A excelência procurada foi - e é - fundamentalmente técnica e científica.

Como consequência, a relação médico-paciente também foi afetada pela prática com exagerada inclinação tecnicista. O médico busca o diagnóstico tendendo a encaixar o caso em algum protocolo. Exagerando, parece nem precisar do paciente, o que é um completo absurdo.

Sem dúvida seria um retrocesso pensar a medicina sem os avanços proporcionados pela alta tecnologia. Porém, seu uso excessivo e apriorístico pode revelar uma utilização defensiva, evitando o contato direto e emocional com o paciente, mesmo que não intencionalmente. O médico pode gradativamente afastar-se dele, tornando-se cada vez mais especialista, num sentido equivocado, menos crítico, reflexivo e solidário, quanto ao seu trabalho com a aquela individualidade, uma nítida inversão de valores. Além disso, o ensino tradicional praticado nos limites do hospital dificultou sua prática em outros cenários, trazendo entraves à promoção da saúde e prevenção da doença.

Entretanto, no terreno do relacionamento com o paciente, a medicina está reconsiderando alguns aspectos; a dificuldade em proporcionar a ele um cuidado integral não depende somente da formação oferecida pelo curso de medicina: os valores prevalentes em nossa sociedade pouco contribuem para o fazer reflexivo e para soluções integrais.

O modelo da integralidade

Mattos⁷ refere que “integralidade” é uma palavra utilizada com muitos significados tendo três sentidos: da prática dos profissionais, da organização dos serviços e práticas, e das políticas especiais. Refere ainda que na direção da integralidade o médico deva ir além das demandas explícitas, buscando o encontro com o paciente, tentando discernir sobre suas necessidades, que não se reduzem ao diagnóstico precoce e à prevenção e controle de doenças.

O trabalho neste modelo inclui outros profissionais e desenvolve-se em equipes inter e multidisciplinares. Os serviços articulam assistência e saúde pública, dirigem-se por critérios epidemiológicos, considerando a demanda espontânea e a demanda programada de uma área geográfica delimitada. Com isso aumenta a possibilidade de diálogo e conhecimento dos usuários e de um atendimento mais individualizado.

Na prática da integralidade a atenção primária é bastante valorizada. Os profissionais de saúde, a partir de uma visão mais abrangente, ampla e profunda, desenvolvem uma melhor compreensão dos problemas. Por outro lado, os especialistas constituem o apoio de retaguarda, funcionando como consultores. Nesta forma de abordagem, a equipe de atendimento se encarrega de um grupo populacional e utiliza técnicas ativas para intervir nos problemas antes que se configurem como doença.

O PAPEL DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Desde a Conferência de Alma Ata (e conforme a CF/88) vem sendo buscado o objetivo de estender os benefícios da saúde a toda população, com diversas experiências sendo realizadas.

No Rio Grande do Sul ocorreram esforços pioneiros na Famed/UFRGS⁸, que se iniciaram com as discussões ainda na década de 1970 sobre o perfil do profissional a ser formado. À tendência prevalente para a especialização, opuseram-se movimentos que defendiam a volta do médico prático geral ou generalista. Isto influenciou decisivamente na reforma curricular de 1980, que teve como objetivo a implantação de um currículo que visasse à formação do médico geral. Além da ênfase no ensino das quatro grandes áreas (clínica médica, cirurgia, pediatria e gineco-obstetrícia), o estudo dos aspectos sociais foi contemplado com a introdução da Disciplina Sócio-Antropologia da Saúde.

A abordagem integral dos aspectos biológicos, psicológicos* e sociais e o estímulo ao atendimento ambulatorial, comunitário**⁹ e da família, através do ensino integrado multidisciplinar com as disciplinas de acompanhamento de família, visavam propiciar a inserção precoce do aluno na realidade da saúde, dando ênfase ao ensino no nível primário e secundário, além do comprometimento com as necessidades de saúde da comunidade. Essas experiências começaram com grande entusiasmo, mas não prosperaram por falta de apoio e de políticas públicas consistentes. Em decorrência disso, várias das disciplinas de acompanhamento de família tiveram dificuldades em se consolidar, vindo a ser substituídas pelas disciplinas de promoção e proteção à saúde. Embora a situação tenha se alterado com a explicitação de propósitos na CF/88, ainda existem muitas dificuldades para alcançar os objetivos apontados, estando a educação médica sujeita aos conflitos e às contradições deste tempo.

Não obstante e paradoxalmente à tendência individualista, verifica-se um esforço - apoiado pelas instituições oficiais - no sentido de formar médicos com o perfil “crítico, reflexivo e humano, capazes de atender todas as etapas do ciclo vital” (DNC).

Essas dificuldades podem ser enfrentadas buscando diminuir a distância emocional e cultural do médico em relação ao paciente. Para tanto, devem ser trabalhadas as dificuldades de identificação do médico/estudante com aquelas pessoas, pois quanto mais distante e isolado mais tende a manter-se defendido. Resulta disso maior empecilho ao contato emocional e, portanto, menos possibilidade de escuta, respeito e acolhimento empático.

Do tradicional aos métodos ativos

Existem inúmeros métodos ativos, mas dois deles têm sido utilizados no ensino médico: a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP ou, do inglês PBL, *Problem Based Learning*) e a Problematização. Para o ensino dos aspectos subjetivos (emocionais), outro método se mostra útil: o de Balint (mais adiante).

No Século XX, através da Psicologia e de pensadores eminentes como Dewey (1859-1952, EUA), Piaget (1896-1980) entre outros, surgiram contribuições importantes para configurar os métodos ativos¹⁰.

* David Zimmermann (Porto Alegre) e Darci Abuchaim (Pelotas) realizaram experiências no ensino da psicologia médica introduzindo mudanças até hoje presentes.

** No Centro Médico Social São José do Murialdo, surgiu a Medicina Comunitária com significativas contribuições de Ellis Busnello, Isak Levin, Carlos Grossman e Nelson Rezende.

Dewey, estudado por Penaforte¹¹ dava grande importância ao papel da experiência na atividade de aprender. Afirma que primariamente a experiência não é um ato cognitivo, adquirindo tal qualidade quando é cumulativa e se torna carregada de significado. A aquisição de significado é essencial para uma experiência educativa, devendo para tanto ocorrer um ato de reflexão. O problema derivado da experiência é o ponto de partida da aprendizagem, base da ABP.

As contribuições de Paulo Freire, explica Zitzoski¹², constituem o que se convencionou chamar “educação libertadora”, de ação transformadora. Desenvolveu seu pensamento na busca de que a educação contribua para emancipação em sociedades com fortes traços de exclusão¹³. Este educador inspirou o enfoque da problematização. Foi, entretanto, Bordenave e Pereira¹⁴ que deram divulgação a esta metodologia, através do uso do Arco de Magueréz. Berbel¹⁵, por sua vez, aplicou esse método e o introduziu em diversos cursos entre 1992 e 1994, em Londrina.

As bases cognitivas e afetivas do ensino e aprendizagem

Os estudos de Piaget oferecem base científica para a compreensão dos fenômenos relacionados à aprendizagem cognitiva. Referia que o conhecimento é decorrente de uma relação entre um agente humano inquiridor e uma situação problemática. No modelo cognitivista, Vanzolini¹⁶, dialogando com Piaget, preconiza que diante de um problema a estrutura cognitiva fica sujeita a um desequilíbrio, assimila a nova informação mediante uma adaptação da mesma estrutura já existente, resultando disso uma nova acomodação. Deste modo os esquemas cognitivos originais incorporam novos elementos, ficando sujeitos a modificações para ajustá-los às novas experiências. A aprendizagem ocorre através da interação dos estímulos do meio ambiente com os esquemas cognitivos de quem aprende. No modelo cognitivista, os objetivos educacionais consistem em aprender a aprender, enfatizando os processos mentais e não o conteúdo a ser aprendido. Através da aquisição de destrezas na solução de problemas, pode-se aplicá-las a novas situações, enfatizando uma aprendizagem significativa e não mecanicista.

Schmidt¹⁷ caracteriza a ABP como uma forma de aprendizagem colaborativa, construtivista e contextual. Apresenta Howards Barrows, neurologista, como o principal protagonista deste método em McMaster, Canadá. Os achados da pesquisa empírica que dão sustentação a aprendizagem cognitiva proporcionada pela ABP são: a ativação do conhecimento prévio por pistas de contexto, a acessibilidade do conhecimento relaciona-se com a estruturação na memória, a recuperação do conhecimento pode ser significativamente

aprimorada com a elaboração do material durante o aprendizado, a motivação para aprender ao aumentar a quantidade de estudo melhorando o alcance dos objetivos.

Os alunos na ABP são estimulados pelo tutor/facilitador a chegarem próximo às fronteiras do seu conhecimento e esse desafio desequilibra sua estrutura, contribuindo para que os estudantes se motivem a aprofundar ainda mais os estudos.

Entretanto, em alguns casos, essa experiência de desestruturação do conhecimento (das certezas) poderá causar ansiedade importante, pois implica no reconhecimento das limitações e falhas pessoais dos estudantes. Problemas emocionais poderão ser ativados dificultando, inibindo, impedindo ou até eliminando conhecimentos, quando defesas psicológicas agem contra a aprendizagem e o sujeito não suporta o contato com sua ignorância. Com efeito, ao lado da aprendizagem de aspectos cognitivos ocorre uma experiência emocional concomitante. Esta experiência afetiva passa por transformações e é integrada, mas pode ser evadida por fuga, arrogância ou estupidez (que resultam da onisciência e da onipotência destrutivas), ou ainda por ataques aos vínculos (que podem ser uma nova idéia ou um novo conhecimento)¹⁸.

Quando um aluno aprende, de algum modo ele se modifica em sua personalidade para além dos aspectos cognitivos. Deste modo, as mudanças são mediadas por uma compreensão profunda que transcende os aspectos intelectuais e racionais. Essas mudanças necessitam de condições apropriadas para ocorrer, tais como: o *insight*, o luto (pelas antigas crenças), o clima emocional interativo (relação transferencial positiva).

Fazendo um paralelo com o que ocorre na psicanálise, através da relação vivenciada entre o paciente e o psicanalista, o paciente revive e atualiza pautas antigas da sua experiência pessoal de infância e as ressignifica. Ou seja, revivendo antigos equívocos em conjunto com o médico, poderá ter uma visão mais realista do que acontece consigo. O passado presentificado dentro de uma relação emocional importante – transferência - oferece uma melhor compreensão do que está acontecendo.

A transferência é ubíqua e universal, e desta forma está presente na relação professor-aluno. E é justamente através dela que o professor é integrado à vivência do estudante e passa a ter um significado emocional para ele, tornando-se parte integrante da sua vida, constituindo-se como modelo.

Método da Problematização

Berbel¹⁹ descreve o método da Problematização, explicando que ele é constituído de cinco etapas. A primeira consiste na observação pelos alunos da realidade social, concreta, a

partir de um tema ou unidade de estudo; os alunos são orientados pelo professor a olhar atentamente e a registrar o que perceberem. Na segunda etapa são identificados os pontos-chaves, os alunos são levados a refletir sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo. A terceira etapa é a da teorização, da investigação propriamente dita; os alunos se organizam para buscar as informações que necessitam sobre o problema (pesquisa bibliográfica, *internet* etc.), dentro de cada ponto-chave previamente definido; as informações obtidas são analisadas quanto a suas contribuições para tratar o caso. A quarta etapa é a das hipóteses de solução: todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para os alunos crítica e criativamente elaborarem as possíveis soluções resultantes da compreensão profunda que se obteve sobre o problema. A quinta e última etapa é a da aplicação à realidade, que ultrapassa o exercício intelectual; os alunos levarão para o meio alguma resposta baseada em seus estudos, transformando-o.

Completa-se assim o conhecido Arco de Maguerz, com o sentido especial de levar os alunos a exercitarem a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, ou dito de outra maneira, a relação prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social.

Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)

Foi desenvolvida inicialmente na Universidade de MacMaster (Canadá) e encontra-se aplicada em Universidades como Maastricht (Holanda), Harvard (EUA) e no Brasil, inicialmente, na FAMEMA/SP e na Famed/UEL/PR, e posteriormente em outras escolas médicas brasileiras.

Komatsu²⁰, ao descrever sua experiência na FAMEMA, afirma que para sua aprendizagem os alunos devem sentir-se motivados. Um problema prático a partir do contexto na realidade vivida pode ser o estímulo inicial. Os “problemas de papel”, que são criados pelos professores e oferecidos aos alunos desde a primeira semana do curso, antecedem àqueles cotidianos encontrados na prática profissional.

Os problemas são explorados nas sessões de tutoria com cerca de oito estudantes e um ou dois docentes (tutor e co-tutor). O principal papel do tutor é facilitar a discussão em torno de um problema considerando o contexto, integrando as dimensões biológica, psicológica e social. Os Sete Passos²¹ do ABP são: 1) Esclarecer termos e expressões no texto do problema; 2) Defini-lo: identificar questões propostas no enunciado; 3) Analisá-lo: oferecer explicações para questões com base no conhecimento prévio que o grupo tenha sobre o assunto; 4) Resumir: sistematizar a análise e as hipóteses de explicação ou solução; 5) Formular objetivos

de aprendizagem; 6) Identificar fontes de informação e adquirir novos conhecimentos individualmente; 7) Sintetizar conhecimentos e revisar hipóteses, discutindo no grupo o avanço de conhecimento obtido.

O currículo acadêmico da faculdade deve oportunizar espaços e tempos apropriados para a aprendizagem autodirigida. Habitualmente em um programa ABP mais da metade da carga horária curricular semanal é destinada a esta forma de aprendizagem. O estudante tem que assumir a função de condutor do seu próprio processo de produção de conhecimento e, para tanto, deve desenvolver uma habilidade fundamental: aprender a aprender.

Quanto à avaliação, deve ser esclarecido desde o início a finalidade, os critérios, as modalidades e sua aplicação. Utiliza-se a avaliação formativa, que tem por fim guiar o aluno, procurando situar suas dificuldades, auxiliando-o a descobrir modos de progredir na aprendizagem.

O método de Balint

Na década de 1960, Michael Balint, psicanalista húngaro trabalhando na Inglaterra, apresentou um método de estudo para médicos que queriam compreender os problemas emocionais de seus pacientes. Seu trabalho desenvolveu-se através de grupos de discussão, compostos por oito a dez médicos clínicos e mais um ou dois psiquiatras, que se reuniram semanalmente por uma hora durante dois ou três anos. Os participantes faziam relatos espontaneamente, sem uso de material escrito, desejando conseguir assim maior fidedignidade nos relatos, evitando qualquer elaboração secundária que a escrita poderia induzir.

Sobre o método de treinamento, Balint²² acreditava que deveria ser eminentemente prático e que a aquisição de habilidades psicoterapêuticas implicava, em certa medida, em alguma modificação da personalidade do médico, limitada, mas considerável. Examinava nos grupos a interação transferencial do paciente com o médico (pelos relatos) e os padrões habituais de reação dos médicos; a partir disso as dificuldades pessoais e problemas não percebidos conscientemente. Desta forma, os médicos adquiriam a capacidade de tornar conscientes seus padrões automáticos e suas ansiedades causadoras.

O material mais importante utilizado no treinamento era a contratransferência do médico, quer dizer, o modo como ele usava sua personalidade, suas convicções científicas, seus padrões de reação automática, entre outros aspectos. Evitavam-se as supervisões individuais e o “aprender sendo ensinado”.

Os fatos que interessavam a Balint eram os de natureza pessoal e subjetiva, por vezes difíceis de serem verbalizados pelos médicos. O acesso a esse material podia colidir com a

objetividade utilizada na coleta de dados da anamnese médica habitual. Esse material, entretanto, influi profundamente na atitude frente à vida, no ficar doente, na maneira de aceitar a ajuda médica, entre outros, tendo suas raízes nas experiências infantis que influenciam permanentemente o funcionamento consciente. O exame das raízes infantis, embora reconhecido, não era explorado nos encontros.

Mello Filho²³, tratando da aplicação do método de Balint no Brasil, relata ter sido utilizado com êxito no trabalho privado de médicos clínicos. Dentro dos hospitais universitários, tomou a forma de grupos de reflexão e, em junto com a interconsulta, serviu ao exame de situações focais, inusitadas e mesmo traumáticas, visando uma abordagem breve. Nos ambulatórios dos serviços públicos foi pouco utilizado, já que os médicos não dispunham de mais de dez minutos para cada paciente - o que não é o que se espera no modelo da integralidade. Reflete este autor que o método está vivo aguardando oportunidades para ressurgir.

De fato, o método de Balint é utilizado em muitos países e conta com associações científicas que promovem encontros para estudo e pesquisa, como o 15º Congresso Internacional Balint, realizado em Lisboa/Portugal em 2007, cuja temática foi “Medicina, Evidência e Emoções, cinquenta anos depois...”.

Principais semelhanças e diferenças: ABP, Problematização e Balint

A seguir, apresentaremos uma sistematização dos dados já discutidos anteriormente, objetivando enfatizar semelhanças e diferenças entre cada método, com o intuito de proporcionar uma visão ampla, conjunta e comparativa de cada um deles.

Tabela 1: Principais semelhanças e diferenças dos métodos ativos

	Aprendizagem Baseada em Problemas	Problematização	Balint
Base Teórica	Democratização Escola Nova/Ativa Cognitivismo	Concepção histórico-crítica da educação Pedagogia da liberdade	Psicanálise
Autores	John Dewey Howards Barrows	Paulo Freire Neusi Berbel	Sigmund Freud Michael Balint
Envolvimento da Instituição	Pleno: toda a instituição	Parcial: professores/alunos	Parcial: professores/alunos
Recursos Materiais	Exige mudanças institucionais no coletivo	Não exige mudanças institucionais no coletivo	Não exige mudanças institucionais no coletivo
Estruturação	Muito estruturado; Sistematizado; Papéis dos participantes bem definidos; Rígido no uso do tempo; Trabalho em grupo e	Menos estruturado; Sistematizado; Papéis dos participantes pouco definidos; Surpreende; Trabalho em grupo	Pouco estruturado; Pouco sistematizado; Papéis dos participantes livres; Surpreende; Trabalho em grupo

	individual		
Momentos do Processo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do problema; 2. Definições e esclarecimentos sobre o problema; 3. Análise do problema; 4. Hipóteses explicativas ou de solução; 5. Formulação dos objetivos de aprendizagem; 6. Identificação das fontes de informação e busca de novos conhecimentos; 7. Síntese dos conhecimentos/ Revisão das hipóteses iniciais; 8. Opcional: avaliação. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observação; 2. Identificação de pontos chave; 3. Teorização; 4. Hipóteses de solução; 5. Aplicação à realidade 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abertura e apresentação espontânea do problema clínico; 2. Esclarecimentos: participantes apontam questões e perguntam; 3. Observação e retirada do apresentador, que então ouve: debates, sentimentos, frustrações, angústias, sucessos e experiências revividas dos participantes; 4. Síntese das opiniões discutidas (focalização nos aspectos subjetivos, automáticos, involuntários, não conscientes, expressos no discurso e na conduta); 5. Sumário e pontos a reter.
Problemas	Elaborado por professores conforme seqüência do currículo	Elaborado pelos estudantes explorando a realidade social	Elaborado pelos estudantes, explorando o intercâmbio subjetivo com o paciente, com foco no que sente e que contribui para comportamentos inibidos ou não esperados
Definição e análise do problema/observação	Realizado em discussão em grupo, conforme combinações, funções e regras	Corresponde à observação realizada mais livremente	Realizado em grupo de modo livre e tão espontâneo quanto possível
Formulação dos Objetivos de Aprendizagem/Pontos-chave	Bem definidos, especificado e fechados	Bem definidos e abertos	Definidos conforme necessidade do estudante apresentador
Hipóteses Iniciais Busca de Novo Conhecimento/ Teorização	Orientação definida de busca; Alunos comprometidos com professor e grupo	Orientação definida de busca; Alunos comprometidos com professor e grupo	Orientação de busca não definida, a critério do interesse individual; Alunos sem compromissos formais com grupo e professor
Hipóteses Revisadas/Hipóteses de Solução	Revisão do conhecimento inicial com base no conhecimento científico novo obtido	Revisão não só do conhecimento científico específico, mas também do social, político e econômico	Revisão espontânea no sentir e perceber aspectos emocionais inicialmente experimentados
Aplicação à Realidade	Opcional: visa exercício intelectual e desenvolvimento de habilidades	Ocorre: busca transformações na realidade	Ocorre: mudanças de atitudes, revelando mais compreensão emocional
Tamanho dos Grupos	Até 12 estudantes	Até 30 estudantes	Até 10 estudantes
Papéis no Grupo	Tutor/Facilitador – Professor: estimular, facilitar e mediar; Coordenador: distribuir palavra; Relator: sintetizar; Secretário: administrar o tempo	Não há distribuição de papéis fixos, alternância entre os participantes	Não há distribuição de papéis, exceto a do coordenador e do apresentador de material clínico
Capacitação do professor	Exige estudo e aperfeiçoamento permanente/em serviço	Exige estudo e aperfeiçoamento permanente	Exige estudo e aperfeiçoamento permanente de si próprio
Possibilidades	Desenvolvimento intelectual; aumento dos conhecimentos, desenvolvimento de	Desenvolvimento da sensibilidade social e de atitudes solidárias; constrói conhecimentos a	Desenvolvimento emocional e melhor compreensão das atitudes; Constrói conhecimentos a partir

	habilidades cognitivas e de trabalho em grupo; constrói conhecimentos a partir de conhecimentos estabelecidos	partir da aproximação da realidade	das vivências emocionais sentidas individualmente dentro do grupo
Limites	Exige mudanças institucionais e recursos materiais	Exige realidade social a ser observada	Exige alunos motivados e mais amadurecidos
Avaliação	Ao fim de cada módulo conforme objetivos e conhecimentos científicos estabelecidos	Além dos conhecimentos científicos considera as percepções e representações do contexto social	Apreciação do apresentador daquilo que foi discutido; Síntese e sumário das conclusões com ênfase nos pontos a serem retidos.

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

A INSTITUIÇÃO DE ENSINO MÉDICO

Ao longo dos anos surgiram inquietações com o modelo vigente (tradicional), advindas dos desafios e necessidades de saúde das populações. Modificações no panorama epidemiológico, com o crescimento das doenças crônicas e não transmissíveis, levaram a uma compreensão ampliada de saúde e ao diagnóstico abrangente da doença, que passa a ser percebida como um processo no qual, além de biológicos intervêm fatores sociais e psíquicos. A saúde passou a ser considerada não só ausência de doença, mas qualidade de vida. Como consequência, entra em consideração o estilo de vida do indivíduo e o meio em que ele vive.

A constatação das necessidades sociais passa a exigir dos serviços de saúde novas abordagens e o enfoque curativo evolui para promoção da saúde. Nesse sentido a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu as bases conceituais e políticas da promoção da saúde, propondo cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Essa conferência, bem como as que seguiram, apontou para a mudança de modelo de formação profissional, considerando que as doenças do indivíduo relacionam-se ao contexto sócio-histórico, valorizando o papel da subjetividade na construção de saúde pessoal. Isso contrasta com o modelo tradicional que valoriza a excelência dos conhecimentos biomédicos e privilegia as especialidades.

No Brasil, também em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde propôs uma mudança na legislação com repercussão na elaboração da CF/88. Logo em seguida, as Conferências Mundiais de Educação Médica, ocorridas em Edimburgo em 1988 e 1993, delinearam o perfil esperado do médico para o Século XXI. A preocupação com a formação

médica, levou o Conselho Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), entre 1991 e 1997²⁴ a estudar e diagnosticar a situação do ensino médico.

O Projeto UNI (Fundação *Kellogg*), ainda na década de 1990, ofereceu apoio a projetos inovadores de instituições universitárias com cursos na área de saúde, baseados em estudos epidemiológicos da população para a qual ofereciam seus serviços, trabalho interdisciplinar, com equipes multidisciplinares, articulando ensino e aprendizagem no serviço. Recomendou superar a separação dos ciclos básico e profissional dos cursos de medicina e incorporar ações clínicas de natureza preventiva e de promoção da saúde na atividade habitual dos profissionais. Sugeriu ainda, a diversificação dos cenários de prática, o ensino baseado na resolução de problemas e em projetos de investigação. As pesquisas deveriam apontar não só para problemas biomédicos, mas abordar as questões sociais pertinentes, dar preferência às situações de saúde prioritárias e à organização dos serviços de saúde. A avaliação deveria estar voltada para a verificação de competências e de desempenho, incluindo desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes e valores a serem incorporados ao longo da formação. Algumas escolas médicas brasileiras foram contempladas, entre elas estavam a de Londrina (UEL) e de Marília (FAMEMA), as quais já tinham implantado desde alguns anos um projeto inovador, quando da edição das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, do MEC.

O Ministério da Saúde, para estender os benefícios de saúde à população, universalizando-a, elegeu estratégias de ação como o Programa de Saúde da Família (PSF), devendo os médicos estar capacitados para este Programa na ótica da integralidade. Para tanto, visando estimular a formação de pessoal, apresentou o PROMED e depois o Pró-Saúde, com o intuito de acelerar a implementação das DCN. Desde então, verificam-se estudos que pretendem avaliar a adequação das escolas de medicina a esta realidade.

O trabalho já referido de Lampert objetivava o estudo das tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Nele a autora apresenta um instrumento por ela elaborado, que permitiu verificar a tipologia das escolas de medicina antes mesmo da publicação das DCN. Com este instrumento foi possível tipificar as escolas (conforme seus modelos) como: tradicional, inovadora tradicional, inovadora avançada e avançada. Observou que existe um movimento nas escolas médicas brasileiras no sentido da inovação e que todas aquelas estudadas vêm fazendo mudanças em seus currículos.

Naquele momento, concluiu a autora que as escolas médicas continuavam voltadas para as causas biológicas da doença, não faziam análise crítica do uso da tecnologia complexa e de alto custo, poucas desenvolviam pesquisas na área da atenção básica, prestação de

serviços e gestão do sistema de saúde e, na pós-graduação os cursos não tinham articulação com a graduação. Poucas possuíam currículo integrado, predominando aulas teórico-expositivas e avaliação somativa. O cenário de prática predominante era o hospital e quanto aos professores não havia exigência de capacitação específica para a docência, embora pudesse ocorrer durante o mestrado acadêmico, mas geralmente com ênfase na atualização técnico-científica.

Em 2004 foi instituído pelo MEC, a partir da Lei 10.861, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), apontando critérios e princípios para construção da avaliação das escolas médicas como um processo participativo, formativo, construtivo e democrático, visando uma atualização do modelo de ensino conforme as DCN²⁵. Buscou-se avaliar os processos administrativos e de gestão, assim como os de ensino e aprendizagem, e também os processos de acolhimento e resultados no cuidar da saúde e na prestação dos serviços à população. Esta avaliação está focada no modelo dirigido para a integralidade, no sentido de que valorize as necessidades (de saúde dos indivíduos e das populações), referidas pelos usuários e pelo setor de saúde; utilize metodologias que privilegiem a participação ativa do estudante na construção do conhecimento; possibilite a integração dos conteúdos, a interação entre serviços de ensino, pesquisa, extensão e assistência na perspectiva de vários cenários de prática. O SINAES é formado por três eixos de avaliação: institucional, dos cursos de graduação e do desempenho do estudante (neste caso, trata-se do Exame Nacional de Desempenho do Estudante - ENADE).

O estudo realizado por Lampert em 2002, por sua grande repercussão, foi ampliado em 2006, com o apoio do Conselho de Avaliação das Escolas Médicas - CAEM e da Associação Brasileira de Escolas Médicas - ABEM. Avaliou vinte e oito escolas de medicina e verificou que apesar de contradições e forças que se contrapõem, existe um movimento no sentido de transformações, do que foi possível identificar a seguinte tipologia: 13 (46,4%) - Avançadas, 8 (28,6%) – Inovadoras Avançadas, 4 (14,03%) - Inovadoras Tradicionais, e 3 (10,7%) – Tradicionais.

A autora aponta os indicadores de mudanças na construção das reformas curriculares, a fim de atender às DCN: a coerência com o projeto pedagógico das DCN; a construção coletiva do projeto pedagógico (academia, instituições parceiras e comunidade); a capacidade das escolas em aliar ensino, pesquisa, extensão e assistência, incentivando ao mesmo tempo o ensino e aprendizagem em metodologias ativas; a produção do conhecimento aplicável à gestão de serviços de saúde; a interdisciplinaridade em coerência com o eixo curricular nas dimensões biológica, psicológica e social, em diferentes cenários de ensino e aprendizagem; a

inserção dos estudantes em tais cenários; o incentivo à capacitação dos docentes; e por fim, a reflexão e análise dos processos e resultados do projeto pedagógico.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização da pesquisa foi utilizado o método qualitativo. Trata-se de um estudo dirigido a professores envolvidos com processos de mudanças didáticas e pedagógicas nas faculdades de medicina em que lecionam. Foi construída uma amostra não aleatória, com dez docentes: quatro da FAMEMA, quatro da UEL e dois da UCPEL, todos com experiência consolidada no magistério.

Entre eles, sete são formados em medicina, dois em enfermagem e um em ciências biológicas; quanto à titulação, cinco têm doutorado, três são mestres e dois são especialistas. No que diz respeito à experiência acadêmica por tempo de atividade docente, se distribuíam do seguinte modo: 2 entre 10 e 20 anos, 6 entre 21 e 25 anos e outros 2 com 26 anos ou mais.

Além das atividades docentes, a maioria dos professores desempenhava funções de gerenciamento e/ou coordenação didático-pedagógica dos cursos, com intenso envolvimento institucional. Nas entrevistas observou-se que se sentiam representantes de suas escolas.

É importante lembrar que em pesquisa qualitativa o número de participantes da amostra não visa garantir a representatividade do universo e tampouco os resultados servem para generalizações estatísticas, mas serão úteis em caso de situações similares e, assim, prestam-se para generalizações analíticas²⁶.

A escolha das escolas prendeu-se ao fato de que as Faculdades de Medicina de Marília (FAMEMA) e de Londrina (UEL) foram pioneiras na utilização dos métodos ativos de ensino no Brasil. Os métodos ativos de ensino utilizados por elas são: a Aprendizagem Baseada em Problemas e/ou a Problematização. A escolha da Faculdade Católica de Medicina de Pelotas (UCPEL) foi por estar fazendo mudanças pedagógicas nos últimos anos. Esta escola, entretanto, se caracteriza por usar a metodologia tradicional.

Instrumentos, coleta de dados e procedimentos éticos

Realizou-se entrevistas de tipo semi-estruturada, que permitem o contato com informações não passíveis de observação direta, possibilitando conhecer a perspectiva do outro sobre diversos temas, na certeza de que sua experiência é significativa e possível de se tornar conhecida²⁷. Quando os dados são do tipo subjetivo, referindo-se à experiência do indivíduo como uma reflexão dele sobre a realidade – como nesta pesquisa –, as entrevistas abertas, semi-estruturadas são instrumentos adequados²⁸.

Foi apresentado aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Informado, aceito e assinado, sem recusas, diante da garantia de anonimato dos participantes. Às questões da entrevista, com base no roteiro elaborado pelo pesquisador, foram agregadas outras sobre temas afins, na medida em que se tornassem necessárias. As entrevistas iniciais (UCPEL) constituíram um piloto e contribuíram à adequação do instrumento para as demais, verificando se as questões propostas eram inteligíveis aos informantes e adequadas para o intuito da pesquisa.

Organização dos dados e técnica de análise

Foram utilizadas a técnica de análise de conteúdo de Bardin²⁹, tendo como suporte o *Software Qualitative Solutions Research Nvivo 2.0 (Q.S.R Nvivo 2.0)*. A seguir são apresentados os passos metodológicos que foram observados sobre a análise de conteúdo utilizada. Todas as entrevistas foram transformadas em documentos com extensão *rtf (rich text format)*. Este *software* auxilia no desenvolvimento de uma estrutura hierárquica de codificações (do tipo árvore), possibilitando organizar e explorar informações e categorias de modo a flexibilizar a análise dos dados.

No que tange a técnica de análise dos dados, a análise de conteúdo distinguiu-se em três momentos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados; em detalhes a seguir.

Na pré-análise, procedeu-se a leitura flutuante através da qual se tomou contato com o material a ser analisado, deixando-se invadir pelas primeiras impressões. Procurou-se homogeneizar as técnicas utilizadas na leitura, verificando a pertinência e a representatividade dos conteúdos das entrevistas na relação com os objetivos da pesquisa.

A exploração do material, por sua vez, consistiu essencialmente de operações de categorização e de codificação. A categorização consiste na formação de categorias que ocorrem a partir da leitura flutuante e da preparação dos dados brutos em blocos temáticos (instituição, metodologia ativa, metodologia tradicional), conforme corpo teórico que compõe este estudo. A codificação seguiu de acordo com estes mesmos blocos. Esta etapa corresponde a uma transformação dos dados brutos, por recorte e agregação, o que permitiu atingir uma representação do conteúdo em unidades de significado³⁰. Então, a partir das grandes categorias, foram elaboradas subcategorias que admitem uma classificação mais precisa do material. Ao codificar realizou-se a análise temática do discurso dos entrevistados, pois a noção de tema está relacionada a um assunto específico, uma vez que está expressa pelas palavras, frases ou resumo inter-relacionados. O *Nvivo* foi de grande valor nesse momento.

Nele as categorias são denominadas *nodes* (ou “nós”, em português). Assim, cada *node* é uma categoria e *subnode* uma subcategoria, sendo possível criar um conceito para cada categoria e subcategoria.

Por fim, antes de proceder à discussão dos resultados, todas as entrevistas codificadas foram lidas e examinadas, visualizando cada entrevista e cada segmento desta com sua respectiva categoria, dentro da árvore hierárquica das categorias e subcategorias. Após esta primeira codificação e agrupamento, cada uma foi impressa resultando em um documento em que estão registradas as verbalizações dos participantes, relacionadas àquela categoria ou subcategoria. Em seguida, realizaram-se novos agrupamentos entre as subcategorias de modo que na discussão fosse possível cotejar semelhanças e diferenças entre as metodologias ativas e as tradicionais, em cada subcategoria, buscando-se com isso obter maior visibilidade e proporcionar condições para interpretações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos nas entrevistas com os professores possibilitaram distinguir as três categorias citadas: instituição, metodologia ativa e metodologia tradicional. Estas proporcionaram o reconhecimento de subcategorias, as quais, por sua vez, permitiram caracterizar: as peculiaridades da instituição, os recursos necessários para implantação das mudanças e do currículo, bem como cada método de ensino, sua construção e características. Além disso, permitiram identificar os papéis do aluno e do professor e os limites e possibilidades de cada metodologia.

Instituição: mudanças, recursos e currículo

Com base nos dados coletados, observou-se que as mudanças institucionais ocorridas iniciaram especialmente na década de 1990, a partir do Projeto UNI, da Fundação *Kellogg*, tanto na UEL quanto na FAMEMA. As mudanças nestas escolas foram precedidas de um criterioso e aprofundado estudo sobre metodologias ativas, tendo vários de seus docentes realizado capacitações em MacMaster (Canadá), Maastricht (Holanda), centros de destaque no desenvolvimento de tais metodologias.

Segundo os docentes, a construção do currículo integrado deve estar voltada para capacitar os alunos a atender às demandas das comunidades que assistem. Deste modo, o Projeto Político Pedagógico (PPP) destas faculdades está sendo direcionado ao atendimento destas necessidades específicas, objetivo das políticas de saúde, consoante à legislação e às organizações inspiradas pela Carta de Alma Ata de 1978.

O processo de mudança curricular é constituído por uma determinação legal, conforme as DCN. No entanto, não é algo pacífico, tende a desencadear angústias e temores quanto aos seus efeitos. Em relação ao tema e nas escolas de medicina pesquisadas, estas dificuldades foram enfrentadas com a mobilização ampla da comunidade acadêmica e com negociações em muitas de suas instâncias, incluindo professores, alunos, organismos dirigentes e lideranças. Conforme referido nas falas, prevalece nas escolas uma tendência no sentido de que os professores e a instituição aceitem as transformações curriculares, o que de início foi bastante difícil.

Entre os inúmeros fatores relacionados no presente estudo a justificar a resistência às mudanças (renovada periodicamente), destaca-se a tensão quanto à mudança do papel dos alunos e do professor, já que nas metodologias ativas este deixa de ser o centro do ensino, tomando os estudantes para si o compromisso com sua aprendizagem. Isso contrasta com o ensino tradicional, ao qual estão acostumados desde o início da sua vida estudantil.

Os cursos de medicina sempre valorizaram os critérios de avaliação interna: se os alunos atingiam os objetivos curriculares e se obtinham boa classificação nos concursos, nada mais necessitaria ser feito do ponto de vista do projeto didático-pedagógico.

A implementação destas transformações, para um ensino voltado ao atendimento das demandas de saúde da população, necessita de uma liderança acadêmica a ser exercida por um gestor. Este deve articular junto aos departamentos e docentes da universidade, formar parcerias com os seus diversos setores, com as unidades de saúde e com outros setores do serviço público, principalmente municipal, uma vez que a saúde encontra-se municipalizada.

O setor privado, por seu turno, também deve ser incluído nas parcerias. A comunidade tem um papel essencial neste processo, pois participa ativamente na eleição das prioridades de saúde que constituem importante referencial à organização dos programas de saúde e de ensino. O gestor, portanto, tem um papel de grande complexidade e deve exercê-lo com muita habilidade política e institucional.

Na UEL, na medida em que se construía o novo modelo, com a participação de toda a comunidade acadêmica, inúmeras comissões discutiam e aprofundavam o PPP, aprovando os instrumentos regimentais³¹ que configurariam o curso conforme o novo modelo que se implementava. Na FAMEMA, entre as diversas instâncias de ampla participação já referidas, destaca-se a atuação dos estudantes, interessados em estimular tais mudanças, conforme dito pelos professores. Já na escola de medicina da UCPEL, que mantém o ensino de modelo tradicional, está em andamento uma reestruturação do seu curso, onde estão sendo feitos ajustes para aperfeiçoamento do currículo na direção da integralidade.

No que diz respeito aos recursos, as instituições necessitam disponibilizar uma gama deles, indispensáveis ao desenvolvimento das metodologias ativas de ensino. Na medida em que os alunos são incentivados a buscar ativamente o conhecimento, para que isso ocorra, a instituição deve favorecer o acesso aos recursos didáticos e pessoais, incluindo bibliotecas e laboratórios bem equipados e toda a logística relacionada a este fim.

Os laboratórios de prática profissional e habilidades, por exemplo, introduzem os estudantes desde o início do curso nas atividades práticas, inicialmente com pacientes simulados, preparando-os então para o contato com casos reais. Isso não exclui a possibilidade de que os alunos desenvolvam atividades com pacientes na comunidade desde cedo.

Os primeiros contatos com pacientes na comunidade visam ainda colocar o aluno frente a pessoas não doentes e, deste modo, poderão desenvolver ações de promoção da saúde. Neste sentido, a aproximação da escola junto aos serviços de saúde do município, além do hospital e ambulatórios, proporciona um cenário de prática diversificado.

Já os recursos pessoais utilizados para o ensino e aprendizagem neste modelo, são constituídos pelos professores e profissionais da rede de saúde do município (chamados colaboradores), que formam uma equipe multidisciplinar. Entre eles, os agentes de saúde têm uma importante participação, acompanhando alunos e professores nas visitas domiciliares. Os docentes, dependendo da sua função didático-pedagógica na metodologia ativa, recebem a denominação de tutor, facilitador, orientador ou consultor. Os estudantes também estão incluídos dentre os recursos pessoais, na medida em que são sujeitos e objeto do ensino.

Quanto ao currículo, FAMEMA e UEL adotaram o integrado, que é organizado por módulos, diferenciando-se do tradicional, por disciplinas. Após vários debates entre a comunidade acadêmica, levantou-se a questão de se os módulos de ensino deveriam ser organizados por sistemas ou por ciclo vital. Ambas optaram pela organização dos módulos através do ciclo vital. Desta forma, o segundo módulo de seus cursos trata da concepção e formação do ser humano. Isso fez com que os professores de diversas especialidades e de disciplinas, anteriormente ministradas em diferentes momentos do curso, se reunissem em torno deste objetivo.

Como o currículo integrado está voltado para inserção do aluno na comunidade, buscando aproximá-lo do contexto social, alguns docentes ressaltaram sua importância por valorizar as habilidades de comunicação dos alunos, visando à relação médico-paciente e para isso oportunizando experiências nos laboratórios de prática já nos primeiros anos do curso.

Não que isso não ocorresse antes; no entanto, tratava-se de uma inserção transversal no curso, através da Disciplina de Psicologia Médica.

Uma outra característica do currículo integrado, destacada nas falas, é a interação que existe entre os professores e deles com a instituição, o “sentar e trabalhar juntos”. O currículo integrado une interdisciplinarmente teoria com a prática. Para alcançá-lo e chegar a esta integração, são utilizadas as metodologias ativas como a ABP e a Problematização. Os aspectos teóricos são apresentados através dos módulos temáticos, correndo em paralelo à prática.

Na FAMEMA a parte prática, no início do curso, encontra seu amplo desenvolvimento na Unidade de Prática Profissional (UPP). Nesta faculdade, a primeira e a segunda série são realizadas nas Unidades de Saúde da Família (na Unidade Básica de Saúde, UBS); a terceira está voltada para o hospital. Assim, os alunos têm experiência de assistência em nível primário, secundário e terciário. Na UEL, a parte prática se realiza nos denominados módulos PIN (Práticas Interdisciplinares de Interação, Serviços e Comunidade). Nas UBS, os estudantes fazem relatórios a partir de sua observação junto às famílias nas visitas domiciliares.

O currículo tradicional, em contraste com o integrado, caracteriza-se por um conjunto de disciplinas, apresentadas ao longo do curso de uma maneira um tanto isolada uma das outras, havendo pouca integração entre elas e delas com a própria instituição. O trabalho isolado pode criar distorções tais como, repetições de conteúdo, ênfase em alguns temas da preferência do professor, sem considerar a relevância do contexto de saúde.

Neste currículo (disciplinar), o professor é o centro do ensino e se esforça para reter a atenção dos alunos. No entanto, seu preparo pode não ser suficiente para mantê-los interessados na aula. Os estudantes podem ainda não se interessar pela disciplina, já que costumam direcionar seu foco para outras de acordo com a especialidade por eles pretendida. Resulta disso que os alunos, mesmo presentes em aula, estejam ali mais por uma exigência curricular do que por uma motivação de aprendizado.

Métodos de Ensino Ativo e Tradicional: Caracterização, Construção e Avaliação

O ensino tradicional caracteriza-se pela reprodução do conhecimento científico estabelecido e é praticado de forma muito semelhante na maioria das escolas de medicina. O currículo tradicional caracteriza-se por apresentar primeiramente a teoria e posteriormente a prática. Os primeiros anos do curso são voltados para o ensino básico, enquanto os últimos estão direcionados ao ensino profissionalizante. Os estudantes são ouvintes e os professores

expõem seus conhecimentos em aulas magistrais para grandes grupos. Já as aulas práticas são oferecidas para grupos menores de alunos, com um instrutor que faz demonstrações através de exames e de procedimentos clínicos.

No processo de ensino e aprendizagem no método tradicional, o docente informa e o aluno registra, havendo pouco estímulo à discussão, limitando os comentários a esclarecimentos quanto ao apresentado. Não há um problema novo a ser resolvido, criado em decorrência do próprio estudo.

Assim, o currículo organizado sob forma de disciplinas (tradicional) estimula a compartimentação do conhecimento. Os entrevistados ressaltaram que isso dificulta a integração dos conteúdos para os alunos, que buscam alcançá-la nos estágios profissionalizantes (a parte prática). Possivelmente em decorrência da possibilidade da integração dos conhecimentos, os estudantes frequentemente manifestam a preferência pela parte clínica, mais próxima da prática profissional.

Os métodos ativos, por outro lado, constituem instrumentos adequados para alcançar o currículo integrado. Em um currículo deste tipo, vêm em primeiro lugar a observação e a prática, para que então seja introduzida a teoria. Este aspecto apareceu nas falas dos professores como constituindo uma mudança de paradigma do ensino, o que é possibilitado tanto pela ABP, quanto pela Problematização.

Constatou-se que essas metodologias apresentam a mesma lógica de construção do próprio método científico: observando, experimentando e testando hipóteses, elaboram-se soluções para aplicá-las, tal como ocorre também na medicina baseada em evidências. Estabelecendo um paralelo, poder-se-ia dizer que a medicina baseada em evidências - lastreada na comprovação científica e não apenas na experiência do profissional - é um meio palatável de tratar do método científico, como referiu um dos docentes entrevistados. Da mesma forma, os métodos ativos de ensino constituem uma lógica similar para o ensino da medicina.

Em relação à utilização desses métodos, tanto a FAMEMA como a UEL aplicam o ABP e a Problematização no ensino. Em ambas, ora o professor trabalha mais próximo ao ABP, dentro da Unidade Sistematizada, ora ele se aproxima mais da Problematização, dentro da Unidade de Prática Profissional. Um dos professores (no caso, da FAMEMA) referiu que se percebe que são duas formas muito parecidas; o que as diferencia, na realidade, é que a Problematização se presta mais à prática profissional, porque necessariamente tem-se que voltar à comunidade para dar uma resposta àquela realidade, em um ciclo ação-reflexão-ação. Já na tutoria - em que se utiliza o ABP na Unidade Sistematizada - fica-se mais no que

chamou de “vertente teórica”, sem o compromisso de interagir com a realidade, por ser mais um exercício de sala de aula, um exercício cognitivo.

Referindo-se à construção do ABP, os professores explicaram que a dinâmica é a seguinte: os alunos recebem um problema e discutem-no seguindo os sete passos da metodologia. Na discussão com o grupo, o professor questiona, orienta, tensiona até as fronteiras do conhecido, para a elaboração de hipóteses iniciais. Então, os estudantes fazem suas pesquisas, ampliando a base inicial de conhecimento.

Com relação à metodologia da Problematização, a FAMEMA utiliza problemas vivenciados no mundo real. O estudante é inserido na prática desde a primeira série, entrando em contato com a realidade, com as pessoas, indo até suas casas, coletando dados a partir de uma breve história daquela família ou indivíduo (se for o caso). Retornam então à UBS, onde discutem com o grupo e os facilitadores, levantando questões de aprendizagem. Segue-se um momento de pesquisa dos alunos, que retornam para a discussão e compreensão do caso, propondo intervenções.

Em relação às questões emocionais, que fazem parte do cotidiano dos estudantes no contato deles com os pacientes e seus familiares, cabe uma observação importante: embora os métodos ativos possam oferecer algum suporte para lidar com esta problemática, não se mostram suficientes, dada a complexidade da subjetividade nela envolvida. Neste sentido, o método de Balint oportuniza uma abordagem bastante útil, inclusive pelo referido por alguns professores entrevistados, ao relatarem que não estão instrumentalizados para tanto. Com efeito, a abordagem dos aspectos subjetivos na educação é difícil e por vezes negligenciada. Ainda que seja reconhecida a influência dos aspectos afetivos tanto no ensino como na assistência ao paciente, professores e alunos acabam se orientando pelo senso comum e por conhecimentos pessoais obtidos, via de regra, por experiência própria. Os cursos médicos que utilizaram este método (originalmente aplicado a médicos formados e com certa experiência clínica), o adaptaram às condições dos alunos, levando em consideração que os acadêmicos são jovens ainda em formação, com pouca experiência e sujeitos a obrigações didático-pedagógicas e institucionais.

Na FAMEMA e na UEL, embora este método seja conhecido por alguns professores, dos três métodos ativos apresentados, o de Balint é o mais desconhecido e o menos utilizado. Kerr³² comprovou sua utilidade e eficácia em estudo realizado no Brasil. Em publicação recente este método foi recuperado para aplicação na atenção básica em saúde³³.

No Laboratório de Prática Profissional (FAMEMA) e nos Módulos PIN (UEL), ao ocorrer o contato dos estudantes com os pacientes e familiares, as questões emocionais e os

aspectos do relacionamento interpessoal encontram oportunidade de serem trabalhados. Porém, permanecem focalizados nos aspectos conscientes da comunicação, vinculados à conduta, aos costumes, com o enfoque nas questões sócio-culturais, por serem mais nítidas para os estudantes.

A resistência ao abordar as questões emocionais parece estar presente tanto em professores quanto nos próprios alunos, que freqüentemente consideram os temas subjetivos de natureza emocional como algo fantasioso. Por isso tendem a querer uma instrução objetiva, esquematizada e protocolada. Observam-se dificuldades com o enfrentamento da ambigüidade que acompanha as emoções. Esta falta de entendimento pode levar compensatoriamente ao oferecimento de regras, normas de conduta, orientações, visando uma simplificação, criando o risco de banalizar o estudo do conteúdo emocional que é complexo por sua própria natureza.

Tratando da avaliação nos métodos, esta varia conforme a concepção do projeto pedagógico. No método tradicional, costuma ser do tipo cognitiva, somativa, realizada ao término da disciplina através de prova escrita, que neste modo de ensinar constitui-se como instrumento de pressão utilizado para estimular o aluno a estudar. Assim, o interesse não está focado no gosto pelo estudo nem na motivação para adquirir conhecimentos, mas na demonstração do quanto foi acumulado em termos de conteúdo.

Já a avaliação nos cursos com metodologia ativa assume um sentido formativo, podendo ser mesclada até mesmo com as do tipo diagnóstica e somativa. Neste modelo, diversas técnicas podem ser utilizadas: auto-avaliação, entre pares, do professor, prática, do desempenho clínico, portfólio etc. Como o objetivo é estimular o aluno a “aprender a aprender”, as avaliações não devem se voltar tanto para o conteúdo, mas centrarem-se nos processos de aprendizagem, visam oportunizar ao aluno uma percepção ampla do seu desenvolvimento cognitivo. O professor acompanha o aluno, instruindo-o sobre suas dificuldades, dando-lhe *feedbacks*, para então avaliá-lo levando em conta todo um montante de informações. Ou seja, nos grupos tutoriais a avaliação está incorporada ao processo de trabalho.

Os papéis do aluno e do professor

A compor o papel do aluno na aprendizagem está a importância da sua identificação com o professor, que leva à construção de modelos. Isso é muito diferente de uma mera imitação. O aluno pode introjetar (imagens, experiências, conteúdos etc.), até chegar a construir um modelo próprio. Caso o professor, no exercício da sua função seja capaz de ir

além da demonstração, verbalizando o que pretende ensinar e de trazer para esse exercício toda sua personalidade, poderá ter mais condições de se aproximar do aluno e, então, favorecer os mecanismos identificatórios entre ele e os estudantes.

No que diz respeito às metodologias ativas, alguns docentes ressaltaram que a relação professor-aluno muda consideravelmente. Em especial porque os professores nas tutorias têm um contato mais freqüente com os estudantes, em pequenos grupos e por isso mais individualizado, acompanhando-os por seis meses - podendo chegar a dois anos -, o que intensifica o contato entre ambos. Já no ensino tradicional o aluno, diante da autoridade do professor em seu papel central, pode se sentir submetido e infantilizado, diminuindo sua capacidade crítica. Isso, em princípio, poderá ocorrer também em metodologias ativas. No entanto, o risco tende a ser menor pelo fato do professor assumir o papel de mediador no processo de ensino e aprendizagem dos alunos que, por sua vez, tornam-se mais ativos na construção do seu conhecimento.

Em relação ao papel do professor, o modelo tradicional o expõe menos, por lidar basicamente com aquilo que apresenta aos alunos, que o assistem passivamente. É comum também que os docentes envolvam-se menos detidamente com a instituição de ensino. Assim, segundo os professores entrevistados, a mudança rumo à metodologia ativa implica necessariamente em capacitá-los, tendo em vista a exposição maior que terão diante dos alunos. O encontro com o desconhecido e o embaraço que isso causaria ao professor na frente dos alunos, pode constituir-se em um problema importante para alguns deles.

Alguns entrevistados referiram que é possível que a maioria dos professores universitários não tenham capacitação formal para a docência, tendo se tornado professores acreditando que para tanto bastaria a formação médica. Nas metodologias ativas o professor tem que estar especialmente capacitado, sobretudo a ouvir. Ouvir não significa mero silêncio, ao contrário é uma atitude reflexiva, crítica, que ocorre enquanto observa inteligentemente, pensando sobre a melhor intervenção, selecionando a quem será dirigida e qual situação (quando) proporcionará uma melhor aprendizagem.

A formação do docente - portanto de um educador - é um processo que necessita de elaboração e que ocorre em um determinado tempo. A identidade de professor vai se formando aos poucos, através de um suceder de introjeções e projeções de conceitos, vivências e experiências, que vão sendo assimiladas e integradas a sua personalidade. Entretanto, alguns professores chegam a crer que seja desnecessária uma formação específica em educação (e/ou educação médica), p. ex. via cursos de pós-graduação, considerando isso sobrecarga de trabalho.

A crença de que o gosto pelo aluno, pela atividade clínica e pelo ensino seria o suficiente, pode levar ao equívoco de supor que o conhecimento de métodos pedagógicos poderia limitar a criatividade do professor.

Nos métodos ativos, além da capacitação básica, avançada e continuada, os professores devem fazer educação permanente³⁴. É reconhecida esta importância e necessidade, pois existe certa tendência de afastamento do modelo inovador para um retorno ao tradicional. É necessário enfatizar que no ensino de currículo integrado, com o uso de metodologias ativas, o exercício pedagógico dos docentes depende desta renovação e aprimoramento contínuos. Tal como ressaltou um dos professores, a educação permanente trabalha com o conteúdo que vem da prática, sendo feita no momento em que os professores estão em atividade.

Limites e possibilidades das metodologias

O ensino tradicional, organizado através de disciplinas e com pouca integração entre elas, traz problemas para que o aluno integre o conhecimento em seu processo de aprendizagem, o que lhes gera insatisfação e insegurança. No ensino com o método ativo, a integração dos conhecimentos é facilitada pelo processo desencadeado através da discussão a partir dos problemas oferecidos. É significativo ainda, que no ensino de currículo integrado os professores trabalham em conjunto, tendo necessariamente um maior envolvimento com a instituição.

No entanto, alunos com conhecimento mais integrado e docentes identificados com a instituição, não têm assegurada a compreensão biopsicossocial integrada do paciente, a qual é essencial quando se prepara profissionais para atuar no modelo da integralidade. A fim de obter essa visão integral do paciente - além da referida capacitação formal do docente - o aluno deve gostar do contato, ter capacidade para encarar as situações e ser preparado para tanto.

Em relação à capacitação do estudante para trabalhar com a comunidade, os alunos do curso com métodos ativos encontram mais facilidade para desenvolver suas atividades, por estarem inseridos em um projeto pedagógico, contextualizado e voltado para as necessidades de saúde da população. Todavia, relataram os professores que no modelo tradicional os alunos não são bem preparados para atender à comunidade, pelo fato do ensino ser voltado para cura e reabilitação.

A metodologia ativa, tanto na ABP quanto na Problematização, é um processo que se refere fundamentalmente a uma mudança de papel entre o estudante e o professor. Como dito

em outros momentos, esta metodologia foi escolhida para instrumentalizar o projeto pedagógico dos currículos integrados.

Quanto ao relacionamento médico/estudante-paciente, um importante aspecto foi trazido por um dos professores, a partir de sua experiência em aula: mesmo utilizando-se métodos ativos, não ocorreu a interação esperada, pois os alunos pareciam indiferentes em relação a estas subjetividades. Embora tecnicamente preparados, demonstraram ser preciso trabalhá-las. O entendimento dos aspectos subjetivos, sobretudo os relacionados com manifestações emocionais mais profundas, de fato é quase inexistente. Neste sentido, o método de Balint oportuniza a abordagem destas questões, uma vez que auxilia na elaboração de vivências e sentimentos do médico/estudante com o paciente.

Por fim, a literatura³⁵ salienta que nos cursos tradicionais os alunos adquirem conhecimentos - quando considerados os escores nos testes acadêmicos -, em contraponto aos currículos ABP (ativos), em que os estudantes adquirem melhores habilidades clínicas e de resolução de problemas, sem prejuízo da apreensão de conteúdos.

CONCLUSÕES

A análise dos dados possibilitou acompanhar as peculiaridades dos processos de ensino e aprendizagem nas três faculdades de medicina abordadas por este trabalho: UCPEL, que mantém o modelo tradicional; FAMEMA e UEL, que adotaram o modelo integrado. Quando da edição das DCN, estas duas já estavam com o currículo integrado em pleno andamento.

Atualmente FAMEMA e UEL já formaram algumas turmas, servindo de referência para outras escolas de medicina. Realizaram profundas mudanças objetivando a formação dos profissionais, a fim de estender ainda mais os benefícios de saúde à população cujo instrumento principal é o PSF, já em funcionamento em várias cidades. Assim, os esforços devem se dirigir à promoção da saúde e qualidade de vida, sem desconsiderar a prevenção secundária e a reabilitação. Isso coincide com o modelo da integralidade, que pressupõe a utilização de recursos em ação conjunta dos setores da saúde (MS) e da educação (MEC), pelas DCN.

Operacionalizar o que está disposto nas DCN não é um caminho de mão única. Inúmeras faculdades estão fazendo adaptações. Na FAMEMA e na UEL houve um estudo profundo acompanhado da mobilização acadêmica, parcerias públicas e privadas, com participação da comunidade e dos estudantes. Estas escolas médicas proporcionaram ampla discussão das mudanças, visando à capacitação docente em metodologias ativas para a

formação de médicos aptos à prática profissional no modelo da integralidade. Os médicos com formação mais ampla, generalista, com capacidade crítica e reflexiva, sensíveis aos problemas sociais e psicológicos e com forte base nas ciências biológicas, desempenharão seu novo papel, que difere em relação ao modelo tradicional.

De modo geral, o professor deverá revisar o seu modo de trabalhar com o ensino, buscando o indispensável preparo pedagógico para a docência em medicina e, mesmo aqueles já com alguma habilitação para a docência, deverão buscar um implemento de capacitação. O envolvimento com o ensino aumenta e a relação com os alunos modifica-se, ocorrendo mais parceria e colaboração. O reconhecimento e a competência do professor deixarão de basear-se em critérios como o de uma autoridade detentora do conhecimento. Quanto aos estudantes, deverão desenvolver a capacidade crítica e reflexiva, além daquela de busca e de seleção de conhecimento, bem como de uma postura ética apropriada.

A avaliação dos estudantes também deve ser reconsiderada, tornando-se de base formativa e fazendo parte do próprio processo de ensino e aprendizagem, devendo ser estendida para todos os personagens: alunos, professores, curso e instituição.

O modelo de ensino integrado exige um trabalho continuado para seu desenvolvimento e manutenção, pois há sempre o risco do restabelecimento do tradicional. As modificações na instituição de ensino médico encontram resistências que necessitarão ser compreendidas e enfrentadas pela formação médica, atualmente ainda pautada pelo modelo Flexner.

Três metodologias ativas foram descritas, quais sejam o ABP, a Problematização e o método de Balint. Ficou evidente a utilização do ABP e da Problematização para o ensino dos aspectos cognitivos e sociais. A discussão a partir de um problema no grupo de pares contribui para o desenvolvimento da capacidade de raciocínio e da integração disciplinar na busca de sua solução. Entretanto, os aspectos emocionais, embora ventilados, poderiam ter maior aprofundamento. Neste sentido, o método de Balint, adaptado aos estudantes, pode oferecer um importante subsídio, embora quase não seja utilizado pelas escolas de medicina, o que merece indagações futuras.

A aprendizagem implica em uma modificação não só da estrutura cognitiva, dos aspectos racionais e intelectuais, mas da personalidade do aluno e do professor como um todo, na qual os aspectos emocionais têm um papel decisivo, já que a compreensão dos dinamismos psíquicos é fundamental, podendo servir para relações individuais, em grupo ou institucionais. O relacionamento do professor com o aluno proporciona um clima emocional apropriado (ou não) para aprendizagem, o que também se refletirá na relação destes com os pacientes e a

comunidade. Neste sentido, as metodologias ativas demonstram-se apropriadas para o modelo integrado, visando às modificações do ensino médico consoante às Diretrizes Curriculares Nacionais.

REFERÊNCIAS

¹ LAMPERT, J.B. Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil – Tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002.

² PINHEIRO, R.F, Silva Jr., A.A, Gomes, A. A integralidade da atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N., REGO, S., LAMPERT, J.B., ARAÚJO, J.G.C.; (Org.). Educação Médica em Transformação. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004.

³ OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Declaração de Alma – Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, 1978. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/iploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em: 26.02.2007.

⁴ PUSTAI, O. A “ordem” de-vida para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. 230f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2006.

⁵ FLEXNER, A. A medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancements of Teaching. Bull 4. New York: The Carnegie Foundation. Disponível em: http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf. Acesso em: 28.08.2004.

⁶ MACHADO, C.L.B., MANFROI, W.C. Prática Educativa em Medicina. 1. ed. V. 1000. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.

⁷ MATTOS, R. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

⁸ UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto Pedagógico da Faculdade de Medicina. Porto Alegre: 2007.

⁹ BUSNELLO, E.D. A Psiquiatria Comunitária do Centro Social S. J. Murialdo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 24, p. 443-478, 1975.

¹⁰ GAL, R. História da Educação. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960.

¹¹ PENAFORTE, J.C. J. Dewey e as raízes Filosóficas da Aprendizagem Baseada em Problemas. In: MAMEDE, S., PENAFORTE, J., SCHMIDT, H. (et.al.) Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001, p. 49-78, p.60.

¹² ZITKOSKI, J.J., FREIRE, P. Educação. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006.

- ¹³ FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- ¹⁴ BORDENAVE, J.D., PEREIRA, A.M. *Estratégias de ensino aprendizagem*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- ¹⁵ BERBEL, N.A.N. A teoria e a prática da metodologia da problematização em outras realidades, a partir dos trabalhos produzidos na UEL: uma investigação através do site de pesquisa Google. Disponível em: http://www.2.uel.br/pessoal/berbel/metodologia_da_problematizacao. Acesso em: 01.08.2008.
- ¹⁶ VANZOLINI, M.E. Curso: Desenvolvimento docente para novos espaços de ensino aprendizagem. [Curso] In: 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica, Gramado/RS: 2006.
- ¹⁷ SCHMIDT, H. As bases cognitivas da Aprendizagem Baseada em Problemas. In: MAMEDE, S, PENAFORTE, J, SCHMIDT, H. (et.al.) *Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec, 2001, p. 80-108.
- ¹⁸ BION, W.R. *Estudos Psicanalíticos Revisados* Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- ¹⁹ BERBEL, N.A.N. Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: Diferentes termos ou diferentes caminhos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 1, n. 2, 1998.
- ²⁰ KOMATSU, R.S. *Aprendizagem Baseada em Problemas: sensibilizando o olhar para o idoso*. São Paulo: Fundo editorial FAMEMA, 2003, p. 32-34.
- ²¹ ALMEIDA, M.J., LEITE, P.H.P. *Manual Geral do Professor Tutor*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2007.
- ²² BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1975.
- ²³ MELLO FILHO, J. *Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos*. 1. ed. V. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ²⁴ CINAEM. Comissão Interinstitucional. Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Relatório final da II fase do projeto de avaliação da educação médica no Brasil. RJ: CINAEM, 1997.
- ²⁵ LAMPERT, J.B. Avaliação Institucional e Mudanças na formação profissional de saúde: Diretrizes, Sinaes e Projeto da CAEM/ABEM. *Cadernos ABEM*, Rio de Janeiro, v. 3, Out., 2007.
- ²⁶ VÍCTORA, C.G, KNAUTH, D.R, HASSEN, M.N.A. *Pesquisa Qualitativa em Saúde Uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- ²⁷ NUNES, M.L.T. Entrevista como instrumento de pesquisa. In: MACEDO, MK, CARRASCO, L. (Con)textos de entrevistas: olhares diversos sobre a interação humana. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 207-222, 2005.

- ²⁸ MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ²⁹ BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70, 1979.
- ³⁰ FIGUEIREDO, N. C. M. Interfaces do trabalho voluntário na aposentadoria. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Porto Alegre, 2005.
- ³¹ UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina. Atos Legais de Consolidação do Currículo Integrado de Medicina. 2006.
- ³² KERR, F.R.M. A relação médico paciente e a qualidade do atendimento médico. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública: Epidemiologia. São Paulo, 2001.
- ³³ CAMPOS, G.W.S.C. GUERREIRO, A.V.P. (Orgs.) Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.
- ³⁴ FARIA, M.J.S.S, NUNES, E.F.P.A, ANASTASIOU, L, SAKAI, M.H, SILVA, V. L. M. Os desafios da educação permanente: A experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Revista Brasileira de Educação Médica, 32 (2) 248-253, Abr-Jun, 2008.
- ³⁵ SCHMIDT, H.G, DAUPHINEE, W.D, PATEL, V.L. Comparing the effects of Problem-Based and Conventional Curricula in an international sample. Journal of Medical Education, 62: 305-315, 1987.

ANEXO B [Versão em Inglês] - The Current Context of Medical Teaching: Traditional and Active Methodologies - Pedagogical Needs of the Teachers and of the Schools' Structure.

**The current context of medical teaching: traditional and active methodologies -
pedagogical needs of the teachers and of the schools' structure**

José Ricardo Pinto de Abreu
Rua Nilo Peçanha, 242/604, Bela Vista
Porto Alegre/RS
Master's student
Famed/UFRGS Teacher
E-mail: abreujrp@orion.ufrgs.br

Waldomiro Carlos Manfroi
Rua Alcides Gonzaga, 330, Boa Vista
Porto Alegre/RS
PhD in Medicine
Famed/UFRGS Teacher
E-mail: wmanfroi@terra.com.br

Carmen Lucia Bezerra Machado
Av. Paulo Gama, s/n, Campus Centro
Porto Alegre/RS
PhD in Education
Faced/UFRGS teacher
E-mail: carmem.machado@ufrgs.br

The current context of medical teaching: traditional and active methodologies - pedagogical needs of the teachers and of the schools' structure

ABSTRACT

This paper is a short version of my master's dissertation, a study on the didactic-pedagogical experience of ten professors with consolidated professional action in three schools of Medicine: FAMEMA, in Marília, state of São Paulo; UEL, in Londrina, state of Paraná (pioneers in the use of active methods, in the pedagogical proposal of an integrated curriculum) and UCPEL, in Pelotas, state of Rio Grande do Sul. Aspects of the teaching and learning processes are examined in a qualitative way, based on the technique of content analysis proposed by L. Bardin. Thus, three categories were analyzed: the institution, the traditional methodology and the active teaching methodology. The following peculiarities of the institutions were identified and also analyzed: changes and resistance to innovation, resources to the implantation of an integrated curriculum, teaching methods and their construction, roles of the student and the professor and the student's evaluation and, at last, limits and possibilities of each methodology. Among the active methodologies, the ABP and the Problematization are highlighted, used to deal with cognitive and social aspects in learning. However, regarding emotional aspects, the Balint method is prioritized, as a possibility for the integrated study of the person. It is concluded that the professors must be capacitated in a permanent way and the school of medicine must provide adequate resources, modifying its internal relations and its relations with the community, to reach the medical formation stated in the National Curricular Guidelines.

Keywords: medical education, college education, medical teaching, medical schools, medicine teachers, methodology.

RESUMO

Apresento neste artigo a versão resumida da dissertação de mestrado, a partir da experiência didático-pedagógica de dez docentes, com atuação consolidada, em três faculdades de medicina: FAMEMA/Marília/SP, UEL/Londrina/PR (pioneiras na utilização dos métodos ativos, dentro da proposta pedagógica de currículo integrado), e UCPEL/Pelotas/RS. São examinados aspectos dos processos de ensino e aprendizagem, com estudo qualitativo, baseado na técnica de análise de conteúdo de L. Bardin. Analisaram-se três categorias: instituição, metodologias tradicional e ativa de ensino. Foram estudadas as seguintes peculiaridades: mudanças e resistências às inovações, recursos à implantação do currículo integrado, métodos de ensino e sua construção, papéis do aluno e do professor, avaliação dos alunos, e, por fim, os limites e possibilidades de cada método. Dentre os métodos ativos, destaca-se a ABP e a Problematização, utilizados para lidar com os aspectos cognitivos e sociais na aprendizagem. Verificou-se, no entanto, que para tratar dos aspectos emocionais poderia ser utilizado o método de Balint, como possibilidade para o estudo integrado da pessoa. Conclui-se que os professores devem ser permanentemente capacitados para a docência, devendo as escolas de medicina disponibilizar recursos adequados e modificar as relações internas e com a comunidade, para atingir a formação médica preconizada nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Palavras-chave: educação médica, educação superior, ensino médico, escolas médicas, docentes de medicina, metodologia.

The current context of medical teaching: traditional and active methodologies - pedagogical needs of the teachers and of the schools' structure

INTRODUCTION

Brazil has a public policy project oriented towards integrality in health issues, which was materialized by the 1988 Federal Constitution (CF/88), with important repercussions for medical education. Such project was reinforced by the National Curricular Guidelines – DCN, from the Ministry of Education – MEC, from 2001, and by the Curricular Change Stimulus Program – PROMED, from 2002, and, more recently, by the National Program of Reorientation in Health Professional Formation – Pró-Saúde (Pro-Health), from 2006.

The doctor's formation, according to the traditional teaching method, doesn't correspond to the expected results^{1 2} regarding the extension of health benefits to the populations, a commitment established in the Alma Ata Conference of 1978³. Moreover, the high cost of medicine performed according to the traditional model of medical formation is unbearable. In this pattern, health is considered to be the absence of illness and not the result of physical and social well being with life quality. What is valued is the biomedical model, which offers a reductionist and fragmented view of the person as an ensemble of organs and systems with no history or subjectivity⁴, not taking into account the psychological, social and cultural aspects of each person. The hospital still is the irradiating center of health and it is around this institution that everything happens regarding patient care. The medicine school is organized according to Flexner's⁵ paradigm of positivistic orientation, which has been used since 1910, and places the focus on the scientific development of medical specialties, placing the doctor away from the patient, and from the human aspects of practice. The school (as an institution) and the teachers need to have the ability to form competent doctors, with an integral vision, who consider the bio-psycho-social axis, the ethical aspect, and are able to understand the needs of the current historical context⁶.

This thesis is part of results of the Research Project "Active teaching methods regarding the emotional aspects of the doctor-patient relationship, for Medicine undergraduate students" (Project 07732, approved by the Medical Ethics Committee and based on consolidated opinion, submitted on August 8th, 2007). The object of this research was the description of the experience of teachers from three medicine courses: the Londrina State University (UEL/PR); the Medicine College of Marilia (FAMEMA/SP), and the Catholic University of Pelotas (UCPEL/RS), which have different teaching methodologies in the

medicine courses. The research question is about the peculiarities of the teaching methodologies used in medicine courses. The objective of the research is to identify the pedagogical needs of the teachers and of the medical teaching institutions, in the use of traditional and mostly, the active methodologies.

The traditional teaching

In the beginning of the last century, Flexner produced a study of the conditions of medical teaching in the United States of America, which had great repercussion. His conclusions became the basis for structuring the medicine teaching and for the elaboration of the curricula of the American medicine schools, and, later on, for the whole world, including Brazil. It led to the development of the traditional teacher-centered model, based on Flexner's clinical and academic experience. However, this model didn't prioritize the epidemiologic needs, or encouraged the encounter with the psychological, social and cultural aspects of the patient, even if it didn't disregard them. The desired excellence was – and is – fundamentally, technical and scientific.

As a consequence, the doctor-patient relationship also was affected by the practice with an exaggerated technical tendency. The doctor searches for a diagnosis trying to fit the case in some protocol. As an exaggeration, it seems that he doesn't really need the patient, which is somehow absurd.

Of course it would be a retrocession to think about medicine without the advances provided by high technology. However, the excessive and a priori use of technology can reveal a defensive use, avoiding the direct and emotional contact with the patient, even if not intentionally. The doctor can gradually get away from the patient, becoming more and more of a specialist, in an equivocated way, less critical, reflexive and solidary in his work with that individuality, in a clear inversion of values. Besides that, the traditional teaching practiced inside hospital limits made practice difficult in other scenarios, bringing difficulties to the promotion of health and the prevention of disease.

However, in the grounds of the relationship with the patients, medicine is reconsidering some aspects; the difficulty of providing an integral care doesn't depend exclusively in the formation offered by the medicine course: the prevalent values in our society don't really contribute to a reflexive practice and integral solutions.

The model of integrality

Mattos⁷ states that “integrality” is a word with many meanings, but makes reference to three main focuses: to the professional’s practice, to the organization of services and practices, and to special policies. He also states that, towards integrality, the doctor must go beyond the explicit demands, pursuing an encounter with the patient, trying to distinguish his needs, which can not be reduce to an early diagnosis or to the prevention and control of disease.

The work, in this model, includes other professionals and is developed in inter and multidisciplinary teams. The services articulate public health and assistance, and are guided by epidemiologic criteria, considering the spontaneous and the programmed demand of a limited geographical area. That increases the possibility of dialogue and of getting to know the users, aiming at a more individualized care.

When practicing integrality, the primary attention is extremely valued. Health professionals, from a broader, deeper and more comprehensive view, develop a better understanding of problems. On the other hand, the specialists constitute the backup support, working as consultants. In this form of approach, the assistance team takes charge of a population group and uses active techniques to interfere in their problems before they constitute a disease.

THE ROLE OF MEDICAL EDUCATION

Since the Alma Ata Conference (and according to the CF/88) the objective of extending health benefits to all the population has been put into practice, and several experiences have taken place.

In Rio Grande do Sul there were pioneer efforts at Famed/UFRGS⁸, which started in discussions in the 1970’s regarding the profile of the professional to be educated. The prevalent tendency towards specialization was opposed by movements that defended the return of the general practitioner or generalist doctor. This had a decisive influence in the curricular reform of 1980, which had as objective the implementation of a curriculum that aimed at the formation of a general practitioner. Besides the emphasis in the four major areas (Clinic, Surgery, Pediatrics and Obstetrics and Gynecology), the study of social aspects was contemplated with the introduction of a class on Social Anthropology of Health.

The integral approach of the biological, psychological* and social aspects and the stimulus to the ambulatory, community** 9 and family care, through the multi-department integrated teaching, with courses related to family follow-up, aim at providing an early insertion of the student in the reality of the health system, emphasizing teaching on a primary and secondary level, and the commitment with the community's health needs. These experiences started with great enthusiasm, but didn't prosper due to lack of support and consistent public policies. Because of that, many of the classes related to family follow-up had difficulty to consolidate, and were substituted by classes related to health promotion and protection. Even though the situation has altered with the purposes declared in the CF/88, there are still many difficulties to reach the desired objectives, and the medical education is subject to the conflicts and contradictions of that time.

Notwithstanding and paradoxically to the individualistic tendency, it is possible to verify an effort – supported by the official institutions – with the objective of forming doctors with “a critical, reflexive and human profile, able to assist all steps of the life cycle” (DNC).

These difficulties can be faced by making the emotional and cultural distance between doctor and patient smaller. In that regard, the difficulties of identification of the student/doctor and his patients must be solved, since, the more distant and isolated the student is, the more he tends not to involve himself. The result of this is a bigger barrier to the emotional contact and, therefore, lesser possibilities of listening, respect and empathy.

From traditional to active methods

There are many active methods, but two of them have been more used in medical teaching: Problem Based Learning (PBL) and Problematization. For the teaching of the subjective (emotional) aspects, another method is useful: Balint's method (which will be discussed later on).

In the 20th century, through Psychology and eminent thinkers such as Dewey (1859-1952, USA) and Piaget (1896-1980), among others, important contributions came up to configure the active methods¹⁰

* David Zimmermann (Porto Alegre) and Darci Abuchaim (Pelotas) have performed changes in the teaching of medical psychology, introducing changes that are still present nowadays.

** At the Social Medical Center São José do Murialdo, Community Medicine was developed, with significant contributions from Ellis Busnello, Isak Levin, Carlos Grossman and Nelson Rezende.

Dewey, studied by Penaforte¹¹, used to give a great deal of importance to the role of experience in the activity of learning. He asserted that, at first, the experience is not a cognitive act, acquiring such quality when it is cumulative and becomes carried with meaning. The acquisition of meaning is essential for an educational experience, demanding, for that to happen, an act of reflection. The problem that stems from experience is the departure point of learning, the basis for PBL.

The contributions from Paulo Freire, Zitkoski¹² explains, constitute what is conventionally called “liberating education”, of transformative action. The author developed his thought aiming for education to contribute to the emancipation in societies with strong occurrences of exclusion¹³. This educator inspired the problematization focus. However, Bordenave and Pereira¹⁴ were the ones who disseminated this methodology, through the use of the Maguerez Arc. Berbel¹⁵, on his turn, applied this method and introduced it in several courses, in Londrina, between 1992 and 1994.

The cognitive and affective basis of teaching and learning

Piaget’s studies offer a scientific basis for the understanding of the phenomena related to cognitive learning. He claimed that knowledge is the result of a relation between an inquisitive human agent and a problematic situation. In the cognitivist model, Vanzolini¹⁶, in a dialogue with Piaget, asserts that, facing a problem, the cognitive structure becomes unbalanced, then assimilates the new information through an adaptation of the existing structure, which results in a new accommodation. This way the original cognitive schemes incorporate new elements, becoming subject to modifications to adjust them to new experiences. Learning takes place through the interaction of the stimuli from the environment with the cognitive schemes of whom is learning. In the cognitivist model, the educational objectives consist in learning to learn, emphasizing the mental processes and not the content to be learned. Through the acquisition of dexterity in the problem solution, it is possible to apply them to new situations, emphasizing a meaningful, non-mechanic learning.

Schmidt¹⁷ characterizes PBL as a way of collaborative learning, constructivist and contextual. He presents Howards Barrows, neurologist, as the leading name of this method, in McMaster, Canada. The findings in empirical research that support the cognitive learning provided by PBL are: the activation of previous knowledge through contextual clues, the accessibility of knowledge relates with its structuring in the memory, the recovery of knowledge can be significantly improved with the elaboration of the material during learning,

the motivation to learn as the amount of study is increased, improving the range of the objectives.

Through PBL, the students are stimulated by the tutor/instructor to get closer to the limits of their knowledge and this challenge unbalances their structure, giving the students motivation to get deeper into their studies.

However, in some cases, this experience of disruption of knowledge (of what people know for sure) can cause a serious anxiety, for it implicates in the acknowledgment of the limitations and personal failures of the students. Emotional problems can be activated, making difficult, inhibiting, preventing or even eliminating knowledge, when psychological defenses act against learning and the subject can't bear the contact with his own ignorance. Actually, along with the learning of cognitive aspects, a concurrent emotional experience takes place. This affective experience goes through transformations and is integrated, but can be evaded by quitting, arrogance or stupidity (that result from the destructive omniscience and omnipotence), or through attacks to bonds (that can be a new idea or knowledge)¹⁸.

When a student learns, somehow he modifies his own personality, beyond the cognitive aspects. This way, changes are mediated by a deep understanding that transcends the intellectual and rational aspects. These changes need appropriated conditions to take place, such as: the insight, the mourning (for the old beliefs), the interactive emotional atmosphere (a positive transference relation).

Drawing a parallel to what happens in psychoanalysis, through a relation lived between the patient and the psychoanalyst, the patient re-lives and actualizes old aspects of his personal childhood experience and resignifies them. That means, re-living old mistakes together with the doctor, he can have a more realistic view of what happens with himself. The past, made present through an important emotional relationship – transference – offers a better understanding of what is going on.

The transference is ubiquitous and universal, and this way it is present in the teacher-student relationship. It is exactly through this that the teacher is integrated to the living of the student and starts to have an emotional meaning to him, becoming a part of his life, constituting a model.

The Method of Problematization

Berbel¹⁹ describes the method of Problematization, stating that it is constituted of five steps. The first consists on the observation, by the students, of the concrete social reality,

departing from a theme or study unit; the students are oriented by the teacher to look attentively and register what they perceive. In the second step key-features are identified, and the students are led to think about the possible causes for the existence of the problem that is being studied. The third step is about theorization, the investigation itself; the students get organized to gather information they need about the problem (bibliographic research, Internet etc.), inside each key-feature that was previously defined; the information obtained is analyzed regarding its contributions to deal with the case. The fourth step refers to the solving hypothesis: the whole study should provide elements for the students to critically and creatively elaborate the possible solutions that result from the deep understanding of the problem. The fifth and last step is to apply everything to reality, something that surpasses the intellectual exercise; the students will take to the field some solution based on their studies, transforming it.

Therefore the Maguerez Arc is completed, with the special meaning of taking the students to exercise the dialectic chain of action-reflection-action, or, in other words, the relation practice-theory-practice, having social reality as the point of departure and arrival of the teaching and learning process.

Problem Based Learning (PBL)

This was developed initially at McMaster University (Canada) and is also applied in institutions such as the University of Maastricht (Netherlands), Harvard (USA), and, in Brazil, initially at FAMEMA/SP and at Famed/UEL/PR, and, later, in other Brazilian medicine schools.

Komatsu²⁰, describing his experience at FAMEMA, states that, to learn, the students must feel motivated. A practical problem derived from the context of reality may be the initial stimulus. “Problems on paper”, which are created by the teachers and offered to the students since the first week of classes, come before the everyday problems found in professional practice.

The problems are explored in tutoring sessions with around eight students and one or two instructors. The main role of the tutor is to facilitate the discussion around a problem, taking the context into consideration, and integrating the biological, psychological and social dimensions. The Seven Steps²¹ from PBL are: 1) To make clear terms and expressions in the formulation of the problem; 2) Define it: identify the questions proposed in the formulation; 3) Analyze it: offer explanation to questions based on the previous knowledge of the group

about the subject; 4) Summarize : systematize the analysis and the hypothesis of explanation or solution; 5) To formulate learning goals; 6) To identify sources of information and acquire new knowledge individually; 7) Synthesize knowledge and review hypothesis, re-discussing in the group the advance obtained in knowledge.

The academic curriculum of the college must provide the appropriate space and time for self-directed learning. Usually in a PBL program more than half of the curricular weekly schedule is destined to this way of learning. The student must take the task of leading his own process of knowledge production, and, for that, he must develop a fundamental ability: learn to learn.

Regarding evaluation, from the beginning the objective, criteria, modalities and forms of assessment must be informed. The formative evaluation is used, which has, as objective, to guide the student, trying to situate his difficulties, and helping him find ways to have progress in his learning.

The Balint Method

In the 1960's, Michael Balint, a Hungarian psychoanalyst who worked in England, presented a model of study for doctors who wanted to understand their patient's emotional problems. His work developed through discussion groups, composed by eight to ten clinical doctors and one or two psychiatrists, who used to meet once a week for one hour, during two or three years. The participants made spontaneous reports, with no use of written material, trying to get the biggest authenticity in the reports, avoiding any secondary elaboration that the writing might produce.

Regarding the training method, Balint²² believed that it should be eminently practical and that the acquisition of psychotherapeutic abilities implicated, to a certain extent, in some modification of the doctor's personality – a limited, but considerable modification. He examined in the groups the transference interaction of the patient with the doctor (through the reports) and the usual patterns of reaction among the doctors; from this, it was possible to see the personal difficulties and problems not consciously perceived. This way, the doctors acquired the capacity to be conscious of their automatic patterns and the anxieties that caused them.

The most important material used in the training was the doctor's countertransference, that means, the way he used his own personality, his scientific convictions, his patterns of

automatic reaction, among other aspects. Individual supervisions and “learn by being taught” were avoided.

The facts that interested Balint were of personal and subjective nature, which were sometimes hard to be verbalized by the doctors. The access to this material could collide with the objectivity used in data collection through the usual medical anamnesis. This material, however, has a profound influence in the attitude towards life, towards getting ill, in the way of accepting medical assistance, among others, with roots in the childhood experiences that permanently influenced the conscious workings. The examination of the childhood roots, though acknowledged, was not explored in the meetings.

Mello Filho²³, dealing with the application of the Balint method in Brazil, reports it was used successfully in the private practice of clinical doctors. Inside university hospitals, it took the shape of reflection groups, and, along with the interconsultation, served to the examination of focal unexpected or even traumatic situations, aiming at a short approach. It was not used very much in the public system ambulatories, since the doctors couldn’t spend more than ten minutes with each patient – which is not what is expected in the integrality model. This author thinks this method is alive, waiting for opportunities to come back to use.

Actually, Balint’s method is used in many countries and has scientific associations that promote meetings for study and research, such as the 15th Balint International Conference, which took place in Lisbon/Portugal in 2007, with the leading theme “Medicine, Evidence and Emotions, fifty years later...”.

Major similarities and differences : PBL, Problematization and Balint

Next, we present a summary of the previously presented data, with the objective to emphasize similarities and differences between each method, as to providing a broad, conjoined and comparative view of each one of them.

Table 1 : Major similarities and differences among the active methods

	Problem Based Learning	Problematization	Balint
Theoretical basis	Democratization New/Active school Cognitivism	Historical-critical conception of education Pedagogy of freedom	Psychoanalysis
Authors	John Dewey Howards Barrows	Paulo Freire Neusi Berbel	Sigmund Freud Michael Balint
Institutional participation	Full: the whole institution	Partial: teachers/students	Partial: teachers/students
Material resources	Demands institutional changes in the collective aspect	Doesn’t demand institutional changes in the collective aspect.	Doesn’t demand institutional changes in the collective aspect.
Structure	Very structured;	Less structured;	Little structured;

	Systematized; Well-defined roles for the participants; Rigid regarding time-usage; Individual and group work;	Systematized; Little defined roles for the participants; Surprising; Group work	Little systematized; Free roles for the participants; Surprising; Group work
Steps of the process	1. Problem presentation; 2. Definitions and clarifications regarding the problem; 3. Problem analysis 4. Explanatory or solving hypothesis 5. Formulation of learning objectives; 6. Identification of sources of information and search for new knowledge; 7. Synthesis of knowledge; review of initial hypothesis; 8. Optional: evaluation.	1. Observation; 2. Identification of key-issues; 3. Theorization; 4. Solution hypothesis; 5. Application to reality;	1. Opening and spontaneous presentation of the clinical problem; 2. Clarification: participants point out questions and ask around; 3. Observation and withdrawal of the presenter, who then listens to: debates, feelings, frustrations, anguish, successes and experiences re-lived by the participants; 4. Synthesis of the opinions discussed (focus in the subjective, automatic, involuntary, unconscious aspects, expressed through discourse and behavior); 5. Summary and issues to hold.
Problems	Elaborated by teachers according to the curriculum	Elaborated by the students according to social reality	Elaborated by the students exploring the subjective exchanges with the patient, focusing on what he feels and what contributes to inhibited or unexpected behaviors.
Definition and analysis of the problem/observation	Takes place in a group discussion, according to arrangements, functions and rules	Corresponds to the freely-performed observation	Takes place in the group, as freely and spontaneously as possible
Formulation of Learning Objectives/Key-points	Well-defined, specified and closed.	Well-defined and open.	Defined according to the needs of the student who is presenting.
Initial hypothesis Search for new knowledge/ Theorization	Defined search orientation; Students committed to the teacher and to the group	Defined search orientation; Students committed to the teacher and to the group	Non-defined search orientation, depending on individual criteria; Students without formal commitment with the group and the teacher
Reviewed hypothesis/ solution hypothesis	Review of the initial knowledge based on the new scientific knowledge obtained	Review not only of the specific scientific knowledge, but also of social, political and economical aspects	Spontaneous review when feeling and perceiving emotional aspects previously experienced.
Application to Reality	Optional: aims at the intellectual practice and the development of abilities	Takes place aiming at transformation in the reality	Takes places through a change in attitudes, revealing more emotional understanding
Group size	Up to 12 students	Up to 30 students	Up to 10 students
Roles in the group	Tutor/Instructor – Teacher: to stimulate, facilitate and mediate; Coordinator: to distribute turns to speak; Reporter: summarize; Secretary: time management	There is no distribution of permanent roles, all the participants take turns	There is no distribution of roles, except for the coordinator and the presenter of the clinical material
Teacher capacitation	Demands permanent / in the job study and improvement	Demands permanent study and improvement	Demands permanent study and improvement of oneself

Possibilities	Intellectual development; increase in knowledge, development of cognitive abilities and group work; Builds knowledge from already established knowledge	Development of social sensibility and solidary attitudes; Builds knowledge through an approximation with reality	Emotional development and a better comprehension of attitudes; Builds knowledge from the emotional experiences felt individually inside the group
Limits	Demands institutional changes and material resources	Demands a social reality to be observed	Demands motivated and mature students
Evaluation	At the end of each module, according to established objectives and scientific knowledge	Besides the scientific knowledge, takes into account the perceptions and representations of the social context	The presenter's appreciation regarding what was discussed; Synthesis and summary of the conclusions, emphasizing the points to be held.

Source: Elaborated by the researcher

THE MEDICAL TEACHING INSTITUTION

Throughout the years there has been inquietude with the current (traditional) model, originated from the challenges and health necessities of the populations. Modifications in the epidemiologic scenario, with the growth of chronic and non-transmittable diseases, have led to a broader understanding of health and to the comprehensive diagnostic of the disease, which starts to be perceived as a process, in which interfere social and psychological aspects along with the biologic ones. Health started to be considered not only the absence of disease, but quality of life. As a consequence, the individual's life style and the environment he lives in have to be taken into account.

The realization of social needs starts to demand new approaches from the health services and the healing focus evolves to health promotion. In this sense, the 1st International Conference of Health Promotion, that took place in Ottawa, Canada, in 1986, under the sponsorship of the World Health Organization (WHO), defined the conceptual and political basis of health promotion, proposing five fields of action: the elaboration and implementation of healthy public policies, the creation of health-favorable environments, the reinforcement of community action, the development of personal abilities and the reorientation of the health system.

This conference, as well as the ones that followed, pointed to a change in the model of professional formation, considering the diseases of the individual person as related to the socio-historical context, valuing the role of subjectivity in the construction of personal health. That contrasts with the traditional model that values the excellence of biomedical knowledge and privileges the specialties.

In Brazil, also in 1986, the 8th National Health Conference proposed a change in legislation with repercussions in the elaboration of the CF/88. Soon after that, the World Conferences in Medical Education, that took place in Edinburgh in 1988 and 1993, shaped the expected profile for the doctor for the 21st century. The concern about medical formation took the National Interinstitutional Council of Medical Teaching Evaluation (CINAEM), between 1991 and 1997²⁴, to study and diagnose the situation of medical teaching.

The Projeto UNI (*Kellogg Foundation*), still in the 1990's, offered support to innovative projects of university institutions with courses in the health area, based in epidemiologic studies of the population, to which it offered its services, interdisciplinary work, multidisciplinary teams, articulating teaching and learning in service. It recommended to overcome the separation between the basic and professional cycles in the medicine courses and to incorporate preventive and clinical actions of health promotion in the everyday activity of the professionals. It also suggested the diversification of the practice scenarios, teaching based on problems-solving and investigation projects. Research should point not only to biomedical problems, but approach the relevant social issues, prioritize the most important health situations and the organization of health services. The evaluation should be turned to the verification of competences and performance, including the development of technical abilities, attitudes and values to be incorporated throughout the formation. Some Brazilian medical schools were contemplated, among them Londrina (UEL) and Marília (FAMEMA), which had started some years earlier an innovative project, when the National Curricular Guidelines were promulgated by MEC in 2001.

The Ministry of Health, to extend health benefits to the population, universalizing it, elected action strategies such as the Family Health Program (PSF), to which doctors should be under the integrality model. For that, trying to stimulate the formation of personnel, the Ministry presented the PROMED and later the Pró-Saúde, aiming at the faster implementation of the DCN. Since then, there are studies that aim at evaluating the adequacy of medicine schools to this reality.

Lampert's work, previously referred, had as objective the study of the tendencies of change in the medical formation in Brazil. The author presents an instrument she elaborated, which allowed to verify the type of medicine schools even before the publication of the DCN. With this instrument it was possible to separate the schools into different types (according to their models), such as: traditional, innovating traditional, innovating advanced and advanced. She observed that there is a movement in the Brazilian medical schools towards innovation and all schools she studies were making changes in their curricula.

At that moment, the author concluded that the medical schools continued focused on the biological causes of the disease, didn't perform a critical analysis of the use of complex and high cost technology, and only a few developed research in the area of primary care, health assistance management and services, and, the graduate courses didn't articulate with the undergraduate courses. Few of them had an integrated curriculum, with a major presence of theoretical lectures and evaluation through grades. The predominant scenario of practice was the hospital and regarding the teachers, there was no requisite of specific training for teaching, though that could occur during the academic master's course, but usually emphasizing the technical-scientific update.

In 2004 the MEC instituted, through the Law 10.861, the National System of Evaluation of Superior Education (SINAES), pointing at criteria and principles for the construction of the evaluation of medical schools as a participating, formative, constructive and democratic process, aiming at the renewal of the teaching model according to the DCN²⁵. Administrative and management processes were evaluated, as the ones related to teaching and learning, and also the processes of accommodation and results regarding health care and primary care to the population. This evaluation is focused in the model directed towards integrality, in the sense that it should value the needs (regarding the health of individuals and populations), referred by the users and by the health sector; it should use methodologies that privilege the students' active participation in the construction of knowledge; it should make possible the integration of the contents, the interaction between teaching, research, extension and assistance service in the perspective of several practice scenarios. The SINAES is formed by three axis of evaluation: institutional, the graduation courses and the student's performance (in this case, that is the National Exam of Student Performance – ENADE).

The study conducted by Lampert in 2002, due to its great repercussion, was broadened in 2006, with the support of the Council of Evaluation of Medical Schools – CAEM and the Brazilian Association of Medical Schools – ABEM. She evaluated 28 medicine schools and verified that, in spite of the contradictions and concurring forces, there is a movement towards transformations, in which it was possible to identify the following types: 13 (46,4%) – Advanced, 8 (28,6%) – Innovative advanced, 4 (13,03%) – Innovative traditional, and 3 (10,7%) – Traditional.

The author points the indicators of changes in the construction of the curricular reforms, as to fulfill the DCN: the coherence with the pedagogical project of the DCN ; the creative construction of the pedagogical project (university, partner institutions and community); the capacity of the schools in assembling together teaching research, extension

and assistance, encouraging at the same time teaching and learning in active methodologies ; the production of knowledge that is applicable to the management of health services ; the interdisciplinarity in coherence with the curricular axis in the biological, psychological and social dimensions, in different scenarios of teaching and learning ; the insertion of the students in such scenarios ; the incentive to teacher training; and, at last, the reflection and analysis of processes and results of the pedagogical process.

MATERIAL AND METHODS

For this research the qualitative method was used. This is a study directed to teachers involved with processes of didactic and pedagogical changes in the medicine courses they teach. A non-aleatory sample was built, with ten teachers: four from FAMEMA, four from UEL and two from UCPEL, all of them with consolidated teaching experience.

Among them, seven are graduated in Medicine, two in Nursing, one in Biological Sciences; regarding titles, five of them have a doctorate degree, three have a master's degree and two are specialists. Regarding the time of their academic experience as teachers, they were distributed in the following way: two have been teaching from 10 to 20 years, six have been teaching from 21 to 25 years and the other two have been teaching for 26 years or more.

Besides teaching activities, most of the teachers performed management and/or didactic/pedagogical coordination of the courses, with big institutional involvement. In the interviews it was possible to observe that they felt like representatives from their schools.

It is important to remember that, in qualitative research the number of participants of the sample doesn't intend to guarantee the representativeness of the universe neither the results suit for statistic generalization, but they are useful regarding similar situations, and therefore, are suitable for analytic generalizations²⁶.

The choice of the schools was related to the fact that both Medicine Schools from Marilia (FAMEMA) and Londrina (UEL) were pioneer in the use of active teaching methods in Brazil. The active teachings methods they use are: Problem-Based Learning and/or Problematization. The choice of the Pelotas Catholic Medicine School (UCPEL) was due to the fact this institution has been performing pedagogical changes in the last few years. This school, however, is characterized by the use of the traditional methodology.

Instruments, data collection and ethical procedures

Semi-structured interviews were conducted, which allow for the contact with information non-accessible through direct observation, making it possible to know the other's perspective regarding several themes, in the certainty that their experience is meaningful and possible to be known²⁷. When the data are subjective, referring to the individual experience as his reflection upon reality – as in this research - , the open, semi-structured interviews are the adequate instruments²⁸.

A Term of Informed and Free Consent was presented to the interviewees, which was accepted and signed, without any refusal, due to the guarantee of anonymity of the participants. To the interview, based on guidelines prepared by the researcher were aggregated others about related themes, as they became necessary. The initial interviews (at UCPEL) constituted a pilot and contributed to the adequacy of the instrument to the following interviews, as a way to check if the proposed questions were understandable to the informants and adequate to the objectives of the research.

Data organization and analysis technique

Bardin's²⁹ technique of content analysis was used, being supported by the software *Qualitative Solutions Research Nvivo 2.0 (Q.S.R Nvivo 2.0)*. Next I present the methodological steps that were observed about the content analysis performed. All the interviews were transformed in rtf (rich text format) documents. This software helps in the development of a hierarchical structure of codifications (like a tree), that makes possible to organize and explore information and categories in order to make the data analysis more flexible.

Regarding the technique for data analysis, the content analysis can be distinguished in three moments: the pre-analysis, the exploration of the material, the treatment of results; which will be dealt in detail later.

At the pre-analysis, a first reading is performed, through which a first contact with the material is made, forming the first impressions on the subject. The reading techniques were homogenized, and the pertinence and representativeness of the contents of interviews in relation to the research objectives were verified.

The exploration of the material, on its turn, constitutes essentially of operations of categorization and codification. The categorization consists in the formation of categories that take place after the first reading and the preparation of raw data in thematic sections (institution, active methodology, traditional methodology), according to the theoretical body that takes part of this study. The codification was performed according to these segments. These steps correspond to a transformation of the raw data, by cut and aggregation, which allowed reaching a representation of the content in units of meaning³⁰. From the major categories, subcategories were elaborated, enabling a more precise classification of the material. During codification a thematic analysis of the interviewees's discourses was performed, for the notion of theme is related to a specific subject, since it is expressed by words, sentences, or even an inter-related summary. *Nvivo* was very valuable at that moment. In the program, the categories are called *nodes*. Therefore, each *node* is a category and each *subnode* is a subcategory, making possible the creation of a concept to each category and subcategory.

Finally, before proceeding to the discussion of the results, all the coded interviews were read and examined, visualizing each interview and each segment of interview from inside a respective category, inside the hierarchical three of categories and subcategories. After this first codification and grouping, each one was printed, resulting in a document in which the verbalizations of the participants are registered, related to a category of subcategory. Later, new groupings between subcategories were made, so that, in the discussion, it became possible to compare similarities and differences between active and traditional methodologies, in each subcategory, aiming for bigger visibility and providing room for interpretation.

RESULTS AND DISCUSSION

The data obtained in the interviews with the teachers made it possible to distinguish the following three categories: institution, active methodology and traditional methodology. These enabled the recognition of subcategories, which, on their turn, allowed to categorize: the peculiarities of the institution, the necessary resources to implement changes and the curriculum, as well as each teaching method, its construction and characteristics. Besides that, they allowed to identify the roles of the student and the teacher and the limits and possibilities of each methodology.

Institution: changes, resources and curriculum

Based on the collected data, it was observed that the institutional changes that took place started especially in the 1990's, after the Projeto UNI, from the Kellogg Foundation, both in UEL as in FAMEMA. The changes in these schools were preceded by a deep and criterial study about active methodologies, and many of the teachers from the schools took courses in McMaster (Canada), Maastricht (Netherlands), important centers of diffusion of such methodologies.

According to the teachers, the construction of the integrated curriculum must be focused on training the students to fulfill the demands of the communities they assist. This way, the Pedagogical Political Project (PPP) of these schools is being directed to the handling of these specific necessities, which are the objective of health policy, according to the legislation and the organizations inspired by the Alma Ata Letter from 1978.

The process of curricular change is constituted by a legal determination, according to the DCN. However, this is not something pacific, and tends to unleash anguish and fears towards its effects. Regarding the theme and in the medicine schools this research took place, these difficulties were faced with the broad mobilization of the academic community and with negotiations in many of its instances, including teachers, students, directing organisms and leaderships. As it was referred in the interviews, a tendency for the teachers and the institutions to accept the curricular changes prevails in the schools, something that was very difficult in the beginning.

Among the various factors related in the present study that justify the resistance to changes (periodically reviewed), the tension regarding the changing roles of students and teacher is highlighted, since in the active methodologies the teacher is no longer the center of teaching, and the students take to themselves the commitment to learn. This contrasts with the traditional teaching, the way they are used to since the beginning of their student lives.

Medicine courses have always valued the internal evaluation criteria: if the students reached the curricular objectives and reached a good grade in exams, nothing else had to be made from the point of view of the didactic-pedagogic project.

The implementation of these transformations, towards a teaching turned to the assistance of the population's health demands, needs an academic leadership to be performed by a manager. This person must articulate with the departments and teachers from the university, to form partnerships with the different sectors, the health units, and other sectors

of the public service, especially on city level, since health care is responsibility of the city government.

The private sector, on its turn, must also be included in the partnerships. The community has an essential role in this process, since it participates actively in the election of the health priorities that constitute an important referential to the organization of health and teaching programs. The manager, therefore, has a role of great complexity and must use it with great political and institutional ability.

At UEL, as the new model was being built, with the participation of all the academic community, several committees discussed and deepened the PPP, approving the regimental³¹ instruments that configured the course according to the new model that was being implemented. At FAMEMA, among the several instances of broad participation already referred to, the performance of the students was highlighted, who were interested on stimulating such changes, according to what the teachers said. At UCPEL's medicine school, which maintains the traditional teaching model, a course restructuring is starting, and adjustments are being made to improve the curriculum towards integrality.

Regarding resources, the institutions need to make available a whole sort of them, indispensable to the development of active teaching methodologies. Since the students are encouraged to actively search for knowledge, for this to happen, the institution must provide access to didactic and personal resources, including libraries and well-equipped laboratories, and all the appropriate logistics.

The laboratories of professional and abilities practice, for example, introduce the students, since the beginning of the course, to practical activities, initially with simulated patients, preparing them for later contact with real cases. That doesn't exclude the possibility that the students develop activities with patients in the community early on.

The first contacts with patients in the community aim at having the student face non-ill people, so to develop actions in health promotion. In this sense, the school gets closer to the city's health service, which, along with the hospital and the ambulatories, provides for a diversified scenario of practice.

The personal resources used for teaching and learning in this model are constituted by the students and city health professionals (called collaborators), which form an multidisciplinary team. Among them, the health agents have an important participation, going along with students and teachers in home calls. The teachers, depending of their didactic-pedagogical function in the active methodology, receive the denomination of tutor, facilitator,

advisor or consultant. The students are included among the personal resources, as they are subject and object of teaching.

Regarding curriculum, both FAMEMA and UEL adopted the integrated model, which is organized by modules, and different from the traditional model that is organized by subjects. After a series of debates in the academic community, it came into question if the teaching modules should be organized by systems of by life cycle. Both decided for the organization of modules according to the life cycles. This way, the second module of their courses deals with the conception and formation of the human being. This made many students of different specialties and subjects, which were previously taught in different moments throughout the course, to get together around this one objective.

Since the integrated curriculum is focused on the student's insertion in the community trying to get him closer to the social context, some teachers have highlighted its importance for improving the student's communication skills, aiming at a better doctor-patient relationship, and, to make that possible, encouraging experiences in the practice labs even in the first years of study. It's not that this didn't happen before; however, it only took place in the Medical Psychology class.

Another characteristic of the integrated curriculum, pointed in the interviews, is the interaction that exists among teachers and between them and the institution, what they call, "to sit and work together". The integrated curriculum brings together, in an interdisciplinary way, theory and practice. To reach it and get to this integration, active methodologies such as PBL and Problematization are used. The theoretical aspects are presented through thematic models, running alongside practice.

At FAMEMA the practical part, in the beginning of the course, is broadly developed at the Professional Practice Unit (UPP). In this college, the first and the second grades take place in the Family Health Units (at the Basic Health Units, UBS); the third grade is focused on the hospital. Therefore, the students have experience in assisting at primary, secondary and tertiary levels. At UEL, the practical part takes place in the so-called PIN modules (Interdisciplinary Practices of Interaction, Services and Community). At the UBS, the students make reports based on their observation with the families in the home calls.

The traditional curriculum, in a contrast with the integrated, is characterized by a set of disciplines, presented throughout the course in an isolated way, with little integration among them, and between them and the very institution. Isolated work can create distortions such as content repetition and emphasis on the teacher's thematic preferences, without taking into account the relevance of the health context.

In this type of curriculum, the teacher is the center of teaching and makes an effort to keep the student's attention. However, his training may not be enough to keep them interested in the class. The students may also not be interested in the subject, since they usually place their attention to classes according to the specialty they want to follow. The result is that the students, even if they are in class, are there because of a curricular demand, not due to a motivation to learn.

Active and Traditional Teaching Methods: Characterization, Construction and Evaluation

Traditional teaching is characterized by the reproduction of the established scientific knowledge and it is practiced in a very similar way in most of the medicine schools. The traditional curriculum is characterized for presenting primarily the theory and later the practice. The first years of the course are focused on basic teaching, while the last years are directed at professionalizing teaching. The students are listeners and the teachers expose their knowledge in lectures for large groups. The practical classes, though, are offered to small groups of students, with an instructor that makes demonstrations through tests and clinical procedures

In the process of teaching and learning in the traditional method, the teacher informs and the student registers, with little stimulation to discussion, limiting the comments to clarifications regarding what was presented. There is no new problem to be solved, created through study itself.

Thus, the curriculum organized through subjects (traditional) stimulates the compartmentalization of knowledge. The interviewees highlighted that this makes difficult the integration of the contents that try to reach it in the professionalizing stages (the practical part). Possibly due to the possibility of integration of knowledge, the students frequently manifest a preference for the clinical part, closer to the professional practice.

The active methods, on the other hand, constitute adequate instruments to reach the integrated curriculum. In such a model, the observation and practice come first, so that the theory can be introduced. This aspect was mentioned by the teachers as constituting a change in teaching paradigm, which is made possible both by PBL as by Problematization.

It was possible to verify that these methodologies present the same construction logic of the very scientific method: observing, experimenting and testing hypothesis, elaborating solutions to apply them, as occurs in the evidence-based medicine. Establishing a parallel, it

would be possible to say that the medicine based in evidences – based on scientific proof, and not only on the professional’s experience – is a palatable way to treat the scientific method, as one of the teachers interviewed mentioned. The same way, the active methods of teaching constitute a similar logic to medicine teaching.

Regarding the use of these methods, both FAMEMA as UEL apply PBL and Problematization. In both cases, either the professional works closer to the PBL, inside a Systematized Unit, or he is closer to the Problematization, inside a Professional Practice Unit. One of the teachers (from FAMEMA) mentioned that it is possible to perceive that both forms are very similar; what makes them different, in reality, is that Problematization is closer to professional practice, because you necessarily have to go back to the community to respond to that reality, in an action-reflection-action cycle. But in tutoring – where PBL is used in the Systematized Unit – you stay in the “theoretical field”, with no commitment to interact with reality, since it is another classroom exercise, a cognitive exercise.

Referring to the construction of the PBL, the teachers explained that the dynamics is the following: the students receive a problem and discuss it according to the seven steps of the methodology. In the group discussion, the teacher questions, advises, tensions to the limits of what is known, for the elaboration of initial hypothesis. Then, the students do their research, broadening their initial basis of knowledge.

Regarding the Problematization methodology, FAMEMA uses problems lived in the real world. The student is inserted in practice since the first year, getting in touch with reality, with people, going to their homes, collecting data from a brief story of that family or individual (if that is the case). Then they return to the UBS, where they discuss with the group and the instructors, raising questions. This is followed by a moment of research of the students, who come back for discussion and comprehension of the case, proposing interventions.

Regarding the emotional issues, that are part of the everyday lives of the students in their contact with their patients and their families, it is necessary to make an important observation: even though the active methods can offer some support to deal with these problems, they are not enough, due to the complexity of the subjectivity involved. In this sense, Balint’s method encourages a very useful approach – which is visible in some teachers’ assertions, as they report that they are not qualified for that. Indeed, the approach of subjective aspects in education is difficult and sometimes neglected. Even though the influence of the affective aspects both in teaching and in patient care is acknowledged, teachers and students end up getting oriented by common sense and by personal knowledge,

obtained through their own experience. The medical courses that use this method (originally applied to graduated doctors with some clinical experience) adapted it to the student's conditions, taking into account that the academics are young and still on formation, with little experience and subject to didactic-pedagogical and institutional obligations.

At FAMEMA and at UEL, though this method is known by some teachers, among the three active methods present, Balint's is the less known, and the less used. Kerr³² proved its usefulness and efficacy in a study performed in Brazil. On a recent publication, this method was reclaimed to be applied on basic health care³³.

In the Laboratory of Professional Practice (FAMEMA) and at the PIN modules (UEL), as the students got in contact with patients and family, the emotional issues and the interpersonal relationship aspects face the opportunity to be dealt with. However, they remain focused on the conscious aspects of communication, vinculated to conduct, to costumes, to socio-cultural issues, which are clearer to the students.

The resistance on approaching emotional issues seems to be present both in teachers and in the students themselves, who frequently consider the subjective themes of emotional nature as something unreal. They tend to desire an objective, schematized and protocol instruction. It is possible to observe difficulties in facing the ambiguity that comes along with emotions. This lack of understanding can lead, as a compensation, to the offering of rules, norms of conduct, advise, aiming at making things simpler, creating the risk of making banal the study of the emotional content that is complex by its very nature.

Regarding the methods' evaluation, this varies according to the conception of the pedagogical project. In the traditional method, it is usually cognitive, additive, performed at the end of the course through a written test, which, in this way of teaching, constitutes as an instrument of pressure used to stimulate the student to study. Thus, the interest is not formed on the appreciation of studying or in the motivation to acquire knowledge, but on the display of how much content was accumulated.

The evaluation in the courses with active methodology takes a formative sense, which can be mixed with evaluations of the diagnostic and additive type. In this model, several techniques can be used: self-evaluation, peer-evaluation, teacher evaluation, practical, of clinical performance, portfolio, etc. Since the objective is to stimulate the students to "learn to learn", the evaluations shouldn't be focused on content, but focus on learning processes, aiming at encouraging the student to form a broad perception of his cognitive development. The teacher guides the student, instructing him about his difficulties, giving him feedback, so

that he can then evaluate him taking into account a whole set of information. That means, in tutorial groups the evaluation is incorporated to the work process.

Student's and teacher's roles

What composes the student's role in the learning process is the importance of his identification with the teacher, which leads to the construction of models. This is very different from mere imitation. The student can absorb (images, experiences, contents, etc.) until he builds his own model. In case the teacher, while exercising his job, is able to go beyond demonstration, verbalizing what he intends to teach, and bring to this exercise all his personality, he may have more conditions to get closer to the student and then, benefit the identification mechanism between him and the students.

Regarding active methodologies, some teachers point out that the relationship teacher-student changes considerably. Specially because the teachers, while tutoring, have contact with the students more frequently, in small groups and in a more individual way, following them for six months – up to two years – which intensifies the contact between them. In traditional teaching, the student, faced with the teacher's authority in his central role, can feel subsumed and infantilized, decreasing his critical capacity. This also can happen in active methodologies. However, the risk is smaller due to the fact that the teacher takes a mediating role in the student's process of learning, who becomes more active in building their own knowledge.

Regarding the teacher's role, the traditional model exposes him less, for basically dealing with whatever he presents to the students, who watch him passively. It is usual that the teachers don't get so involved with the teaching institution. Therefore, according to the interviewed teachers, the change towards active methodology necessarily implies in better qualification, since they are going to have a bigger exposure with the students. The encounter with the unknown and the embarrassment that this could cause to the teacher in face of the students, could cause a serious problem for some teachers.

Some interviewees stated that it is possible that most of the university teachers don't have formal teaching qualification, and became teachers believing that only their medical formation would be enough. In active methodologies the teacher has to be especially qualified, mostly for listening. To listen doesn't mean to stay in silence, but, on the other hand, it is a reflexive and critical attitude, that happens while one observes intelligently,

thinking about the best intervention, selecting to whom it will be directed and which situation (when) will provide a better learning.

The teacher's formation – therefore, the educator's – is a process that needs elaboration and takes time. The teacher's identity is formed little by little, through a sequence of input, projections of concepts, experiences and living, which are being assimilated and integrated to his personality. However, some teachers believe a specific formation in education (and/or in medical education) is not necessary, for example, through graduate courses, considering that as work overload.

The belief that the empathy with the student, with the clinical activity and with teaching would be enough, can lead to the mistake of supposing that the knowledge of pedagogical methods could limit the teacher's creativity.

In active methods, besides the basic, advanced and continued qualification, the teachers must be in permanent education³⁴. This importance and need are acknowledged, because there is a certain tendency to get away from the innovative model to return to the traditional. It is necessary to emphasize that, in the integrated curriculum, with the use of active methodologies, the teacher's pedagogical exercise depends on this continuous renovation and improvement. As one of the teachers pointed, permanent education deals with the contents that come from practice, being made at the moment the teachers are in activity.

Limits and possibilities of the methodologies

Traditional teaching, organized through disciplines and with little integration among them, brings problems for the student to integrate knowledge in his learning process, which turns into dissatisfaction and insecurity. In active method teaching, the integration of knowledge is made easier by the process unleashed through the discussion from the problems proposed. It is still meaningful that, in teaching the integrated curriculum, the teachers work in a group, having, necessarily, a greater involvement with the institution.

However, students with more integrated knowledge and teachers identified with the institution don't automatically have an integrated bio-psycho-social understanding of the patient, which is essential when you prepare professionals to perform in the integrality model. As to obtain this integral view of the patient – beyond the teacher's formal training – the student must enjoy the contact, have the ability to face the situations and be prepared for that.

Regarding the student's training to work with the community, the active methodology students find it easier to develop their activities, since they are inserted in a contextualized

pedagogical project, aimed at the population's health needs. However, the teachers reported that in traditional teaching the students are not well prepared to serve the community, since teaching is focused on healing and rehabilitation.

The active methodology, both in PBL as in Problematization, is a process that refers fundamentally to a change of roles between the student and the teacher. As it was said before, this methodology was chosen to qualify the pedagogical project of the integrated curricula.

As for the doctor/student-patient relationship, an important aspect was brought by one of the teachers, from his classroom experience: even using active methods, the expected interaction didn't take place, since the students seemed indifferent towards these subjectivities. Though technically prepared, they demonstrated their subjectivities needed to receive some focus. The understanding of the subjective aspects, mostly the ones related to the deeper emotional manifestations, is almost non-existent. In this sense, Balint's method encourages the approach of these issues, since it helps in the elaboration of the experiences and feelings of the doctor/student with the patient.

At last, the literature³⁵ highlights that, in traditional courses, the students acquire knowledge – when their academic scores are considered – opposed to the PBL (active) curriculum, in which the students acquire better clinical and problem-solving abilities, with no harm to the apprehension of contents.

CONCLUSIONS

The data analysis enabled to follow the peculiarities of the teaching and learning processes in three medicine schools: UCPEL, which keeps the traditional model; FAMEMA and UEL, which adopted the integrated model. When the DCN came out, both schools had already adopted the integrated curriculum.

Nowadays FAMEMA and UEL have already graduated a few groups, becoming a reference to other medicine schools. They performed deep changes regarding professional formation, aiming at extending health benefits to the population whose main instrument is the PSF even more, something that already works in many cities. Thus, the efforts must turn towards health and life quality promotion, but taking into account secondary prevention and rehabilitation. This coincides with the integrality model, which assumes the use of resources in a joined action of health (MS) and education (MEC) sectors, through the DCN.

To place in operation what is disposed at the DCN is not a one-way street. Several universities are making adaptations. At FAMEMA and UEL there was a deep study followed

by academic mobilization, public and private partnerships, along with the community and the students. These medical schools provided a broad discussion of the changes, aiming at the teacher's training in active methodologies for the formation of doctors who are able to practice in the integrality model. The doctors with a generalist, broader formation, with critical and reflexive capacity, sensible to social and psychological problems and strongly based in biological sciences, will perform their new role, which differs in relation to the traditional model.

In a general way, the teacher should review his way of teaching, searching for the indispensable pedagogical qualification for medicine teaching and, even those who already have some teaching training, should aim at better qualification. The involvement with teaching grows and the relation with the students changes, with more partnership and collaboration. The acknowledgment and competence of the teacher will not be based in criteria such as his authority as bearer of knowledge anymore. As for the students, they should develop critical and reflexive abilities, besides those of searching and selecting knowledge, as well as an appropriate ethical posture. The evaluation of the students should also be reconsidered, acquiring a formative base and becoming part of the very process of teaching and learning, being extended to all the actors involved: students, teachers, course and institution.

The model of integrated teaching demands a continuous work for its development and maintenance, for there is always the risk of return to the traditional. The modifications in the medical teaching institution find resistance that need to be understood and faced by medical formation, which is still featured by the Flexer method.

Three active methodologies were described, the PBL, the Problematization and Balint's method. It was evident the use of PBL and Problematization for the teaching of cognitive and social aspects. The discussion following a problem in the peer group contributes to the development of the rational ability and the disciplinary integration in search for a solution. However, the emotional aspects, in spite of being mentioned, could be deepened. In this sense, Balint's method, adapted to the students, could offer an important subsidy, although it is almost not used in medicine schools, something that deserves further exploration.

Learning implies in a modification not only of the cognitive structure, of the rational and intellectual aspects, but of the student's and the teacher's personality as a whole, in which the emotional aspects have a decisive role, since the understanding of psychological dynamics is fundamental, being able to serve individual, group or institutional relations. The relationship of the teacher and the student provides (or not) for an appropriate emotional

atmosphere to learn, which will also reflect in their relation with the patients and the community. In this sense, active methodologies are appropriated to the integrated model, aiming at modifications in medical teaching according to the National Curricular Guidelines.

REFERENCES

- ¹ LAMPERT, J.B. Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil – Tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002.
- ² PINHEIRO, R.F, SILVA JR., A.A., GOMES, A. A integralidade da atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N, REGO, S, LAMPERT, JB, ARAÚJO, JGC.; (Org.). Educação Médica em Transformação. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004.
- ³ OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Declaração de Alma – Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, 1978. Available at: www.opas.org.br/coletiva/iploadArq/Alma-Ata.pdf. Accessed in: 26.02.2007.
- ⁴ PUSTAI, O. A “ordem” de-vida para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. 230f. Doctorate dissertation. – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2006.
- ⁵ FLEXNER, A. A medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancements of Teaching. Bull 4. New York: The Carnegie Foundation. Available at: http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf. Accessed in: 28.08.2004.
- ⁶ MACHADO, C.L.B., MANFROI, W.C. Prática Educativa em Medicina. 1. ed. V. 1000. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.
- ⁷ MATTOS, R. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- ⁸ UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto Pedagógico da Faculdade de Medicina. Porto Alegre: 2007.
- ⁹ BUSNELLO, E.D. A Psiquiatria Comunitária do Centro Social S. J. Murialdo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 24, p. 443-478, 1975.
- ¹⁰ GAL, R. História da Educação. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960.
- ¹¹ PENAFORTE, J.C. J. Dewey e as raízes Filosóficas da Aprendizagem Baseada em Problemas. In: MAMEDE, S, PENAFORTE, J, SCHMIDT, H. (et.al.) Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001, p. 49-78, p.60.

- ¹² ZITKOSKI, J.J, FREIRE, P. Educação. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006.
- ¹³ FREIRE, P. Pedagogia da Esperança. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- ¹⁴ BORDENAVE, J.D., Pereira, A.M. Estratégias de ensino aprendizagem. Petrópolis: Vozes, 1977.
- ¹⁵ BERBEL, N.A.N. A teoria e a prática da metodologia da problematização em outras realidades, a partir dos trabalhos produzidos na UEL: uma investigação através do site de pesquisa http://www.2.uel.br/pessoal/berbel/metodologia_da_problematizacao. Available at: http://www.2.uel.br/pessoal/berbel/metodologia_da_problematizacao. Accessed in: 01.08.2008.
- ¹⁶ VANZOLINI, M.E. Curso: Desenvolvimento docente para novos espaços de ensino aprendizagem. [Curso] In: 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica, Gramado/RS: 2006.
- ¹⁷ SCHMIDT, H. As bases cognitivas da Aprendizagem Baseada em Problemas. In: MAMEDE, S, PENAFORTE, J, SCHMIDT, H. (et.al.) Aprendizagem Baseada em Problemas. Anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001, p. 80-108.
- ¹⁸ BION, W.R. Estudos Psicanalíticos Revisados Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- ¹⁹ BERBEL, N.A.N. Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: Diferentes termos ou diferentes caminhos. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 1, n. 2, 1998.
- ²⁰ KOMATSU, R.S. Aprendizagem Baseada em Problemas: sensibilizando o olhar para o idoso. São Paulo: Fundo editorial FAMEMA, 2003, p. 32-34.
- ²¹ ALMEIDA, M.J, LEITE, P.H.P. Manual Geral do Professor Tutor. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2007.
- ²² BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1975.
- ²³ MELLO FILHO, J. Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos. 1. ed. V. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000..
- ²⁴ CINAEM. Comissão Interinstitucional. Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Relatório final da II fase do projeto de avaliação da educação médica no Brasil. RJ: CINAEM, 1997.
- ²⁵ LAMPERT, J.B. Avaliação Institucional e Mudanças na formação profissional de saúde: Diretrizes, Sinaes e Projeto da CAEM/ABEM. Cadernos ABEM, Rio de Janeiro, v. 3, Out., 2007.
- ²⁶ VÍCTORA, C.G, KNAUTH, D.R, HASSEN, M.N.A. Pesquisa Qualitativa em Saúde Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

- ²⁷ NUNES, M.L.T. Entrevista como instrumento de pesquisa. In: MACEDO, MK, CARRASCO, L. (Con)textos de entrevistas: olhares diversos sobre a interação humana. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 207-222, 2005.
- ²⁸ MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ²⁹ BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70, 1979.
- ³⁰ FIGUEIREDO, N. C. M. Interfaces do trabalho voluntário na aposentadoria. Master's thesis - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós graduação em Psicologia Institucional. Porto Alegre, 2005.
- ³¹ UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina. Atos Legais de Consolidação do Currículo Integrado de Medicina. 2006.
- ³² KERR, F.R.M. A relação médico paciente e a qualidade do atendimento médico. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública: Epidemiologia. São Paulo, 2001.
- ³³ CAMPOS, G.W.S.C., GUERREIRO, A.V.P. (Orgs.) Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.
- ³⁴ FARIA, M.J.S.S., NUNES, E.F.P.A., ANASTASIOU, L, SAKAI, M.H., SILVA, V. L. M. Os desafios da educação permanente: A experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Revista Brasileira de Educação Médica, 32 (2) 248-253, Abr-Jun, 2008.
- ³⁵ SCHMIDT, H.G., DAUPHINEE, W.D., PATEL, V.L. Comparing the effects of Problem-Based and Conventional Curricula in an international sample. Journal of Medical Education, 62: 305-315, 1987.