

Desempenho Docente no Contexto PBL: Essência para Aprendizagem e Formação Médica

Teacher Performance in the Context of the PBL: The Essence of Medical Learning and Training

Enedina Gonçalves Almeida¹
Nildo Alves Batista^{II}

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica;
- Aprendizagem Baseada em Problemas;
- Currículo;
- Aprendizagem Ativa;
- Docente;
- Formação Médica.

KEYWORDS:

- Medical Education;
- Problem Based Learning;
- Curriculum;
- Active Learning;
- Teacher;
- Medical Formation.

Recebido em: 31/01/2012

Reencaminhado em: 15/02/2012

Aprovado em: 26/02/2013

RESUMO

Objetivos: Investigar as concepções dos docentes do curso médico da Unimontes sobre vivências na aprendizagem ativa e currículo PBL. **Métodos:** Participaram 38 docentes, tutores, construtores e coordenadores de módulo, instrutores e preceptores dos 1^o, 7^o e 11^o períodos. Complementaram-se as abordagens quantitativa (questionário – analisado e expresso em gráficos) e qualitativa (entrevista semiestruturada – submetida à análise de conteúdo temática). **Resultados:** Distinguiu-se nas concepções docentes a mudança de postura docente, destacando: maior responsabilidade com a aprendizagem do estudante (44 citações), participação ativa do docente na construção curricular (37 citações) e prática docente facilitadora da aprendizagem (32 citações). Constataram-se falta de compromisso/ envolvimento docente (27 citações) e inexperiência docente com o PBL (12 citações). **Considerações finais:** Reconheceu-se a aprendizagem ativa como base para atuação profissional futura e o potencial do PBL como estratégia orientadora de currículos. O currículo revelou-se essencialmente desafiante pelo compromisso/capacitação docente para alcançar atuações diversificadas, multidisciplinares e facilitadoras da aprendizagem. Restam maiores estudos sobre repercussões do desempenho docente e diferenciais de aprendizagem do PBL na prática médica e na necessidade de saúde das pessoas.

ABSTRACT

Objectives: To investigate the opinions of teachers from the medical course at Unimontes about experiences in active learning and the PBL curriculum. **Methods:** A group of 38 teachers, tutors, module builders and coordinators, instructors and preceptors, from the first, fourth and sixth years. Quantitative (questionnaire, analyzed and expressed in graphs) and qualitative (semi-structured interviews with subsequent content analysis) approaches were used. **Results:** A change in posture was identified by the teachers, particularly in terms of: greater responsibility for student learning (44 mentions), teacher's active participation in the curricular construction (37 mentions) and a learning facilitation role played by teachers (32 mentions). A lack of teacher commitment/involvement was found (27 mentions) and teachers' inexperience with the PBL (12 mentions). **Conclusion:** Active learning has been recognized as the basis for future professional activities and the PBL as a potential curriculum-guiding strategy. The curriculum proved to be essentially challenging in relation to teacher commitment/ability to play diverse, multidisciplinary and learning facilitator roles. Further studies are still required into the repercussions of teacher performance and the learning differentials of the PBL on medical practice and public health needs.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

^{II} Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O contexto das mudanças na educação médica, ocorridas no século XX, no âmbito mundial e, particularmente, nas Américas, requer uma breve retomada na história para a compreensão do movimento que iniciou as modificações na formação médica no Brasil. Movimento esse que contribuiu para implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina¹.

No início do século XX, Flexner revolucionou a educação médica, reorganizando o ensino e a prática nas escolas com seu relatório que impunha o perfil do médico ideal, aquele com amplo embasamento científico acerca do homem biológico e capacidades técnicas apuradas. Esse currículo, adotado amplamente em todo o mundo, reestruturou a formação médica e proporcionou avanços científicos para medicina, mas representou “o primeiro degrau de uma infinita escalada paralela às mudanças do século XX” e “seus parâmetros educacionais já não se aplicam nos dias de hoje”².

Após a Segunda Guerra Mundial, produziu-se uma mudança no tipo de influência sobre a educação médica latino-americana. Novas relações econômicas e culturais foram estabelecidas no mundo todo, e a influência europeia decresceu, passando a haver um predomínio norte-americano também na educação médica³.

A partir de 1955, a influência passou a ser exercida por representações dos organismos internacionais, destacadamente a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e fundações norte-americanas (Rockefeller, Kellogg), e pelas profundas implicações que o relatório Flexner exercia na formação médica^{3,4}.

Em 1962, é aprovado o estatuto da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (Fepafem) e os médicos na América Latina organizam-se em associações³. No Brasil, cria-se a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), que se insere nesse contexto de mudança da formação médica como uma instituição atuante nas discussões e decisões, e contribui com pertinência na elaboração das DCN para os cursos de medicina⁴.

Um movimento para expansão da atenção primária à saúde inicia-se em 1960, no Canadá e Estados Unidos, com ênfase na formação de médicos de família e tem sua expressão máxima na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Declaração de Alma-Ata, Cazaquistão, URSS/1978)². Na conferência, destacam-se as discussões e propostas sobre as inconveniências do modelo flexneriano à realidade da saúde⁵.

Nessa mesma época (1970-80), acontece no Brasil o programa de Integração Docente-Assistencial (IDA), uma estratégia alternativa nas relações entre a instituição formadora e os serviços, visando a mudanças no currículo médico e à reor-

ganização dos serviços como espaços de prática. Previa-se um currículo modular por níveis de atenção médica em substituição ao modelo flexneriano, essencialmente hospitalocêntrico, disciplinar e direcionado por especialidades^{3,5}.

A proposta de uma medicina integral e de reforma na educação médica, contudo, não aconteceu de fato. Perceberam-se modificações parciais, mas a essência do modelo hegemônico permaneceu na formação e na prática. Esses acontecimentos foram base para críticas e reorganização do sistema de saúde³.

A Abem, correspondendo aos anseios da transformação na educação médica, despontadas desde 1950 no mundo e mais tarde no Brasil, coordenou, entre os anos de 1987 e 1989, o Estudo da Educação Médica nas Américas (projeto EMA)⁶, criado pela Fepafem, cuja proposta era a participação das escolas médicas das Américas na 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, em Edimburgo, em 1988^{3,6}.

Em meio à promulgação da nova Constituição Brasileira/1988, inicia-se a organização do sistema público de saúde, crescem as ideias de reformulação do ensino médico e é editada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil – LDB (Lei nº 9.394/1996), proposta por Darcy Ribeiro^{6,7}.

Novas propostas de mudança da educação médica latino-americana ressurgem em 1990, e em 1993 realizou-se a 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, também em Edimburgo. Nesse encontro a OPS e a Fepafem convocam as escolas de medicina para um novo pacto social, com o propósito de reconstrução das relações entre a universidade, os serviços de saúde e a sociedade³.

Nesse tempo, destacam-se no Brasil a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷ e a premente necessidade de elaborar e aplicar, no ensino médico, estratégias curriculares inovadoras em busca de diferenciais no perfil profissional do médico desejado². Aliado a esse movimento, inicia-se a elaboração das DCN para vários cursos⁷, tendo a Rede Unida de Desenvolvimento de Profissionais de Saúde (Rede Unida) como pioneira na apresentação de propostas, a partir da promoção de debates com ampla participação da sociedade⁶.

Em conjunto com o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Abem constituiu, em 1991, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem)⁸, que se propõe a conduzir um projeto de avaliação do ensino nas escolas médicas (pesquisa-ação), cujo diagnóstico propositivo contribuiu no debate sobre as DCN (1999)^{4,6}. Essas discussões previam a orientação do processo de formação médica, delineando diretrizes para a construção dos currículos, com referências ao processo de avaliação, gestão e docência nas escolas médicas, e com o olhar para as necessidades de saúde da população, segundo os princípios do SUS⁶.

A Abem, em parceria com a Secretaria de Políticas Públicas no Ministério da Saúde (MS) e da OPS, propõe a revisão e compatibilização do documento das DCN com a proposta da Cineaem e da Rede Unida⁶.

As DCN para o curso de medicina foram aprovadas com ligeiras modificações da proposta constituída pela Abem, Rede Unida, Cineaem, escolas médicas e outras entidades, em resolução nº 718/2001 do Conselho Nacional de Educação/CNE^{6,8}.

Em sintonia com o MS na aprovação das DCN (2001), a Abem contribui na sua implementação, com a elaboração de uma proposta de incentivo às transformações curriculares nos cursos de medicina (PROMED/2001)^{6,9} e que se desdobrou no Pró-Saúde, incentivo de maior abrangência¹⁰.

As DCN representam uma evolução em torno das mudanças necessárias ao processo de formação médica, norteando reformas curriculares, orientado-as para integralidade e para utilização de estratégias de ensino-aprendizagem que aproximam a academia dos serviços, que estimulam os estudantes a serem agentes de transformação na sua formação profissional e que estejam vinculadas às necessidades de saúde da população⁴.

A responsabilidade institucional para a formação médica no Brasil, no entanto, conflita entre as novas concepções de educação para a formação profissional, as diretrizes nacionais que regulamentam os cursos de medicina e as necessidades sociais em saúde, segundo as políticas atuais, além das possibilidades e limitações da própria academia.

O número de escolas que tem adotado metodologias ativas como PBL (*problem based learning*) é crescente e tem repercutido no mundo e no Brasil como importante processo de ensino-aprendizagem. Tem sido gerador de intensas discussões, ocupando posições centrais nos congressos de educação médica e suscitado inúmeras pesquisas, dentre elas a importância e a diversidade de papéis que os docentes devem ser capazes de atuar. São pioneiras no Brasil a Faculdade de Medicina de Marília (Famema), o curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e a Escola de Saúde Pública do Ceará.

O PBL é praticado diferentemente em diversas instituições, mas os seus componentes centrais são preservados como característica fundamental do processo ensino-aprendizagem: ser individualizado, trabalhar em pequenos grupos, ser cooperativo, ter tutores facilitadores, ser autorregulado e utilizar problemas¹¹.

Como metodologia de ensino, o PBL é uma estratégia que pode direcionar toda a organização curricular de um curso, com necessidade de mobilização do corpo docente, acadêmico e administrativo da instituição, o que demanda alterações estruturais e trabalho integrado dos departamentos e disciplinas que compõem o currículo dos cursos¹².

Os currículos que utilizam metodologias ativas/PBL devem contar com grupos de docentes responsáveis pela construção e organização das atividades teóricas e práticas e de outros que operacionalizam essas atividades. As atuações individuais dos docentes relativas a conhecimento e treinamento na metodologia, interesse pessoal e profissional, área de formação, relação interpessoal e também dos grupos podem ser amplificadoras ou comprometedoras do potencial participativo, direcionando decisões no planejamento e na execução das atividades. É importante que o docente tenha concepção do seu real papel em propostas curriculares que utilizam metodologia ativa.

Para Batista¹³, "planejar não pode ser considerado uma atividade neutra, mas intencional; conta com a projeção de objetivos e estabelecimento de meios, sendo um exercício de reflexão ideologicamente comprometido." (p. 35).

Hmelo-Silver¹⁴ enfatiza a importância do docente como facilitador e colaborador da aprendizagem, em ajudar a guiar o processo de aprendizagem através de questionamentos na abertura e fechamento do problema para tornar sua opinião visível e manter todos os estudantes envolvidos no processo.

Refletir sobre a responsabilidade de se construir permanentemente uma proposta de metodologia ativa e redimensioná-la na perspectiva da aprendizagem problematizadora e da integração curricular mostra-se como uma tarefa desafiante, que exige compromisso e dedicação dos docentes e estudantes, participação efetiva da gestão, apoio da instituição e parceria com outras. É nessa rede de relações e interdependências que se busca formar um profissional com competência técnica, com valores éticos e de cuidado, visão humanística, compromisso social e, ao mesmo tempo, crítico, reflexivo, moderador e avaliador de sua aprendizagem e de seu desempenho profissional. O entendimento e interesse dos docentes e estudantes e a interação docente-docente e docente-estudante tornam-se essenciais nesse contexto.

Mamede¹⁵ concorda que o PBL é uma abordagem bem fundamentada nos princípios que sustentam o processo de aprendizagem e, portanto, pode ter inferências e potencial decisivo em todas as dimensões da organização do processo educacional.

Vivenciar metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação médica é estar em um ambiente de pensamentos, ações e situações diversas, que provocam as pessoas envolvidas (docentes, estudantes, gestores e funcionários) a se revelarem como de fato se apresentam e sentem, sendo participantes ou não desse processo. Lidar com docentes e saber valorizá-los torna-se aspecto fundamental no contexto de uma formação médica com estratégia ativa de aprendizagem, sejam eles participantes atuantes e parceiros do processo, entusiastas interessados ou apenas cumpridores de atividades, algumas vezes

imparciais e reservados, outras vezes resistentes, divergentes ou desacreditados da proposta.

Investigar essa vivência foi o objetivo desta pesquisa realizada na Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, onde o PBL é aplicado no curso médico¹⁶ desde 2002. A conquista de projetos, como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed/Brasil¹⁷ e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde/Brasil¹⁸, foram relevantes para implementação e sustentabilidade do PBL no referido curso.

Especificamente, esta pesquisa objetivou apreender as concepções dos docentes do curso de medicina da Unimontes sobre o seu papel na aprendizagem em currículos com metodologia ativa e identificar, junto a esses docentes, os aspectos facilitadores e as dificuldades vivenciadas.

Este artigo apresenta parte dos resultados de uma Dissertação de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde realizado no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Cedess/Unifesp), com dados coletados na Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

MÉTODOS

Foram exploradas as concepções dos docentes do 1º, 7º e 11º períodos do curso de medicina da Unimontes, em torno das potencialidades e dos desafios/dificuldades de suas atuações nesse currículo.

Participaram do estudo 26 docentes médicos e 12 docentes não médicos. A idade dos professores variou de 29 a 63 anos (um docente não identificou sua idade). Quanto ao sexo, 57,89% eram do sexo feminino e 42,11%, do sexo masculino. Desse total, 25 docentes haviam sido capacitados na metodologia ativa e outros 13 não tinham sido capacitados; 14 docentes estavam em contato com a metodologia há mais de cinco anos; 13 tinham entre dois e cinco anos; e dois não responderam essa caracterização. O papel docente exercido no momento da pesquisa por esses professores era: construtores (29,55%); tutores (22,73%); instrutores (22,73%); preceptores (18,18%); e coordenadores (6,82%).

Utilizou-se a complementaridade entre as abordagens qualitativa (entrevista semiestruturada) e quantitativa (questionário). O questionário foi pré-testado 30 dias antes de sua aplicação. Participaram do pré-teste três docentes capacitados e experientes no PBL, sendo um tutor, um instrutor e um preceptor, que, após o preenchimento e análise, propuseram algumas adequações e concordaram que o ele estava coerente com os objetivos da pesquisa. Esse foi o primeiro instrumento aplicado e objetivou mapear o objeto, obedeceu à escala Likert, gradua-

da de um a cinco, com respostas variando entre Concordo Totalmente (CT), Concordo (C), Não Opino (NO), Discordo (D) e Discordo Totalmente (DT). Na análise dos dados, o questionário foi sistematizado em gráficos seguindo o grau de concordância e/ou discordância, e os resultados expressos em percentis.

O segundo instrumento utilizado foi uma entrevista de aprofundamento a partir dos dados colhidos no questionário. O número de entrevistas foi definido pelo critério de saturação de amostra, o que Minayo¹⁹ entende como “medida que consiga o entendimento das homogeneidades, das diversidades e da intensidade das informações necessárias para o seu trabalho”.

As entrevistas, após transcritas, foram submetidas a uma análise de conteúdo temática, a qual, segundo Bardin²⁰, é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” e que esta pode ser uma “análise dos ‘significados’ [...]”. Para essa análise, utilizou-se a categorização de dados na compreensão e interpretação dos significados e sentidos das falas, a partir dos núcleos temáticos: “o papel docente e sua relação com a aprendizagem ativa” e “desafios/dificuldades relacionadas ao docente na aprendizagem ativa”.

Os resultados do questionário foram analisados e apresentados conjuntamente com as categorias emergentes da análise temática das entrevistas e discutidas com a literatura pertinente.

A presente pesquisa foi desenvolvida dentro dos procedimentos éticos previstos pelo Conep e aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes (processo nº 1016/08) e da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp (CEP 0940/08).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Praticamente todos os professores (94,74%) concordam que o significado do processo de aprendizagem em currículos com metodologias ativas tem mudado o papel do professor. Na análise do núcleo direcionador da entrevista de aprofundamento – “O papel docente e sua relação com a aprendizagem ativa” –, também foi observado uma mudança de postura docente em relação à clássica dimensão transmissiva do conhecimento da metodologia tradicional de ensino, ressaltada em citações como

“tem mudado a cabeça do professor” (P1/T),

“o professor não é mais o detentor do conhecimento” (P2/T).

Essa mudança de postura é ressaltada por Hmelo-Silver¹⁴ ao afirmar que existem no mínimo dois pontos-chave nessa transformação: primeiro, o fato de que toda relação enfatiza os aprendizes como ativos na construção do conhecimento e

em grupo colaborativo; segundo, a própria transformação dos estudantes e docentes.

Nesse sentido, torna-se importante em uma reforma curricular a “preparação de professores identificados e comprometidos com o processo de mudanças”¹⁰, capaz de perceber a relevância de uma “pedagogia interativa”, cujo potencial permite utilizar a “autonomia docente” no sentido de orientar e facilitar o estudante a construir seu próprio conhecimento⁸.

Os tutores são entendidos por Barrows²¹ como facilitadores da aprendizagem e dão estabilidade para o sucesso do PBL; para Moust, Van Berkel e Schmidt²², o PBL provoca mudanças no modo que os professores cumprem o seu papel de ensinar.

Na visão dos docentes a maior responsabilidade com a aprendizagem do estudante, identificada em 44 citações, é percebida como comprometimento com o trabalho, necessidade de envolvimento e entendimento da metodologia, percebido nas falas

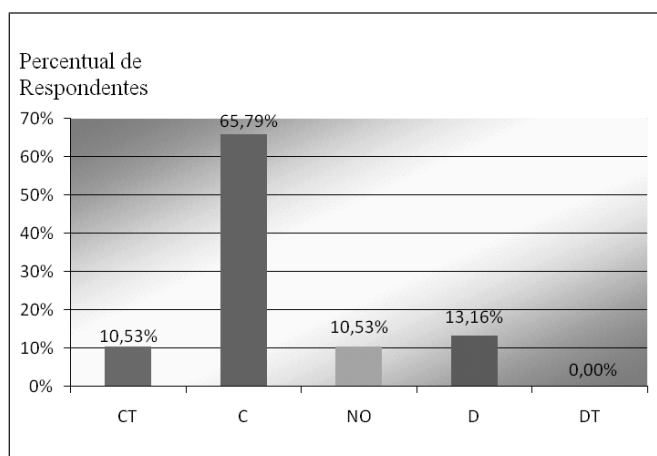
“isso é uma questão muito individual e depende do comprometimento que o professor tem em relação a sua disciplina e ao seu trabalho”. (P2/T)

“o tutor, ele também se responsabiliza mais por que ele passa a lidar com um aluno mais exigente”. (P8/CC)

Nos questionários, diante da assertiva “O professor sente-se estimulado a refletir e a responsabilizar-se pela proposta de aprendizagem” ocorreu 76,32% de concordância. O gráfico a seguir mostra, no entanto, que, apesar de fundamental, essa responsabilidade não é opinião unânime, estando na dependência do comprometimento individual de cada docente.

GRÁFICO 1

O professor sente-se estimulado a refletir e a responsabilizar-se pela proposta de aprendizagem.



Os docentes facilitadores são responsáveis em orientar os estudantes em várias fases do PBL e em monitorar o trabalho em grupo. Monitorar um grupo consiste em estimular todos os estudantes a expressarem seus pensamentos e a comentarem sobre o pensamento uns dos outros¹⁴. Schmidt e Moust²³ salientam essa responsabilidade ao descreverem que o tutor tem que facilitar o processo de aprendizagem do estudante e estimular a cooperação. O tutor contribui desafiando os estudantes a clarearem suas ideias, instigando-os a fazer elaborações sobre os assuntos, questionando suas observações, verificando as inconsistências e considerando as alternativas. Dessa forma, ajudam os estudantes a organizarem seu próprio conhecimento, a resolverem seus equívocos, sem explicitarem os conceitos. O tutor deve ser capaz de imaginar como uma pessoa com conhecimento limitado sobre um assunto ou área pensaria naquela situação para estimulá-la na colaboração no grupo tutorial e, também, saber lidar com a dinâmica das relações interpessoais, ser sensível no processo de desenvolvimento do grupo e lidar com os conflitos pessoais.

Na percepção dos docentes, reconheceu-se a necessidade de motivação em 15 citações:

“no grupo de construção tem pessoas que ainda precisam ser mais motivadas, mais capacitadas” (P6/C).

Nota-se que essa necessidade de motivação está intimamente relacionada à responsabilização, vista como mais um atributo desse papel docente diferenciado. Quinlan²⁴ identifica uma relação entre a motivação, a satisfação docente e as oportunidades de ensino-aprendizagem que são oferecidas. Walton e Matthews²⁵ relatam que alguns podem ver como uma desvantagem o planejamento necessário e contínuo no sequenciamento adequado de um currículo PBL, que, certamente, demanda acordos e objetivos claramente enunciados e requer horas de planejamento entre colegas de diferentes disciplinas, muitas vezes com origens e pontos de vista muito diferentes. Essa lógica de planejamento, a necessidade de negociações interpessoais e o dispêndio de tempo podem ser fatores desmotivadores, se esse empenho educativo não for adequadamente reconhecido e recompensado.

A expectativa docente com a aprendizagem, percebida também como responsabilização com a formação médica, foi evidenciada em 14 citações:

“hoje eu já tenho uma expectativa diferente, eu quero que [...] o estudante [...] saia daqui com o conhecimento” (P5/I).

Um docente enfatiza uma maior necessidade de qualificação para a docência como favorecedora da qualidade no processo de ensino-aprendizagem:

“meu departamento, deve ter 70% de médicos [...] acho que os professores também se movimentaram nesse período, [...] pela mudança ou independente dela, [...] em vistas de 10 anos aqui atrás [...] a grande maioria tem mestrado, vários doutorado, outros fazendo doutorado, certo, então acho que isso muda também o referencial dos professores [...] reflete é[...] em qualidade [...] em melhor qualidade do ensino”. (P10/P)

Quinlan²⁴ comenta que, diante das tendências educacionais, os programas de desenvolvimento do corpo docente em currículos com PBL tem negligenciado a exploração do potencial da pesquisa nesse processo. A autora salienta que o investimento ocorre principalmente nas atividades tutoriais e reconhece que “ligações entre as habilidades específicas de cada conteúdo e os trabalhos acadêmicos do resto dos membros de um corpo docente não têm sido discutidas” e que “ensino e pesquisa parecem estar em esferas separadas de atividade²⁴ (p. 250)”.

A constatação da participação ativa do docente na construção curricular foi apontada em 37 citações, principalmente pelos docentes tutores e construtores:

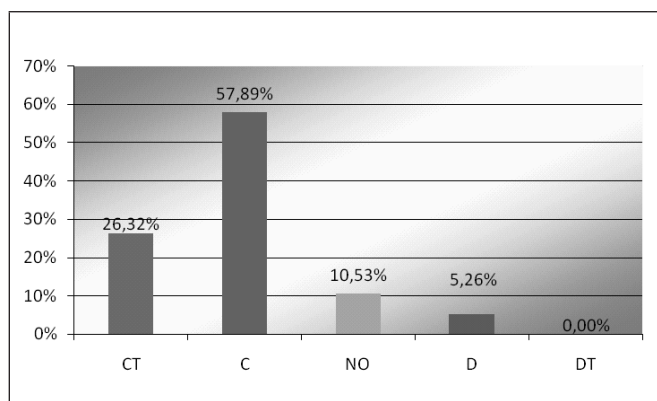
“o tutor repassa (as informações) para o coordenador do módulo, e esse vai trabalhar juntamente com a equipe de construção”. (P2/T)

“trabalhar o módulo do próprio período, [...] embasado em reclamações, sugestões, que foram feitas pelos alunos e professores”. (P7/CC)

A participação ativa do docente na construção curricular foi confirmada nos questionários aplicados.

GRÁFICO 2

A opinião do professor é considerada importante no diálogo crítico para a definição de conteúdos e estruturação dos cenários de prática.



Junto a essa participação ativa do docente nessas construções curriculares identificou-se em 23 citações uma atuação diversificada e multidisciplinar dos professores:

“você lida com o instrutor ou coordenador ou tutor, ele está em várias áreas da medicina ao mesmo tempo, ele está se interessando de assuntos que não são de sua rotina diária” (P8/CC)

Gomes et al.²⁶ percebem como crucial a “necessidade de professores atuantes nas diversas áreas do conhecimento”, entendedores da pedagogia que compõe a “rede de conhecimentos, habilidades psicomotoras e demais competências” essenciais na formação profissional.

Quinlan²⁴ afirma que o PBL tem favorecido a criação de espaços que promovem a interação entre docentes que, habitualmente, estavam isolados em suas diferentes áreas de especialidades. A autora comenta que compreender como o corpo docente aprende a partir do processo de ensinar ajuda os educadores na construção curricular a criar oportunidades de aprendizagem, tanto para os professores como para os estudantes.

Walton e Matthews²⁵ destacam a importância do planejamento mútuo na escolha dos problemas e na sua definição. O tempo necessário para esse planejamento deve ser suficiente para que os docentes desenvolvam a compreensão das competências pedagógicas requeridas na seleção de exemplos a serem usados e como utilizá-los.

Foi realçada também nas entrevistas uma maior necessidade de estudo docente como necessidade de atualização:

“o professor ele tem que [...] tem que estar em dia com estes problemas para poder trabalhar um pouco o aluno também” (P1/T)

Quinlan²⁴ destaca o potencial de aprendizagem para os professores de currículo que utilizam o PBL: as discussões nas sessões tutoriais criando oportunidades para a interação com estudantes e ampliando as visões de pensamento sobre um campo e as oportunidades de aprendizagem fornecidas por papéis dos membros do corpo docente nos projetos do currículo.

Outro aspecto destacado na visão dos docentes foi uma prática docente facilitadora da aprendizagem:

“se a gente não estimular o estudante a resgatar o conhecimento, [...] não [...] consegue juntar as peças do quebra cabeça”. (P5/I)

“sempre a gente tem que estar pelo hospital, a gente sempre procura contextualizar [...] com casos de outras pessoas”. (P10/P)

“Professor está ali só como condutor mesmo, um facilitador”.
(P4/I)

Nessas concepções, o estímulo ao levantamento de questões, ao resgate, à reconstrução e à contextualização do conhecimento foram explicitados. A concordância de 97,33%, vista no questionário, sobre essa atuação facilitadora da aprendizagem e de 86,84% sobre o papel facilitador e colaborador do docente corroboram esses dados.

Hmelo-Silver¹⁴ considera o ambiente na escola médica como um espaço privilegiado para proporcionar professores facilitadores em pequenos grupos com o papel de aperfeiçoar as habilidades do pensamento do estudante e apoiar o desenvolvimento em uma lógica metacognitiva.

Savery e Duffy²⁷ comentam que uma sessão conduzida por um facilitador modela a ordem superior do pensamento por meio de perguntas que proporcionam aprofundamento no conhecimento do estudante.

O papel de *mentor da formação do estudante* foi identificado em 17 citações, como docente orientador da aprendizagem e com capacidade de intervenção adequada e de estímulo à construção do conhecimento.

“a gente, ao conviver com o grupo, já vai colocando algumas funções para cada um, para eles estarem mais ativos”. (P3/I)

“a gente serve mais de norte, a gente vai estar só guiando”.
(P7/CC)

Vinculada a essa capacidade de mentor, um dos entrevistados apontou o desenvolvimento de habilidades pessoais, de postura profissional e melhoria de desempenho como parte integrante desse papel na aprendizagem ativa:

“até na questão da fala, da postura dele, a gente acaba trabalhando isso com o estudante”. (P9/P)

Para Albanese e Mitchell²⁸, embora muitos sintam que o corpo docente deve manter um papel de facilitador, outros consideram que o docente deve assumir um papel mais direto, principalmente com os alunos mais jovens. Os autores acreditam que ocorre um aumento progressivo na autonomia dos estudantes, e, portanto, a liderança dos professores deve ir mudando conforme as necessidades do grupo. Com os estudantes novatos, os tutores devem ser mais diretos, fornecendo orientações e apoio emocional; enquanto com os estudantes mais maduros, os tutores devem assumir um papel mais “participativo”, oferecendo orientações, apoio e possibilitando a esses a decisão de como e o que aprender.

É interessante como esse papel docente orientador da aprendizagem pode ser ampliado e entendido também na dimensão dos princípios da boa conduta, dos valores norteadores das relações sociais, da educação em si, da moral. Tavares²⁹ comenta que desenvolver a formação moral do estudante para que esse se constitua um cidadão e tenha percepção de sua responsabilidade social também é papel do educador. O autor realça o que chama de educador aprendiz. Para o professor alcançá-la, tem que estar preparado para aprender, para se adaptar, para intervir e para transformar a realidade.

Alguns entrevistados demonstraram uma visão mais abrangente da prática docente facilitadora, caracterizando a *atuação docente* interdisciplinar e relacionando essa atuação com uma maior necessidade de atuações integrativas:

“embora não precise ser um professor da disciplina, a tutoria envolve várias disciplinas, mesmo que você não dê conta de todas”. (P1/T)

“se eu estou percebendo que não está casando essa parte teórica com a parte de habilidades, então o que a gente pode fazer para harmonizar”. (P5/I)

Quinlan²⁴ reconhece que a reestruturação de currículos baseados em problemas envolve repensar a organização do conhecimento na prática e, para isso, é essencial vincular disciplinas isoladas com as especialidades. A autora ressalta que, para alcançar esta interdisciplinaridade, é necessário que os docentes trabalhem juntos e articulem seus conhecimentos, contribuindo para uma construção de problemas significativos e coerentes com a proposta de ensino.

Freire³⁰ completa dizendo que a prática docente crítica envolve o pensar certo, a mudança, o processo do diálogo “entre o fazer e o pensar sobre o fazer”, está além da atividade docente espontânea e é construído pelo aprendiz em sintonia com o professor.

Em relação aos “desafios/dificuldades docentes em currículos com metodologias ativas”, a constatação de falta de compromisso e envolvimento docente mostrou-se relevante nas entrevistas. Os entrevistados destacam dificuldades de aderência docente, necessidade de maior dedicação, de conscientização de seu papel e de mobilização em ações de melhoria. Os docentes apontam isso como indispensável à credibilidade na metodologia:

“eu acho que o desafio maior é a questão dos docentes se insereirem nesse processo”. (P8/CC)

“criar um compromisso com gente que não quer se comprometer... esse é o grande desafio, comprometer, comprometer”. (P9/P)

Moust, Van Berkel e Schmidt²² comentam que alguns docentes não acreditam que os estudantes percorrem suficientemente os conteúdos do tema, e mesmo sendo a aprendizagem independente e autodirigida, tentam direcionar as atividades por vários caminhos. Alguns docentes tendem a guiá-los por referências específicas, levando a uma situação indutora de estudos por uma mesma literatura. Isso causa efeitos negativos no comportamento dos estudantes, prejudicando as fases de síntese e integração do conhecimento.

Entendida também como falta de compromisso e envolvimento docente a *resistência docente à metodologia ativa* foi identificada:

“ainda tem professor resistente que ainda prefere o método tradicional” (P6/C)

“em relação ao professor é [...] tem [...] acho que tem ainda dificuldades, em que sentido, você tem comportamentos de [...] de muito tempo, é [...] para mudar isso na realidade não é fácil” (P10/P).

Barrows²¹ afirma que a resistência é percebida como dificuldade de mudança no perfil docente, com preferência ou apego às práticas tradicionais. Muitas vezes essa situação é desencorajada por docentes centralizadores.

Moust, Van Berkel e Schmidt²², observando o processo de inovação institucional identificam vários tipos de crises na implementação no PBL que, às vezes, seguem caminhos que inibem a aprendizagem centrada no estudante e o processo autodirecionado.

Observa-se ainda que parte dos docentes entrevistados identificou o despreparo como um grande desafio para aprendizagem, configurando uma *inexperiência docente com a metodologia ativa*:

“nós temos uma dificuldade muito grande em falar [...] em dar este caminho, porque nós também estamos iniciando como eles”. (P3/I)

“quando ele parte para o estágio, eu acredito que os próprios professores não estejam preparados para esse tipo de abordagem”. (P9/P)

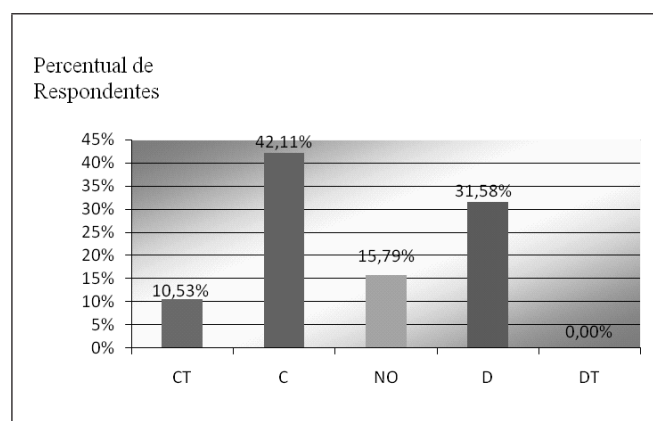
Isso ficou também caracterizado no questionário ao se verificar a posição dos professores diante da assertiva “São muitas dificuldades e limitações por parte professor que prejudicam sua participação nas atividades em grupo”.

Walton e Matthew²⁵ reconhecem que a força ou a fraqueza do PBL reside na vinculação representada pelo desempenho

do docente como tutor, sendo a capacitação docente o maior problema reconhecido por todas as escolas. Oficinas de desenvolvimento docente para os tutores devem ser contínuas, pois muitas tentativas de PBL falham devido a habilidades tutoriais inadequadas.

GRÁFICO 3

São muitas dificuldades e limitações por parte professor que prejudicam sua participação nas atividades em grupo.



Albanese e Mitchell²⁸ reconhecem que, para obter os tutores do tipo necessário para o PBL, um corpo docente sensível ao papel deve ser contratado e submetido a uma formação cuidadosa e detalhada, a qual deverá ser necessariamente seguida de um acompanhamento atento do desempenho destes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa aborda aspectos essenciais e críticos sobre a vivência docente em currículos com metodologia ativa (PBL) e demonstra uma concordância com o que vem sendo apontado em outros estudos. Destacam-se, como aspectos essenciais, a relevância do papel docente na legitimação dessa proposta de ensino-aprendizagem e, como aspectos críticos, os desafios de uma atuação docente diversificada e criteriosa, indispensável em uma metodologia complexa e exigente.

Essa proposta de ensino-aprendizagem se compromete com uma melhor qualidade de formação profissional e, para isso, necessita de uma mudança de paradigma, refletindo diretamente na postura do docente diante do compromisso e responsabilidade do ensinar e do aprender. Nesse sentido, a instituição deve comprometer-se com a capacitação e qualificação docente, bem como com a valorização de sua dedicação ao trabalho.

A contribuição docente no processo de formação do estudante, relativa ao seu papel de facilitador e orientador da

aprendizagem, assim como a sua atuação nesse processo, precisam constantemente ser revistos e aprimorados. Esse papel facilitador é preponderante, especialmente nos primeiros períodos, quando os estudantes ainda carecem de familiarização com a metodologia e com o desenvolvimento de seus próprios métodos de estudos. Assim, o entendimento e envolvimento do professor na metodologia são essenciais.

Os dados coletados apontam para uma maior necessidade de compromisso e envolvimento docente com a aprendizagem do estudante, refletida na necessidade de maior credibilidade com a metodologia e na experiência com o método.

Acreditamos que metodologias ativas como PBL, ao serem utilizadas como estratégias orientadoras de currículos, resguardam, em sua essência, o desempenho do docente como *sujeito da educação* e orientador do processo de ensino-aprendizagem. Contudo, reconhecemos quão laboriosa é essa demanda, pela necessidade de um corpo docente sensível a mudanças de concepções e atitudes, que possam atuar em conjunto e como facilitadores do processo de formação de futuros médicos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº4, de 01/11/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, Câmara de Educação Superior, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
2. Yazbeck DCM, Azevedo LL, Siqueira MRL, Menezes VM. Novos rumos para a educação médica. Rev Bras Educ Med. Rio de Janeiro, 2000; 24 (2).
3. Almeida MJ. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. Rev Bras Educ Med. 2001; 25(2).
4. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(4):492-499.
5. Cury GC, Melo EM. Ensino baseado em pessoas: a experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. Cad Abem. 2006; 2.
6. Stella RCR, Campos JJB. Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina no Brasil. Cad Abem. 2006; 2.
7. Itikawa FA, Afonso DH, Rodrigues RD, Guimarães MAM. Implantação de uma nova disciplina à luz das Diretrizes Curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rev BrasEduc Med. 2008;32(3):324-32.
8. Lampert JB. Educação em saúde no Brasil: para não perder o trem da história. Cad Abem. 2006; 2.
9. Padilha RQ, Feuerwerker LCM. As políticas públicas e a formação de médicos. Rev BrasEduc Med. 2002;26(1).
10. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. Rev BrasEduc Med. 2008;32(3):333-46.
11. Norman RG, Schimidt HG. Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. Med Educ. 2000;34.
12. Cyrino EG, Toralhes-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área de saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública. 2004;20(3):780-8.
13. Batista NA. Planejamento na prática docente em saúde. In:Batista NA, Batista SH, orgs. Docência em saúde: temas e experiências. São Paulo: Senac; 2004. 283p.
14. Hmelo-Silver CE. Problem-based learning: what and how do students learn? Educ psychol review. 2004;16 (3).
15. Mamede S. Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In:Mamede S, Penaforte J, orgs.. Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec; 2001; Cap. 1.
16. Projeto Político Pedagógico do Curso Médico/Unimontes e Anexos; 2002.
17. Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas/ Promed. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002. Brasília-DF, 2002a. Disponível em: www.educacao.gov.br/cne/arquivos/pdf/cp152002.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-Saúde. [online] Brasília-DF, 2005, 80p. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/>
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.406p.
20. Bardin L. Definição e relação com as outras ciências. Bardin L. In: ____ Análise de conteúdo. Prol; 281p.
21. Barrows HS. The essentials of problem-based learning. J Dental Educ. 1998;62(9):630-3.
22. Moust JHC, Van Berkel HJM, Schmidt HG. Signs of erosion: reflections on three decades of problem-based learning at Maastricht University. Higher Educ. 2005;50:665-83.
23. Schmidt HG, Moust JHC. Processes that shape small-group tutorial learning: a review of research. Trabalho apresentado no Encontro Anual da Associação de Pesquisa Educacional Americana-AERA. San Diego: 1998; CA:13-17.

24. Quilan K M. Effects of problem-based learning curricula on faculty learning: new lenses, new questions. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2003; 8: 249-59.
25. Walton HJ, Matthews MB. Essentials of problem-based learning. *Med Educ.* 1989;23:542-58.
26. Gomes AP, Dias-Coelho UC, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Siqueira-Batista R. A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(1):105-11.
27. Savery JR, Duffy TM. Problem based learning: an instructional model and its constructivist framework. *Educ Technology.* 1995; 35:31-38.
28. Albanese MA, Mitchell S. Problem based learning: a review of literature on its outcome and implementation issues. *Acad Med.* 1993; 68 (1):52-81
29. Tavares WR. *Docência: um momento reflexivo.* São Paulo: Ícone; 2007, 159p.
30. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* São Paulo: Paz e Terra; 1996.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Enedina Gonçalves Almeida realizou todas as etapas do desenho do estudo, a coleta, análise e interpretação dos dados, a elaboração e revisão da versão final do artigo e encaminhou para publicação.

Nildo Alves Batista foi orientador do projeto de pesquisa apresentado para dissertação de mestrado, participou de todas as etapas do desenho do estudo, contribuiu na elaboração e redação do artigo, realizou a revisão crítica e aprovou a versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Enedina Gonçalves Almeida
Rua Dr. Henrique Chaves, 122
Augusta Mota — Montes Claros
CEP. 39403 – 440 MG
E-mail: almeida.enedina@gmail.com