

**MAGALI APARECIDA ALVES DE MORAES**

**CONCEPÇÕES SOBRE A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS:**

**UM ESTUDO DE CASO NA FAMEMA**

**Marília, SP  
2004**

**MAGALI APARECIDA ALVES DE MORAES**

**CONCEPÇÕES SOBRE A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS:**

**UM ESTUDO DE CASO NA FAMEMA**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília, para a obtenção do título de Doutor em Educação (Área de concentração: Ensino na Educação Brasileira).

*Orientador:* **Prof. Dr. Eduardo José Manzini**

**Marília  
2004**

Moraes, Magali Aparecida Alves de  
M827c      Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas:  
um estudo de caso na Famema / Magali Aparecida  
Alves de Moraes. -- Marília, 2004.  
242 f. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Filosofia e  
Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2004.

Bibliografia: f. 210 - 218

Orientador: Prof. Dr. Eduardo José Manzini

1. Aprendizagem baseada em problemas. 2. Educação  
médica. 3. Educação. 4. ABP. I. Autor. II. Título.

CDD 610.7

**MAGALI APARECIDA ALVES DE MORAES**

**CONCEPÇÕES SOBRE A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS:**

**UM ESTUDO DE CASO NA FAMEMA**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília, para a obtenção do título de Doutor em Educação (Área de concentração: Ensino na Educação Brasileira).

Banca Examinadora:

Presidente e Orientador Dr Eduardo José Manzini (UNESP).....  
2º Examinador Dra Maria de Lourdes Morales Horoguela (UNESP).....  
3º Examinador Dr Ricardo Shoiti Komatsu (FAMEMA).....  
4º Examinador Dra Rita de Cássia Tibério Araújo (UNESP).....  
5º Examinador Dra Roseli Ferreira da Silva (FAMEMA).....

Marília, 20 de dezembro de 2004.

## **Agradecimentos**

Às minhas filhas, Angélica e Natália, pelos momentos de ausência para me dedicar a este trabalho;

Ao meu esposo, José Carlos, pela compreensão e apoio nos momentos difíceis;

Aos meus pais, pelo amor e pela dedicação presentes na minha educação;

À Viviane, minha primeira orientadora, que acreditou no meu trabalho;

Ao Eduardo, meu segundo orientador, que me acolheu em um momento difícil e ajudou-me a concluir o trabalho;

Aos meus amigos de profissão, que acreditam nas mudanças, na transformação dos profissionais, com ações mais justas, igualitárias e amorosas diante do sofrimento das pessoas;

Aos estudantes e docentes que aceitaram contribuir com este estudo;

Ao professor Venturelli e à esposa Gabriela, que me ajudaram a aproximar-me da ABP, e ao Francisco Villar e Marisa (in memória) que trabalharam na construção curricular da Famema;

Aos colaboradores Luzinete, Helena, Alessandra, Carlos, Vanessa, e aos professores Silva, Maria Derci, e

Aos amigos e colegas que caminham juntos na (re)construção curricular da Famema e na manutenção do sonho de construir dias melhores, Olga, Maria Isabel, Cássia Varga, Eliana Roselli, Cleber, Valéria Lima, Valéria Caputo, Sissi, Renata Rosa, Maurício, Ricardo, Roseli Silva, Roberto Padilha, Everton, Roseli Bettini, Cristina Capel, Haydée, Osni, Ana Paula, Maria Helena, Anete, Romeu, Eliana Cláudia, Heloisa Villar, Rosa Dantas, Zilda, Suzuki entre tantos outros.

A todos, muito obrigada!

O discurso da impossibilidade de mudar o mundo é o discurso de quem, por diferentes razões, aceitou a acomodação [...]. A acomodação é a expressão da desistência da luta pela mudança. (FREIRE, Paulo, 2000, p. 40-41).

## Resumo

### CONCEPÇÕES SOBRE A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS: UM ESTUDO DE CASO NA FAMEMA

O presente trabalho constitui um estudo de caso que aborda as versões sobre a implementação e desenvolvimento da aprendizagem baseada em problemas na FAMEMA. O objetivo da pesquisa é analisar as concepções de docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes da 1ª série do Curso de Medicina sobre essa metodologia no currículo da FAMEMA e sua relação com a formação médica. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada. Três roteiros foram elaborados para cada um dos grupos de participantes. Os roteiros foram analisados por juízes e um estudo piloto foi realizado para adequação desses instrumentos. As entrevistas foram realizadas com dois gestores, doze docentes-tutores e doze estudantes da 1ª série do curso médico da FAMEMA em 2002. O método utilizado para a análise das entrevistas é o da análise de conteúdo temática. Após a elaboração das classes e subclasses temáticas, estas foram avaliadas por dois juízes e o índice de concordância com a pesquisadora foi 94,8% e 97,43%, respectivamente. Foram definidas duas temáticas: *A ABP na FAMEMA e a Formação Médica e a ABP*. Os resultados indicaram: 1) que, pelas concepções dos sujeitos sobre a ABP, esses a identificam como uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, utilizada em todo o currículo organizado de maneira interdisciplinar e não por disciplina, cujo objetivo é aprender a aprender; 2) que as aprendizagens de conhecimentos, habilidades e atitudes ocorrem por meio do estudo de problemas; 3) que a concepção de ensino-aprendizagem dos gestores, de alguns docentes-tutores e poucos estudantes é centrada no estudante e no aprender a aprender; entretanto, para alguns docentes-tutores e estudantes, a concepção é centrada no conteúdo; 4) que a concepção do processo saúde-doença está ampliada às dimensões biológica, psicológica e social na ABP, porém o fazer médico, segundo os entrevistados, recebe a influência da concepção reducionista no enfoque orgânico, tanto na elaboração dos problemas, quanto no estudo interdisciplinar; 5) que a percepção dos próprios professores é a de que ora dirigem, ora facilitam a aprendizagem; 6) alguns dos docentes solicitaram um espaço de capacitação permanente para trabalhar as próprias dificuldades na prática pedagógica; 7) os estudantes também solicitaram ajuda a contenção de ansiedade e o apoio no processo de aprender a aprender. A análise dos dados permite considerar que 1) o processo educacional realizado na FAMEMA tem sido construído coletivamente e passa por situações de conflitos que, de alguma maneira, têm sido cuidadas; 2) o contexto de ensino-aprendizagem e da prática profissional é dinâmico e cheio de contradições e opiniões diferentes; conviver com as diferenças e continuar construindo o currículo com a ABP continuará a ser, portanto, um desafio para a FAMEMA e 3) a capacitação permanente para os docentes-tutores é um recurso necessário que precisa ser estendido para a prática profissional, como oportunidade de reflexão e de um novo fazer.

Descritores: Aprendizagem Baseada em Problemas; ABP; Educação; Educação Médica.

## **Abstract**

### **CONCEPTIONS ON PROBLEM BASED LEARNING: A CASE STUDY AT FAMEMA**

The present study comprises a case study that deals with the versions about the implementation and development of problem based learning at FAMEMA. The research aim is to analyze the conceptions of the teaching management staff, tutors and students of the 1<sup>st</sup> year of the Medical Course about that methodology in the curriculum of FAMEMA and its relationship with the medical formation. The data were collected by means of a semi-structured interview. Three question guides were elaborated for each one of the participating groups. The question guides were analyzed by evaluators and a pilot study was carried out for the adequacy of these instruments. The interviews involved two professionals of the teaching management staff, twelve tutors and twelve students of the 1<sup>st</sup> year of the medical course of FAMEMA in 2002. The method applied for the analysis of the interviews is the one of the thematic content analysis. After the elaboration of the thematic classes and sub-classes, these were appreciated by two evaluators and the concordance rate with the researcher was 94.8% and 97.43%, respectively. Two thematics were defined: PBL at FAMEMA and the Medical Formation and the PBL. The results show: 1) that, by the subjects' conceptions about the PBL, these identify it as an active teaching-learning methodology used in the whole curriculum organized in a interdisciplinary way and not by discipline, whose goal is to learn how to learn; 2) that the knowledge learnings, skills and attitudes, occur by means of problem study; 3) that the conception of the teaching-management staff, of some tutors' and that of some students' teaching-learning, is centered on the student and also, on the learning how to learn; however, for some tutors and students, the conception is centered on the content; 4) that the health-disease process conception is enlarged for the biological, psychological and social dimensions in the PBL; however, the medical formation, according to the interviewers, receives the reductionist conception influence on the organic focus, so much on the elaboration of the problems as on the interdisciplinary study; 5) that the teachers' own perception is the one that sometimes, they manage, other times, facilitate the learning; 6) some of the teachers requested a permanent training space to work out their own problems related to the pedagogic practice; 7) the students also requested help aimed at holding back anxiety and at the support on the learning how to learn process. The collected data allow taking into consideration that 1) the educational process accomplished at FAMEMA has been built collectively and goes through conflict situations that, somehow, have been taken care of; 2) the teaching-learning context and that of the professional practice is dynamical, full of contradictions and different opinions; to live with those differences and continue building up the curriculum by means of PBL, will therefore, continue to be a challenge for FAMEMA and 3) the permanent training for tutors is a necessary resource that needs to be extended for the medical professional practice, as a reflection opportunity.

Descriptors: Problem Based Learning; PBL; Education; Medical Education.



## Résumé

### Conception sur l'apprentissage basée em problèmes: um étude de cas dans la FAMEMA

Le présent travail constitue un étude de cas qui aborde les versions sur l'implantation et développement de l'apprentissage basée em problèmes (ABP) dans la FAMEMA. L'objectif de cet étude ou de cet essai est analyses les conceptions du maîtres-gestionnaire, maîtres-tuteurs et étudiant de le 1<sup>o</sup> (premier) degré de le cours de médecine, sur cette méthodologie dans le curriculum de la FAMEMA e sa relation avec la formation médicale. Les dés, ils furent collectés pour le moyen de entrevues semi-structurée. Trois chemin furent élaboré par chacun des groupes de participants. La recherche fut analysée pour juges et um étude pilote il a fait pour l'adéquation de cet instrument. Les entrevues furent réalisée avec deux questionnaires, douze maîtres-tuteurs et douze étudiants de le 1<sup>o</sup> (premier) degré de le cours de médecine de la FAMEMA 2002. Le méthode utilisé par l'analyse des entrevues c'est le de contenu thématique. Après l'elaboration de classes et sub-classes thématiques ces furent avalisées par deux juges et l'indice de concordance avec la recherchée furent 94,8% et 97,43% respectivement. Deux thématiques furent definie: l'ABP dans la FAMEMA et la formation medicale et l'ABP. Les résultats indiquent: 1) pour les conceptions des sujets sur l'ABP. Ceux l'en identifient comme une méthodologie active de enseignement-apprentissage utilisées en tout curriculum, organisé d'une manière interdisciplinaire et non pour discipline lequel objectif c'est apprendre à apprendre; 2) que les apprentissages du connaissances, habilités et attitudes s'en fassent pour le moyen de l'étude de problèmes; 3) que la conception de l'enseignement-apprentissage des gestionnaires e de quelque maîtres-tuteurs et certains étudiants est centrée dans l'étudiant et dans l'apprendre a apprendre. Si bien que, par certains maîtres-tuteurs et étudiants, la conception est centrée dans le contenu; 4) que la conception du procès *santé-malade* s'emplit aux dimensions biologique, psychologique et social en ABP, mais "le faire medical" comme les entrevues reçoit l'influence de la conception réduite dans l'enfonce organique, tant dans la élaboration des problèmes, comme en étude interdisciplinaire; 5) que la perception de les propres maîtres c'est la de que parfois diriger, parfois facilitent l'apprentissage; 6) certains maîtres-docteurs sollicitent un espace de capacité permanente pour travailler les propres difficulté dans la pratique pédagogique; 7) les étudiants ont sollicité aussi, appui à contention d'anxiété et l'appui dans le procès de apprendre à apprendre. Les dés colletés permettent considerer que: 1) le procès de l'éducation réalisé dans la FAMEMA a été construit collectivement et passe pour situations des conflits que de quelque manière ont été pensée; 2) le contexte de enseignement-apprentissage et la pratique professionnel sont dynamiques et pleins de contradictions et opinions différées. Travailler les différences et continuer a construire le curriculum avec l'ABP il sera toujours un défi pour la FAMEMA; 3) la capacité intellectuelle permanente par les maîtres-tuteurs c'est un recours nécessaire qu'il faut être ample pour la pratique professionnel comme l'opportunité de réflexion.

Écrivain: L'apprentissage Basée en Problèmes; ABP; Education; Education Medicale.

## Lista de Quadros

Quadro 1 – Estrutura Curricular do Curso de Medicina, coorte de 2002.....	57
Quadro 2 – Representação da Semana Típica da 1ª série do Curso de Medicina, 2002.....	57
Quadro 3 – Estrutura Curricular do Curso de Medicina, coorte de 2003.....	64
Quadro 4 – Representação da Semana Típica da 1ª série do Curso de Medicina, 2003.....	65
Quadro 5 – Apresentação das Classes Temáticas e os exemplos das falas dos sujeitos.....	226

## **Lista de abreviaturas e siglas**

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas  
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
Conceito S – Conceito Satisfatório  
Conceito I – Conceito Insatisfatório  
D – Docente-Tutor  
E – Estudante  
EAC – Exercício de Avaliação Cognitiva  
F3 – Formato de Avaliação do Desempenho do Estudante nas Sessões de Tutoria  
F4 – Formato de Avaliação do Desempenho do Docente-Tutor  
FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília  
FMESM – Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília  
G – Docente-Gestor  
GITs – Grupos Interdisciplinares de Trabalho  
IC – Interação Comunitária  
HP – Habilidades Profissionais  
LEP – Laboratório de Ensino em Pequenos Grupos  
MEC – Ministério de Educação  
OSCE – Objective Structured Clinical Examination  
PBL – Problem Based Learning  
PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças dos Cursos de Graduação em Medicina  
RX – Raio X  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBSs – Unidades Básicas de Saúde  
UEL – Universidade Estadual de Londrina  
UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade  
UPP – Unidade de Prática Profissional  
USFs – Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - Introdução.....	5
CAPÍTULO 2 - Aprendizagem Baseada em Problemas .....	9
2.1 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) .....	9
2.2 As concepções de estudantes e professores sobre a ABP na Literatura .....	24
2.3 O papel do professor-tutor, facilitador e mediador.....	31
CAPÍTULO 3 - O Cenário da FAMEMA .....	43
3.1 Histórico da FAMEMA .....	44
3.2 A Aprendizagem Baseada em Problemas na FAMEMA .....	47
CAPÍTULO 4 - Método.....	66
4.1 A pesquisa qualitativa.....	66
4.2 Sujeitos .....	67
4.3 Coleta de Dados.....	69
4.4 Análise dos Dados .....	72
CAPÍTULO 5 - Resultados e Discussão .....	76
5.1 A ABP na FAMEMA .....	77
5.1.1 A ABP como método de ensino-aprendizagem.....	71
5.1.2 Motivos da implantação da ABP na FAMEMA.....	81
5.1.3 A implementação da ABP na FAMEMA .....	83
5.1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo .....	86
5.1.4.1 Processo de mudanças dos/sobre os professores .....	87
5.1.4.2 Processo de mudanças dos/sobre os estudantes.....	90
5.1.4.3 Avaliação dos aspectos positivos da ABP .....	92
5.1.4.4 Avaliação dos aspectos negativos da ABP e sugestões para manejá-los .....	104
5.1.4.5 Avaliação dos objetivos a serem alcançados.....	115
5.1.4.6 Avaliação da capacitação do professor-tutor.....	117
5.1.4.7 Avaliação da participação dos/sobre professores e estudantes.....	122
5.1.4.8 O papel do professor-tutor .....	123
5.1.4.9 O papel do estudante.....	128
5.1.4.10 Processo de construção das unidades educacionais.....	130
5.1.4.11 Concepções e mudanças sobre o processo de ensino-aprendizagem .....	135
5.1.4.12 Procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem.....	140
5.1.4.13 Avaliação da aprendizagem.....	145
5.1.4.14 Avaliação do currículo.....	155

5.1.4.15 Dificuldade de aprendizagem do estudante e estratégia para a sua superação .....	158
5.1.4.16 Estratégias para superação das dificuldades dos estudantes com o método.....	159
5.1.4.17 Expectativa em relação à ABP .....	161
5.2 Formação médica e a ABP .....	163
5.2.1 Mudanças de concepção e prática e a ABP .....	164
5.2.2 Aspectos relevantes para a formação profissional do médico e a ABP.....	166
5.2.2.1 Visão da pessoa nas dimensões biológica, psicológica e social.....	166
5.2.2.2 Humanização .....	172
5.2.2.3 Aprendizagem auto-dirigida e contínua (aprender a aprender) .....	174
5.2.2.4 Trabalho em equipe (grupo) .....	177
5.2.2.5 Habilidades de raciocínio crítico e clínico .....	179
5.2.2.6 Habilidades clínicas e de comunicação .....	181
5.2.2.7 Formação generalista.....	184
5.2.2.8 Integração teórico-prática e básico-clínica .....	186
5.2.2.9 Promoção de saúde .....	188
5.2.2.10 Responsabilidade social.....	189
5.2.2.11 Solucionar problemas .....	190
5.2.2.12 Conhecimentos teóricos.....	190
CAPÍTULO 6 - Considerações Finais .....	192
REFERÊNCIAS .....	203
ANEXO A .....	212
ANEXO B .....	214
ANEXO C .....	215
APÊNDICE A .....	216
APÊNDICE B.....	217
APÊNDICE C.....	218
APÊNDICE D .....	219
APÊNDICE E.....	220

## CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

No campo de investigação do ensino das ciências da saúde, tem-se questionado a utilidade dos conhecimentos e a sua aplicabilidade social. Novas concepções de ensino e aprendizagem estão sendo incorporadas no contexto escolar e na prática educativa. A valorização dos estudantes, enquanto sujeitos ativos na transformação das práticas de saúde, com compromisso social e agentes (re)construtores de seus conhecimentos, constitui a mais recente abordagem nesse campo.

Como a educação médica tem recebido muitas críticas, tanto dos estudantes e docentes quanto dos usuários dos serviços de saúde, as instituições responsáveis pela formação dos profissionais (gestores acadêmicos, professores, pesquisadores e planejadores de saúde) têm pela frente um desafio: responder às demandas sociais e inovar ações educacionais nas escolas médicas.

Algumas Faculdades de Medicina já se encontram em processo de mudança curricular para: 1) adequar a formação profissional às necessidades da população, à atual realidade e ao contexto social, propiciando uma formação geral ao médico, com atenção à saúde integrada e humanizada; 2) desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras, afetivas e atitudinais para o trabalho em equipe pautado em princípios éticos em seus diferentes níveis de atenção à saúde e 3) levar os profissionais a *aprender a aprender* como um exercício contínuo para toda a vida, com uma postura crítica e reflexiva. Essa mudança

inclui uma nova organização curricular, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

Esta investigação, tem como objeto de estudo o processo de implementação e desenvolvimento da ABP na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) a partir das concepções de docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes sobre este tipo de metodologia, por ser essa uma das instituições responsáveis pela formação de profissionais de saúde no Brasil e ter implantado o currículo com ABP desde 1997.

O interesse da pesquisadora, que exerce função docente e assistencial como psicóloga na FAMEMA, foi o de estudar a ABP, metodologia considerada inovadora na educação médica, aprimorando seus conhecimentos e o exercício de sua prática profissional e, ao mesmo tempo, contribuir com a construção permanente do desenvolvimento curricular tanto da Famema como de outras instituições de ensino que se interessam e almejam a inovação curricular e de ensino-aprendizagem.

O estudo das concepções se justifica porque toda prática pedagógica é permeada por diferentes concepções e significados de ensino e de aprendizagem que, incorporados pelos professores e pelos estudantes, passam a influenciá-la e receber sua influência. Tendo em vista as reflexões que a prática pode suscitar, se houver espaço para isso, existe a possibilidade de transformação das concepções e de novas práticas.

De acordo com De Grave, Dolmans e Van Der Vleuten (1999), o processo tutorial, prática pedagógica realizada pelo grupo na ABP, pode ser influenciado pelas concepções que os professores-tutores têm sobre o ensino-aprendizagem. Os autores sugerem que se deveria dar mais atenção a essas concepções a fim de melhorar a prática pedagógica na ABP.

A decisão de analisar as concepções dos estudantes da 1ª série do Curso

de Medicina em ABP na se deve ao fato de que, por serem os que recebem os primeiros impactos da ABP, necessitam de maior atenção e recursos adaptativos a esse tipo de aprendizagem (ANGELI, 2002). Há preocupação, por parte da pesquisadora, com os aspectos emocionais desses estudantes diante de mais uma situação nova nesse período educacional.

Os estudantes da 1ª série, em sua maioria, têm de lidar com várias mudanças tais como a de cidade, a separação de familiares e amigos, entre outras. Nessa fase, eles iniciam a construção acadêmica da identidade do futuro profissional médico e, ao chegarem à FAMEMA, vêm-se diante de um currículo diferente e um novo método de ensino-aprendizagem, a ABP. Por tudo isso, a preocupação em ouvir e analisar suas concepções motivou este estudo.

Estudos futuros poderão mostrar as prováveis alterações das concepções dos estudantes iniciantes em ABP e as daqueles de maior experiência com esse método de ensino-aprendizagem.

Considera-se, também, o fato de que os docentes e estudantes tiveram experiências anteriores com o ensino tradicional, centrado no professor e na transmissão de conteúdo disciplinar, com um sistema de avaliação somativa, que avaliava o produto da aprendizagem ao final da disciplina. A aprendizagem era considerada um processo passivo e reprodutivo e não um processo ativo e construtivo (SÁ-CHAVES, 2002). Hoje esses docentes e estudantes constroem novas concepções, interagindo em um processo de ensino-aprendizagem inovador: centrado no estudante, baseado em problemas, orientado à comunidade.

A análise de como os docentes e estudantes estão concebendo o novo método de ensino-aprendizagem na formação do profissional de saúde, após seis anos de implantação da ABP na FAMEMA, pode fornecer dados importantes para contribuir com a



melhora da prática pedagógica dos professores na ABP e transformação curricular, validando estratégias de intervenção.

O pressuposto neste estudo é o de encontrar concordâncias e divergências entre as concepções dos docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes sobre a ABP na Faculdade de Medicina de Marília – , uma vez que tiveram experiências, formações profissionais e educacionais diferentes.

A pesquisa poderá também contribuir para a construção das inovações educacionais tanto na quanto em outras instituições que já iniciaram ou pretendem iniciar este tipo de processo de inovação curricular e de método de ensino-aprendizagem para a transformação da formação do profissional de saúde.

Concluindo este capítulo, destaca-se, então, o objetivo geral deste trabalho: *analisar as concepções de docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes da 1ª série do curso de medicina sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP no currículo da FAMEMA e a sua relação com a formação médica.*

No Capítulo 2 se apresenta a aprendizagem baseada em problemas, a sua origem, a sua filosofia, a vertente de aprendizagem e a caracterização didático-pedagógica. Na sequência, serão apresentados os estudos empíricos e de revisão sobre as práticas em ABP e os estudos das concepções de professores e estudantes sobre a ABP na literatura. Depois, os estudos sobre o papel do professor no método de ensino-aprendizagem da ABP como facilitador ou mediador.

No Capítulo 3, apresenta-se o cenário deste estudo: a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), seu histórico, a implantação e o desenvolvimento curricular com a metodologia da aprendizagem baseada em problemas.

No Capítulo 4, descreve-se o percurso metodológico com a caracterização do estudo de caso qualitativo, dos sujeitos que foram entrevistados, da coleta dos dados, além do método utilizado para a análise das entrevistas realizadas com docentes e estudantes do Curso de Medicina.

No Capítulo 5, apresentam-se os resultados e a discussão sobre as seguintes temáticas: a) A ABP na FAMEMA e b) A formação médica e a ABP.

No Capítulo 6, as considerações finais.

## **CAPÍTULO 2 – Aprendizagem Baseada em Problemas**

### **2.1 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)**

A ABP é um método de ensino-aprendizagem assentado numa aprendizagem baseada em problemas. Trata-se de uma metodologia inovadora na formação do médico, diferente daquela do ensino tradicional que é baseada principalmente na memorização de conteúdos, centrados no saber do professor, e cujo currículo disciplinar separa ciências básicas e clínicas, reservando os primeiros anos para estudos teóricos e os últimos para a prática. O ensino-aprendizagem na ABP focaliza conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. A aprendizagem é centrada no estudante, no aprender a aprender, na integração dos conteúdos das ciências básicas e clínicas além dos conhecimentos interdisciplinares.

A ABP surgiu pela primeira vez na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster em Hamilton, província de Ontário, Canadá, em 1969. Naquela época, um grupo de professores decidiu fazer uma reestruturação curricular global que incluía

um programa tutorial centrado no estudante e baseado fundamentalmente no estudo de problemas, com abolição dos exames escritos e ênfase na integração com a comunidade, rompendo assim com a educação médica tradicional (SANTOS, 1994).

Essa iniciativa acabou se propagando ao longo dos anos para outras escolas e países, incluindo 157 cursos, 126 instituições em 26 países no mundo (PBL DIRECTORY, 2004). A ABP foi implantada após na Universidade de Maastricht na Holanda, na de Newcastle na Austrália, na Escola de Medicina de Harvard e na Universidade Hawaii nos Estados Unidos e na Universidade de Sherbrook no Canadá. A Escola de Medicina da Universidade do Novo México nos Estados Unidos, além do currículo tradicional, também criou um currículo paralelo ao tradicional em 1979, baseado em problemas, com ênfase na população rural, em atenção primária. O desenvolvimento deste currículo foi financiado por uma subvenção externa da Fundação Kellogg, que requereu mudanças no projeto do currículo e no ensino tradicional. (PONTES, 2001). A Faculdade de Medicina de Marília, em 1997, e a Universidade Estadual de Londrina, especificamente em seu Curso de Medicina, em 1998, foram as instituições no Brasil que também inovaram o seu currículo e implementaram a ABP.

A ABP também é utilizada atualmente em outras áreas, como Direito, Arquitetura, Biblioteconomia, Economia, entre outras. (PBL DIRECTORY, 2004).

Um dos pressupostos da ABP é considerar a aprendizagem como fenômeno individual e social. Embora a aprendizagem seja “[...] fruto de uma construção pessoal, [...] na qual não intervém apenas o sujeito que aprende, os ‘outros’ significativos, os agentes culturais, são imprescindíveis para a construção pessoal [...]” (SOLÉ; COLL, 1999). Como é no contexto da interação social que ocorre a aprendizagem, é necessário que se considerem e respeitem as diferenças individuais e se valorize o contexto de aprendizagem em pequenos grupos colaborativos, com o intuito de resgatar as experiências, interesses e

conhecimentos prévios, socializando a construção de novos conhecimentos no grupo a partir dos já existentes para poder aplicá-los.

A ABP, diferentemente do método de ensino tradicional baseado na transmissão de conhecimentos disciplinares, representa uma perspectiva de ensino ancorada no construtivismo, na reconstrução do conhecimento, cujo processo é centrado no estudante.

Na concepção construtivista aprendemos quando somos capazes de elaborar uma representação pessoal sobre um objeto da realidade ou conteúdo que pretendemos aprender. Essa elaboração implica a aproximação de tal objeto ou conteúdo com a finalidade de apreendê-lo; não se trata de uma aproximação vazia, a partir do nada, mas a partir das experiências, interesses e conhecimentos prévios que, presumivelmente, possam dar conta da novidade. Nesse processo, não só modificamos o que já possuímos, mas também interpretamos o novo de forma peculiar para poder integrá-lo e torná-lo nosso. Não é um processo que conduz à acumulação de novos conhecimentos mas o que proporciona integração, modificação, estabelecimento de relações e coordenação entre esquemas de conhecimento que já possuímos, dotados de uma certa estrutura e organização que varia, em vínculos e relações, a cada aprendizagem que realizamos (SOLÉ; COLL, 1999).

Para que as aprendizagens de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores possam ocorrer na ABP, os estudantes são distribuídos em grupos de 5 a 8 e são auxiliados por um docente-tutor. O professor deixa de assumir o papel de transmissor dos conhecimentos, como acontece no ensino tradicional, e assume o papel de facilitador da aprendizagem, promovendo a construção de novos conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, a partir dos conhecimentos e experiências prévias dos estudantes.

Os estudantes participam de discussões em grupo denominadas sessões

de tutoria que ocorrem duas vezes por semana e duram até quatro horas. Nestes momentos, os estudantes se defrontam com situações ou problemas elaborados por docentes, com o objetivo de desafiar a aprendizagem na busca da compreensão e explicação do problema.

Segundo Komatsu, Zanolli e Lima (1998, p. 224), os problemas “[...] são elaborados em função das unidades educacionais, blocos ou módulos, que são momentos curriculares nos quais o estudante encontra objetivos de aprendizagem a serem alcançados”. O currículo é organizado por unidades educacionais constituídas de problemas com conteúdos interdisciplinares.

Os problemas em saúde com os quais os grupos de estudantes trabalham consistem de descrições de situações, de fenômenos observáveis ou de eventos que necessitam ser explorados. Cada problema deve refletir o cotidiano da prática profissional, antecipá-lo como acontecimento aos estudantes que se preparam para a atuação, permitindo a reflexão contextualizada daquela temática, a seleção de recursos educacionais, a busca de informações, a avaliação crítica e a aplicação (KOMATSU; ZANOLLI; LIMA, 1998).

A tarefa do grupo de estudantes é discutir o problema partindo da “[...] ativação dos conhecimentos prévios, da identificação de suas necessidades de aprendizagem e pelo desenvolvimento da capacidade de criticar antigos e novos conhecimentos, construindo uma nova síntese que possa ser aplicada a outras situações.” (FAMEMA, 2002a).

A teoria de Ausubel, na década de sessenta, nos Estados Unidos, trouxe o reconhecimento da importância dos conhecimentos prévios para a aprendizagem. Ausubel, Novak e Hanesian (1980) afirmaram que se tivessem de reduzir toda a psicologia educacional a um único princípio, diriam que o fator singular mais importante para influenciar a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já conhece e sugeririam ao professor investigar o que o estudante já conhece para nortear os seus ensinamentos.

Ausubel (1963) é também quem introduz o conceito de aprendizagem significativa, que se diferencia do conceito de aprendizagem mecânica ou por memorização automática. Na aprendizagem mecânica, a pessoa se limita em memorizar sem estabelecer relação entre a nova informação e aquela já armazenada, o contrário do que ocorre para haver aprendizagem significativa (AUSUBEL, 1963 apud AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Aprender significativamente significa dar significado, sentido e funcionalidade ao que se aprende. Coll (2000, p.55) refere a importância dos conhecimentos adquiridos significativamente para que “[...] possam ser efetivamente utilizados quando as circunstâncias nas quais o aluno se encontra assim o exigirem”.

Para Coll (2000), o que realmente importa na aprendizagem escolar de conceitos, processos, habilidades e valores é que ela seja significativa. Para isso há necessidade de se estabelecerem relações entre a nova informação e os conhecimentos prévios, o que gera um estado de desequilíbrio. O estudante precisa, também, estar motivado intrinsecamente para superar o estado de desequilíbrio estabelecido e a escola precisa propiciar condições para a retomada do reequilíbrio de seus esquemas de conhecimento. Neste processo de aprendizagem, a memorização deixa de ser repetitiva e passa a ser compreensiva, tendo em vista a ocorrência de uma aprendizagem significativa.

No método de ensino-aprendizagem da ABP, valorizam-se os conhecimentos prévios dos estudantes para que, a partir deles, possam se dedicar ao estudo do problema e construir novos conhecimentos, como se pode verificar nos passos do método de ensino-aprendizagem descritos logo a seguir.

O estudo do problema em sessões de tutoria ocorre com discussões numa seqüência estruturada de procedimentos, intitulada os passos da tutoria em ABP (BARROWS; TAMBLYN, 1980; FAMEMA, 2002a; MAMEDE, 2001).

Há, nas referências citadas, diferenças entre o número de passos nas sessões de tutoria, variando de 7 a 10 passos. Neste trabalho apresentaremos a seqüência de dez passos apresentada no Guia da FAMEMA (FAMEMA, 2002a), por ser a recomendada em 2002 na FAMEMA:

- a. esclarecimento do problema/situação apresentada: aclarar o problema oferecido, explorando os dados apresentados;
- b. exploração e análise integrada e articulada dos dados do problema: identificar as áreas/pontos importantes ao problema, através da definição de quais são as áreas relevantes de conhecimento dentro das três dimensões: biológica, psicológica e social, considerando os objetivos de aprendizagem em cada unidade educacional;
- c. identificação do conhecimento atual relevante para o problema (brainstorm);
- d. desenvolvimento de hipóteses, a partir da explicação dos dados apresentados no problema, e identificação do conhecimento adicional requerido para melhorar a compreensão do problema, baseado nas necessidades de aprendizagem individual e/ou do grupo (questões de aprendizagem);
- e. busca de novos conhecimentos, utilizando os recursos de aprendizagem apropriados, dentre uma diversidade: livros, periódicos (revistas), bases de dados local (Medline, Lilacs) ou remota (Internet, Bireme), programas interativos multimídia, entrevistas com professores, profissionais ou usuários, vídeos, slides, laboratórios, serviços de saúde, comunidade. Quais são as fontes de recursos mais apropriadas à exploração deste problema?;
- f. síntese dos conhecimentos prévios e novos em relação ao problema, baseada em sólidas evidências científicas. Como se pode explicar o problema agora?
- g. repetição de alguns ou todos os passos anteriores, se for necessário;
- h. reconhecimento do que foi identificado como uma necessidade de aprendizagem, mas que não foi adequadamente explorado, para incursões complementares;
- i. síntese dos conhecimentos auferidos e, se possível, teste da compreensão do conhecimento adquirido por sua aplicação em outra situação ou problema;
- j. avaliação (auto, pares, tutores e sessão). (FAMEMA, 2002a, p.9-10).

Alguns estudiosos do método de ensino-aprendizagem da ABP buscaram na literatura a sua base filosófica e psicológica e destacaram dificuldades, exemplificadas pelas opiniões dos estudiosos a seguir.

Segundo Penaforte (2001, p. 54), fica difícil, a partir dos depoimentos dos pioneiros em ABP, afirmar qual seria a concepção filosófica e psicológica que orienta esta perspectiva de ensino-aprendizagem; apesar de saber que as idéias não surgem do nada. Parece haver “[...] uma aparente ausência das raízes intelectuais a partir das quais houvesse brotado a nova concepção educacional [...]”. Considera, porém, que a gênese da ABP deve estar no pensamento filosófico americano de John Dewey, a pedagogia como filosofia da experiência.

Pontes (2001, p. 43) considera a ABP “[...] uma das mais importantes inovações da educação médica e de profissionais de saúde nas últimas décadas [...]” e afirma que a ABP é fundamentada pela concepção da escola ativa de Dewey e Kilpatrick, além de destacar a influência que a ABP sofre da psicologia cognitivista iniciada por Piaget e Brunner.

Komatsu (2003), em recente trabalho, faz referência a um contato eletrônico realizado por ele com um dos pioneiros da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de McMaster, Howard Barrows, no qual Barrows afirma que:

[...] os professores que planejaram o currículo de Medicina de 1969 daquela Universidade não tinham nenhum contato com obras de educadores como John Dewey, Carl Rogers, Célest Freneit, Jean Piaget ou Lev Semenovich Vigotsky. A formulação da ABP deu-se sem influência direta de teóricos da Educação. (KOMATSU, 2003, p. 33).

Esta afirmação contribui para validar a hipótese de que os profissionais da saúde, na educação médica, embora não tivessem uma formação direta com os conhecimentos educacionais em forma de investigação sistemática, de maneira indireta sofreram influência dos conhecimentos teóricos da área educacional, vivenciada por eles



enquanto sujeitos de aprendizagem. Os efeitos desse ensino devem ter sido sentidos na prática médica profissional, tendo em vista que os seus conhecimentos, habilidades e atitudes passaram a não responder às necessidades sociais. Essa inovação educacional na área médica parece, portanto, ter sido propiciada por processos epistemológicos sociais que evoluíram fora da academia, mais a partir da problemática social do que da teórico-científica propriamente dita.

Segundo Mamede e Penaforte (2001, p. 17) a ABP, mais do que um método, é “[...] uma estratégia educacional e uma filosofia curricular, concebendo um processo de aprendizagem em que estudantes autogeridos constroem ativamente seu conhecimento”. Os estudantes estudam a partir de problemas, formulam seus próprios objetivos de aprendizagem e trabalham de maneira colaborativa, em grupo, aprendendo de forma contextualizada os conteúdos. Esses autores ainda acrescentam que os estudantes “[...] apropriam-se de um saber que adquire um significado pessoal segundo as disposições internas de cada um que aprende.” (MAMEDE; PENAFORTE, 2001, p. 17).

Muitos estudos sobre o ensino tradicional têm mostrado, de acordo com Barrows (1994), que os estudantes esquecem o que memorizam no ensino das ciências básicas e aquilo que recordam, não são capazes de aplicar. Diferentemente do ensino tradicional, a ABP procura providenciar um contexto de aplicação dos conhecimentos das ciências básicas, articulando-os com os das ciências clínicas, numa abordagem interdisciplinar.

Segundo Barrows (1980, 1984 apud NORMAN; SCHMIDT, 1992), uma das metas da ABP é ampliar a aquisição, a retenção, e o uso de conhecimento. Sugere que a aprendizagem de um novo conhecimento no contexto dos problemas pode fomentar sua recuperação e o seu uso quando for necessário para a solução de problemas semelhantes.

Outra meta é o fortalecimento do raciocínio clínico ou habilidades para resoluções de problemas entre os estudantes. Barrows (1980, 1984 apud NORMAN;

SCHMIDT, 1992) presume que os estudantes, por exposições contínuas a problemas da vida real com soluções de estratégias facilitadas pelo tutor, irão adquirir a destreza de avaliar um problema do paciente, decidindo o que estiver errado e adotando decisões adequadas para tratar ou lidar com o problema.

A ampliação da habilidade de aprendizagem autodirigida é mais uma das metas da ABP. Conforme Norman e Schmidt (1992), para Barrows, os estudantes devem ser capazes de estender ou aperfeiçoar seus conhecimentos básicos para conservá-los na contemporaneidade da prática médica, em seu campo eventual de medicina e para prover cuidados adequados para os novos problemas que possam encontrar. Isto seria o que se denomina de aprendizagem autodirigida. Não se consideram, porém, vários componentes desta habilidade. Um deles é a formulação adequada das necessidades de aprendizagem para, em seguida, determinar os melhores recursos disponíveis para satisfazê-las em termos de eficiência. É importante também que os estudantes se sintam motivados a aprender tanto diante de problemas significativos para eles como diante dos que não são totalmente compreendidos por eles.

Barrows (1980, 1984 apud NORMAN; SCHMIDT, 1992) afirma que a aprendizagem baseada em problemas pode estreitar a lacuna entre as ciências básicas e clínicas que são ensinadas no currículo tradicional de forma separada tanto pelo espaço como pelo tempo. Defende que os estudantes de um currículo em ABP podem ser mais capazes de dirigir e integrar a ciência básica à solução de um problema clínico, uma vez que aprendem muitos dos conceitos de ciência básica enquanto resolvem problemas clínicos simulados.

Norman (2000) reafirma a importância da ciência básica para a formação médica porque esta possibilita a compreensão dos mecanismos das doenças, e essa compreensão facilita a aprendizagem eficiente do conhecimento clínico. Ele lembra que a afirmação não é nova e que pode ser encontrada afirmação similar no próprio relatório

Flexner<sup>1</sup>, além de reconhecer que só o fato de estudar a ciência básica não garante a sua utilização na prática médica. Já o fato de inseri-la em problemas clínicos, como em um currículo ABP, facilita a transferência dos conhecimentos para outras situações, tendo em vista que os estudos da psicologia cognitiva mostram que a transferência é facilitada por uma série de fatores como o contexto, a representação, as metas de aprendizagem entre outros.

Geralmente no ensino tradicional, a meta de aprendizagem está relacionada com a memorização para passar de ano, também “[...] nenhuma tentativa é feita para conciliar o contexto à situação problema, e freqüentemente o contexto no qual se ensinam conceitos

---

<sup>1</sup>Relatório Flexner – relatório escrito por Abraham Flexner em 1910 sobre o ensino médico dos Estados Unidos e que influenciou a reformulação do ensino nas faculdades de medicina nos Estados Unidos e em outros locais (SILVA, 2000).

específicos numa seqüência com outros conceitos relacionados da disciplina é muito diferente do contexto de aplicação.” (NORMAN, 2000, p. 50, tradução nossa). Norman (2000) afirma, ainda, que a ABP tem sido freqüentemente defendida como uma solução para algumas destas dificuldades.

Venturelli (1997), um dos estudiosos da ABP, ressalta que, diante de cada situação ou problema, os estudantes devem se ater a três perspectivas de estudo: a biológica, a psicológica e a sócio-econômica. A integração de conhecimentos em cada perspectiva é almejada, bem como a integração de conhecimentos entre as perspectivas. Desta forma, “[...] lãs ciencias básicas serán usadas y estimuladas a través de todo el programa, favoreciendo la comprensión real, en sus mecanismos íntimos, de los procesos patológicos y situaciones de salud.” (VENTURELLI, 1997, p. 39). Os aspectos biológicos, sociais e psicológicos nesses problemas deverão ser considerados em conjunto e Venturelli (1997, p. 42) ainda destaca que os estudantes desde o primeiro ano “[...] deberán también ver la realidad de cerca y no sólo su descripción hecha por docentes en salas alejadas de donde actúan los verdaderos determinantes de la salud.”.

Segundo Santos (1994, p. 121), uma das estudiosas da ABP, “[...] a fonte básica de aprendizado no PBL<sup>2</sup> é a exposição a situações e problemas semelhantes às experiências reais da futura prática profissional”. A ABP tem como objetivos estimular o envolvimento do estudante em seu próprio processo de aprendizagem, orientá-lo a aplicar o conhecimento adquirido em situações práticas e desenvolver-lhe habilidades específicas que possibilitem a continuidade de sua educação durante a vida profissional.

Conforme Pinto (1993), algumas Faculdades de Medicina, ao optar

---

<sup>2</sup>PBL – Problem Based Learning, sigla em inglês para ABP.

pela introdução da nova estratégia de ensino-aprendizagem, a ABP, em seus currículos, têm por base estudos feitos sobre os processos cognitivos e as aprendizagens no âmbito da psicologia educacional. “Estes estudos valorizam as aprendizagens activas e significativas e o contacto precoce (em termos de formação profissional) com processos e gestos profissionais que irão ser utilizados posteriormente.” (PINTO, 1993, p. 12).

Fica evidente, por parte desses autores, a valorização da aproximação do estudante desde os primeiros anos com os cenários da prática profissional. Na FAMEMA existe uma intervenção ativa por parte dos estudantes nos cenários da prática desde a 1ª série, não só como cenário de aprendizagem, mas de intervenção profissional, numa parceria da academia com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e a comunidade, supervisionada pelos docentes/assistentes.

Muitos outros autores têm contribuído com investigações, estudos e reflexão a cerca da utilização da ABP na formação de profissionais de saúde.

Charlin, Mann e Hansen (1998) realizando uma revisão sobre a

utilização da ABP, na formação de médicos e de outras carreiras, encontram muitos trabalhos que descrevem os currículos e como se estruturam a partir da ABP. Mesmo com as descrições, relatam que muitas vezes é difícil avaliar se realmente se trata da ABP. Os autores procuram, então, categorizar atividades educacionais como ABP e não-ABP de acordo com três princípios básicos: 1) o problema age como um estímulo para a aprendizagem; 2) é um enfoque educacional, não uma técnica de instrução isolada, e 3) é um enfoque centrado no estudante. Ainda consideram quatro critérios referentes ao efeito sobre a aprendizagem do estudante: 1) processamento ativo de informações; 2) ativação do conhecimento prévio; 3) contexto significativo; e 4) oportunidades para elaboração e organização de conhecimento. Esses princípios e critérios citados orientam a pesquisadora para a seleção dos estudos que fundamentam este trabalho.

Brandon e Majumbar (1997) destacam que vários estudos apontam que a ABP prepara da mesma forma os estudantes do que o ensino tradicional e que sua superioridade precisa ainda ser pesquisada em outros programas de ensino voltados para profissionais de saúde além do ensino médico. Afirmam que a ABP é um método ideal para promover a aprendizagem interdisciplinar para profissionais de saúde e sugerem que para a tomada de decisão de sua implantação os custos devem ser considerados.

Frost (1996), ao realizar um estudo de revisão bibliográfica no período de 1980 a 1994, considera a ABP como um método alternativo de desenvolvimento do currículo com o fim de preparar os profissionais da área da saúde para lidar melhor com as demandas de uma sociedade em mudanças do que os cursos tradicionais.

Outros pesquisadores, como Vernon e Blake (1993), realizam uma pesquisa avaliativa por meio de 5 meta-análises, com 19 instituições, no período de 1970 a 1992, comparando a ABP com os métodos mais tradicionais de educação médica. Identificam 12 tipos de resultados de variáveis agrupadas em 4 áreas: avaliação do programa; desempenho

acadêmico; progresso acadêmico e funcionamento clínico. De modo geral, os resultados apóiam a superioridade da ABP sobre métodos mais tradicionais.

Em outra meta-análise realizada quase no mesmo período, de 1972 a 1992, comparando a ABP com o método de ensino tradicional, Albanese e Mitchell (1993) também destacam a dificuldade de realizar uma pesquisa deste porte devido aos muitos tipos de enfoques em ABP utilizados em vários currículos e sugerem que os pesquisadores os documentem mais concretamente e de modo bem definido. Os resultados do estudo reconhecem na ABP o bom desempenho dos estudantes e ressaltam que, às vezes, os estudantes se saem melhor nos exames clínicos e nas avaliações dos docentes, apresentando maior probabilidade de trabalharem em medicina familiar. Em alguns exames, entretanto, os estudantes obtêm nota mais baixa em ciência básica e se consideram menos preparados nesta área. Segundo Albanese e Mitchell (1993), parece haver lacunas de conhecimentos que podem afetar a prática. Esses estudiosos chamam a atenção para a avaliação do custo, que pode ser elevado, na implementação da ABP nas escolas de classes com mais de 100 estudantes. Os autores recomendam que se deva ter cuidado na implantação total da ABP até que se saiba mais sobre: 1) até que ponto o docente deve facilitar a aprendizagem dos estudantes; 2) os métodos que foram menos dispendiosos; e 3) os pontos fracos de processamento cognitivo revelados pelos estudantes.

Norman e Schmidt (1992) realizam uma revisão de estudos sobre a metodologia ABP para apontar suas vantagens e desvantagens em termos de constructos psicológicos, levando em consideração as metas e papéis da ABP, e concluem que:

- 1) não há evidência de que currículos em ABP resultem em qualquer aperfeiçoamento para intensificar habilidades para resolver problemas de conteúdos arbitrários;
- 2) a aprendizagem na ABP pode reduzir inicialmente os níveis de aprendizagem, mas pode promover retenção de conhecimento em períodos maiores por vários anos;
- 3) alguma evidência preliminar sugere que os currículos em ABP podem intensificar tanto a transferência de conceitos para novos problemas, como a integração dos

conceitos da ciência básica em problemas clínicos;

4) a ABP aumenta o interesse intrínseco na matéria em estudo e a motivação também envolve um ambiente estimulante e humanizado;

5) e a ABP parece intensificar as habilidades de aprendizagem autodirigida. (NORMAN e SCHMIDT, 1992, p.557, tradução nossa)

O trabalho de Norman e Schmidt (1992) ainda mostra que a aprendizagem contextualizada facilita a ativação da memória e a discussão em grupo de um problema relevante a ele, facilita a ativação da elaboração do conhecimento prévio, do processo, e da sua compreensão. A memorização é mais bem sucedida quando o problema é processado significativamente e não simplesmente por repetição.

Colliver (2000) realiza uma revisão de artigos sobre a ABP, publicados de 1992 a 1998. A análise deste autor não revela nenhuma evidência de que a ABP melhora a base de conhecimento e o desempenho clínico, pelo menos não com a magnitude que seria esperada devido aos recursos necessários para o currículo em ABP. Ele atribui parte da responsabilidade à psicologia cognitiva, alegando sua imprecisão. Este estudioso critica os dois fatores que sustentam a ABP, ou seja, o contexto e a ativação do conhecimento. A respeito do contexto, refere que tanto o ensino tradicional quanto o ensino em ABP não ocorrem no contexto da prática clínica e que, mesmo que os problemas simulados procurem aproximar-se deste contexto, não existe garantia de que os estudantes serão bem sucedidos na prática clínica de fato. Em relação à maior ativação das redes de conhecimentos na ABP, considera que essa afirmação é vaga faltando clareza quanto ao seu significado e sua verdadeira função. Além disso, não estão claros os fatores que as ativam e se os estímulos diferentes ativam as redes com intensidades em quantidades diferentes. Conclui concordando que a “[...] ABP pode prover um enfoque mais desafiante, motivador e agradável para a educação médica, mas sua efetividade educacional, comparada aos métodos convencionais, ainda deve ser analisada.” (COLLIVER, 2000, p. 266, tradução nossa).

Norman e Schmidt (2000) discordam de Colliver (2000) em dois pontos fundamentais: a) em só implantar a ABP se sua implementação não envolver muito custo; b) e, em relação às premissas teóricas, não consideram a psicologia cognitiva fraca, mas salientam que é preciso desenvolver programas de pesquisa sistemática, englobando todos os aspectos da construção e avaliação da teoria, em projetos experimentais rigorosos, em cenários artificiais altamente controlados.

A ABP organiza a aprendizagem a partir de problemas que simulam as situações reais, integrando as diferentes disciplinas. Possibilita, assim, a integração das dimensões biológica, psicológica e social e, conseqüentemente, articula as áreas básicas e clínicas. A respeito do estudo das ciências básicas e clínicas na ABP, Kaufman e Mann (1997), investigam a opinião dos estudantes do 2º ano de um Curso de Medicina. Os resultados do estudo mostram que os estudantes valorizam a ABP por aprenderem os conteúdos das ciências básicas inseridos nos problemas clínicos enquanto os estudantes do currículo tradicional discordam dessa afirmação e acreditam que devem estudar tudo quanto possível das ciências básicas. Kaufman e Mann (1997, p. 177, tradução nossa) afirmam que “[...] os resultados podem refletir um ambiente de aprendizagem em que os estudantes encontram muitos exemplos de professores pesquisadores e em que a ciência básica é aprendida em problemas clínicos contextualizados”. Segundo estes autores, os estudantes se identificam com a proposta da aprendizagem baseada em problemas e com professores com prática de investigação científica, pois passam a compreender os significados dos conteúdos aplicados em uma situação problema da prática médica.

A investigação realizada por Richards et al. (1996) compara as performances clínicas de estudantes do Curso de Medicina do 3º ano de um currículo de ABP e as do tradicional da Escola de Medicina de Bowman Gray da Universidade Wake Forest, em turmas de 91 a 95, com a aplicação de quatro escalas de proporção clínica e do teste “Shelf”



dos examinadores médicos de nível nacional (NBME). Os resultados apóiam a hipótese de que os currículos de ABP, aplicados desde os primeiros anos iniciais do Curso de Medicina, podem melhorar performance clínica dos estudantes do 3º ano.

O estudo sobre o papel da auto-avaliação dos estudantes nas tutorias, realizado por Das et al. (1998) na Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde dos Emirados Árabes Unidos, nos anos de 1994 e 1995, verifica que os escores das auto-avaliações dos estudantes do 1º ano do curso são semelhantes aos do tutor, ainda que os estudantes do sexo masculino se atribuíssem escore mais alto do que os do sexo feminino. A prática da troca de avaliação entre tutor e estudantes, segundo estes autores, tem sido uma ferramenta útil para o desenvolvimento de habilidades de análise, diferenciação e avaliação crítica dos estudantes. Estes pesquisadores se preocupam com a questão da avaliação nas sessões de tutoria como Thomas (1997), que considera ser a avaliação um dos aspectos importantes da ABP e, por isso, deve ser estudada e socializada.

A seguir são apresentadas as concepções de estudantes e professores sobre a ABP identificadas na Literatura.

## **2.2 As concepções de estudantes e professores sobre a ABP na Literatura**

Mudar o currículo e a metodologia não garante a mudança das concepções de ensino e aprendizagem ou das práticas pedagógicas dos professores e estudantes. Algumas vezes, observa-se mudança nos discursos dos professores em relação às

suas concepções, que nem sempre se confirmam na prática pedagógica, a qual revela, de fato, suas concepções. Portanto, ao mudar a metodologia num projeto político pedagógico, todo um investimento na capacitação de professores é necessário para a efetivação de tal projeto, visto que só podemos dizer que um currículo mudou efetivamente quando os professores mudaram suas práticas e alteram suas concepções sobre ensino-aprendizagem.

O estudo empírico e de revisão sobre as concepções dos professores e estudantes a respeito da ABP e do ensino-aprendizagem em ABP na literatura pode ajudar a compreender as concepções dos professores e estudantes desta pesquisa na FAMEMA, visto que aqueles também construíram suas concepções de ensino-aprendizagem em um ensino tradicional, com ênfase na transmissão de conteúdos e numa visão behaviorista de aprendizagem como os deste estudo (CACHAPUZ; PRAIA; JORGE, 2001).

Fasce, Ramirez e Ibanez (1994) avaliam, em 1992, a prática da ABP com estudantes do 1º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Concepcion, Chile, dentro de um contexto de inovação curricular. Determinam a porcentagem do sucesso dos estudantes em relação aos objetivos educacionais alcançados em cada um dos problemas clínicos. Os resultados relevantes confirmam a opinião qualitativa dos estudantes em relação à metodologia, considerada positiva para facilitar o alcance dos objetivos educacionais, nos seguintes aspectos: 1) motivação gerada pela ABP, 2) ampliação do interesse pela aprendizagem, 3) integração de diversas disciplinas, 4) sucesso das experiências pessoais, 5) estímulo à busca de informação, 6) incentivo a trabalho de equipe, 7) percepção de um interesse real pelo desenvolvimento pessoal do estudante e 8) adequado tratamento recebido.

Os estudantes destacam como o aspecto menos favorável da metodologia os instrumentos de avaliação utilizados (questões de múltipla escolha). Segundo eles, um formato de avaliação mais flexível seria mais adequado à estrutura complexa da

ABP. Parece que os estudantes estão à frente dos professores no que diz respeito à coerência entre o processo de aprendizagem e a avaliação. Os professores continuam avaliando apenas o produto da aprendizagem com questões provavelmente de baixa taxonomia, questões de memorização de conteúdos.

Os investigadores concluem ser possível e interessante implementar um currículo com a ABP desde o 1º ano de medicina naquele país, porque a ABP possibilita o sucesso de objetivos educacionais cognitivos e gera um forte impacto na motivação e no interesse pela aprendizagem dos estudantes.

Kaufman e Holmes (1996) investigam as percepções de estudantes e professores nos dois primeiros anos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Dalhousie, Canadá, a qual utilizava a ABP, em 1993 e 1994, durante o processo de transição de um currículo tradicional para um currículo com a ABP. Observam a satisfação dos professores-tutores com as mudanças, apesar da solicitação de treinamento para lidarem com situações difíceis no trabalho em grupo, intervenções com questionamentos e a avaliação dos estudantes. Os estudantes, por sua vez, esperavam um professor-tutor facilitador de grupo, mais habilitado para orientá-los em sua aprendizagem.

Em outro estudo, de Kaufman e Mann (1996), ao compararem as percepções de dois grupos de estudantes, um que utilizava a ABP e outro um currículo tradicional, sobre os currículos nos primeiros anos do curso médico, comprovam o seguinte: os estudantes da ABP expressam maior satisfação com seu currículo do que o outro, por perceberem que adquirem habilidades amplamente aplicáveis, incluindo aprendizagem auto-direcionada e habilidades meta-cognitivas. Este estudo concentrou-se apenas nas percepções e não avaliou os resultados dos estudantes quanto a conhecimentos, habilidades e atitudes.

Kaufman e Mann (1999), em trabalho realizado entre 1995 e 1996, relatam a crença dos estudantes em ser fraca a base de seu conhecimento, apesar de isso não ter sido confirmado pelo desempenho deles nos exames de qualificação do Canadá. Ou seja, não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as avaliações de graduados médicos em ABP e no tradicional. Kaufman e Mann (1999) consideram importante a percepção dos estudantes, tendo em vista que pode refletir

[...] seus sentimentos de insegurança na adequação de seu conhecimento ao conteúdo de ciências básicas. Além disso, tendo em vista que declarações verbais constroem eficácia, os comentários céticos advindos de alguma outra faculdade sobre o currículo de ABP podem ter afetado as percepções negativamente. (KAUFMAN; MANN, 1999, p. S6, tradução nossa).

Estudos desta natureza podem confrontar as crenças dos estudantes com os seus desempenhos em provas de domínio cognitivo e, conseqüentemente podem minimizar essas inseguranças e modificar essas crenças.

A insegurança dos estudantes em ficar com desvantagens na sua formação em relação ao ensino tradicional no que diz respeito às ciências básicas pode estar diretamente relacionada com a concepção de ensino-aprendizagem por transmissão de conteúdo, uma vez que os estudantes não recebem as informações dos professores das ciências básicas e ficam com o temor de perder conteúdos em relação ao ensino tradicional. Ao apresentarem desempenho semelhante ao dos outros estudantes do ensino tradicional, essa constatação pode facilitar a aprendizagem e o estudante ter maior tranquilidade diante da sua aprendizagem em ABP.

Vernon e Hosokawa (1996) realizam uma pesquisa na Universidade de Missouri – Colúmbia, Escola de Medicina, sobre as atitudes e opiniões dos docentes referentes a ABP, relacionando-as com o desempenho dos estudantes no nível I do Exame de Licenciatura Médica Americana. Os resultados apontam que os docentes não participantes do

novo currículo julgam-no igual ao currículo tradicional, porém os participantes do novo currículo em ABP julgam-no superior. Para ambos os grupos o novo currículo é valorizado nas áreas de interesse do estudante, na preparação clínica e na consciência médica. Por outro lado, recebe menores estimativas no ensino de conhecimentos das ciências básicas e na eficiência da aprendizagem. A avaliação de desempenho dos estudantes, no entanto, aponta que os docentes podem ter subestimado o valor do novo currículo da ABP para ajudar os estudantes a adquirir conhecimentos das ciências básicas. Este trabalho também aponta a crença de que a ABP deixa lacunas na área dos conhecimentos básicos, o que nem sempre é confirmado na prática.

Bernstein et al. (1995) realizam um estudo com os estudantes e docentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Toronto, durante a implementação de um novo currículo utilizando ABP, para verificar a opinião deles sobre a experiência. Os resultados mostram que inicialmente há uma preocupação em que a ABP resulte em lacunas de conhecimento, reforce a informação errada e faça uso ineficiente de tempo. Após o contato com a ABP, a opinião dos estudantes e docentes melhora em relação a esta, considerando-a mais eficaz do que os métodos tradicionais. Bernstein et al. (1995) fazem algumas recomendações para as faculdades que pretendem implantar a ABP, ressaltando: 1) que os interesses e ansiedades dos docentes-tutores e estudantes possam ser reconhecidos e administrados; 2) realizar reuniões regulares com os tutores; 3) preparar os tutores para fazerem mudanças baseadas na experiência para os próximos anos acadêmicos e 4) integrar a avaliação. Bernstein et al. (1995) concluem que a mais interessante lição aprendida por eles é a importância da aprendizagem ativa, ocorrida por meio do projeto, com a evolução e implementação da ABP.

Guilbert (1998) levanta as opiniões de professores e estudantes sobre a

ABP em três escolas médicas da Suíça (Genebra, Lausanne e Berna) antes da implantação da ABP e compara essas opiniões com as de especialistas em ensino médico. Este pesquisador mostra a diferença entre a opinião de estudantes e docentes em relação à educação centrada no estudante, na ABP. Segundo Guilbert, os estudantes acreditam que devem ter o máximo de independência e responsabilidade por sua própria aprendizagem. Por outro lado, os professores dizem que o professor é o único que sabe o que se deve aprender. Ainda mostra o desconforto do docente com a ABP, pelo seguinte depoimento: “Isso é demagógico. Os estudantes têm que aceitar a autoridade do professor, eles não alcançaram nem o nível de maturidade nem de experiência para julgar. Isso levará a uma depreciação da educação”. (GUILBERT, 1998, p. 66, tradução nossa).

Segundo Guilbert (1998), quase a totalidade de estudantes é a favor da diminuição do número das conferências, apesar de que alguns estudantes defenderem a eficiência das conferências para a sua aprendizagem. A maioria dos estudantes recomenda a inclusão de tempo livre para a auto-aprendizagem. Existe também uma diferença de opiniões “[...] entre o que é dito pelos especialistas e pesquisadores em ensino médico, em particular na área de avaliação de programa profissional e o que a maioria do corpo docente escolar acredita”. (GUILBERT, 1998, p. 68, tradução nossa). A maioria dos estudantes concorda que a avaliação do programa é útil para identificar os seus pontos fracos e que a avaliação formativa os ajuda a avaliar seu progresso antes de qualquer exame de certificação. Tais diferenças de opiniões, segundo Guilbert (1998), precisam se tornar explícitas por todos e para todos os envolvidos para assegurar um processo democrático e interativo na educação médica em benefício da saúde da população.

Von-Döbeln (1996), depois de passar pela experiência de quatro anos num currículo com a ABP como estudante na escola médica na Universidade Linköping, Suécia, reafirma a aceitação da ABP, considerando-a uma experiência agradável e de bons

resultados, apesar de existirem benefícios e desvantagens. A avaliação de Von-Dölben (1996) considera que: 1) a ABP gerou ansiedade que, com o tempo, foi superada; 2) a sua autoconfiança e independência aumentaram; 3) tornou-se melhor para dar e receber críticas; 4) aprendeu a trabalhar com pessoas diferentes; 5) aprendeu a ser receptivo a novas idéias; 6) desenvolveu um modo mais crítico sobre o conhecimento abordado; e por último, 7) achou a ABP um meio estimulante de aprender. Este último aspecto é reforçado na percepção de vários estudantes em outros locais do mundo.

Outro estudo comparativo entre um currículo que utiliza a ABP e o tradicional indica ser favorável à ABP, como o estudo de Lieberman et al. (1997), que mostra um impacto favorável da ABP nas percepções dos estudantes a respeito do meio ambiente acadêmico, incluindo aspectos administrativos e do ensino, nos aspectos emocionais e psicológicos da vida do estudante e no clima intelectual.

Caplow et al. (1997) analisam as concepções dos estudantes sobre a aprendizagem em currículo médico em ABP. A maioria dos estudantes está satisfeita com a ABP e considera que a ABP facilita a aprendizagem dos conceitos das ciências básicas, fornecendo-lhes a oportunidade de integrar e aplicar esses conceitos no contexto dos casos clínicos reais. Além disto os estudantes consideram que a ABP estimula a aprendizagem independente e auto-direcionada. Os estudantes destacam dois motivos para buscar conhecimento, o compromisso com o grupo e a necessidade de aprender.

Parece portanto que, apesar de algumas críticas negativas levantadas sobre a ABP, os estudos sobre as concepções dos estudantes e docentes na sua maioria, destacam mais aspectos positivos da implantação da ABP nos currículos médicos.

Estes estudos comparativos apresentam o risco de se ater à questão de qual é o melhor e o pior método para a formação médica e, a real questão é saber qual deles

vai ao encontro do Projeto Político Pedagógico da escola. Qual a intencionalidade educacional e o perfil profissional do médico que a escola pretende formar? Ao responder a essas questões, a instituição poderá escolher a metodologia que contém as concepções pedagógicas, de ensino-aprendizagem mais apropriadas.

### **2.3 O papel do professor-tutor no método de ensino-aprendizagem da ABP: facilitador e mediador**

De acordo com Venturelli (1997), o professor-tutor deve ser um bom facilitador educacional, o que supõe: 1) fazer perguntas indiretas que ajudam os estudantes a raciocinar, desafiando o grupo e os estudantes no seu trabalho e nas suas conclusões; 2) estimular os estudantes a esclarecer dúvidas; 3) apresentar aos estudantes as conseqüências de suas posições e pontos de vistas opostos; 4) solicitar as fontes de informação e de outros recursos. O tutor deve promover em seu grupo um pensamento crítico, ajudá-lo a: 1) definir suas necessidades educacionais; 2) promover em seu grupo um sentido de trabalho coletivo eficiente; 3) facilitar a aprendizagem individual; 4) coordenar métodos de avaliação dos estudantes; 5) fomentar o desenvolvimento de uma atmosfera de confiança e respeito; 6) ser sensível às necessidades e sentimentos coletivos e individuais, entre outros aspectos.



Tomaz (2001, p.163-165), refletindo sobre as funções do facilitador, destaca como função fundamental: “[...] estimular o pensamento crítico e o auto-aprendizado entre os estudantes pela orientação em nível de metaconhecimento ou metacognição<sup>3</sup>. Todas as outras funções têm de ser coerentes com essa função geral”. Dentro das sessões de tutoria, a principal tarefa do facilitador no grupo é “[...] promover o processo de aprendizagem como cooperação mútua entre os alunos. Ou seja, promover a aplicação dos Setes Passos e manter uma boa dinâmica de grupo.”.

---

<sup>3</sup>Metacognição é um conceito que se refere ao conhecimento que as pessoas têm a respeito de seu próprio processo de pensar (THOMAZ, 2001)

De Grave, Dolmans e Van Der Vleuten (1999) descreveram o papel do tutor como o de um andaime para a aprendizagem do estudante. Essa metáfora sugere tanto que o tutor forneça suporte, como também que os estudantes pensem por si próprios. Esclarecem que um andaime é

[...] um suporte, como uma estrutura temporária que suporta trabalhadores durante a construção de um edifício. Um pressuposto sobre a estrutura de apoio é que existe uma distância cognitiva entre o que os aprendizes conhecem e podem fazer por si próprios e o que eles conhecem e o que podem fazer com a assistência de uma pessoa mais instruída. Uma outra suposição de estrutura é que a interação e diálogo entre o professor e o aprendiz ou entre os pares representa um papel central. (DE GRAVE; DOLMANS ; VAN DER VLEUTEN, 1999, p. 901, tradução nossa).

Cabe aqui destacar o papel do professor-tutor e dos estudantes como mediadores uns dos outros da construção dos seus próprios conhecimentos.

Em outro estudo, Maheux et al. (2000) avaliam até que ponto os estudantes de medicina em escolas inovadoras e tradicionais do Canadá, no período de 1994 e 1995, percebiam seus professores como sendo professores e médicos humanísticos, e também

verificam se os estudantes dos primeiros anos e dos últimos anos partilhavam das mesmas concepções. Os pesquisadores encontram os seguintes resultados: mais de 25% dos estudantes do 2º ano e 40% dos estudantes do internato não concordaram que seus professores se comportavam como profissionais que tratavam os pacientes humanisticamente ou que eram bons exemplos no ensino do relacionamento médico-paciente, destacando que havia poucas diferenças no modo como os estudantes de medicina das escolas inovadoras e das tradicionais distinguem as qualidades humanísticas de seus professores com os pacientes. Entretanto, nos primeiros anos houve mais estudantes da escola inovadora (60%) do que das escolas de sistemas tradicionais (40%) que concordavam que os professores valorizavam o contato humano e apoiavam os estudantes quando eles tinham dificuldades. No internato não houve diferença nos modos com que os estudantes das escolas médica inovadora e tradicional perceberam as qualidades humanas que seus professores manifestavam sobre eles. Concluem que o currículo com ABP estimula melhores relacionamentos professor-estudante durante os anos iniciais. Os resultados também sugerem que um número significativamente grande de estudantes de medicina aprende com médicos que aparentam não possuir compaixão e preocupação em suas interações com pacientes. Nesse estudo, Maheux et al. (2000) questionam a adequação da faculdade de medicina como modelo para a aquisição de competência para cuidar com atenção dos pacientes.

Outro aspecto do papel do professor-tutor se refere ao desempenho do papel ativo do professor que é imprescindível ao desenvolvimento das capacidades metacognitivas dos estudantes e ao aprofundamento de conhecimentos teóricos. Para exercer essa função de tutor, é necessário o professor desenvolver novas competências. Pinto (1993) destaca que o tutor deve ser:

[...] a) animador da discussão (o que pensas? Não compreendes bem? Poderás explicar?); b) orientador da discussão que assegura a manutenção do ‘fio condutor’; c) suporte e ajuda para a determinação das necessidades de aprendizagem dos estudantes; d) dinamizador de pequenos grupos (perguntando, desafiando, organizando, estimulando, gerindo os comportamentos dos líderes, estimulando os mais ‘apagados’); e) avaliador das capacidades de raciocínio dos alunos, da sua utilização dos conceitos, dos seus hábitos de trabalho, dos seus conhecimentos; f) suporte e ajuda no desenvolvimento de hábitos cognitivos e de trabalho. (PINTO, 1993, p.13).

Além disto, Pinto (1993) afirma que o tutor precisa saber os objetivos a serem atingidos na unidade educacional, sua estrutura de metodologia e a proposta de avaliação considerando que, na ABP, o professor-tutor realiza também a avaliação formativa dos estudantes no final de cada sessão de tutoria, contribuindo para a formação deles, em processo, durante o tempo de duração do curso nas unidades educacionais.

A avaliação formativa corresponde à avaliação sobre o processo tutorial, do trabalho em grupo, das destrezas interpessoais e atitudes (VENTURELLI, 1997).

Uma questão bastante polêmica em relação ao papel do tutor entre os que utilizam a ABP é se este deve ser um tutor especialista em determinada área do conhecimento (*expert*) ou não, além de ser um facilitador. Charlin, Mann e Hansen (1998) apresentaram três universidades do Canadá que utilizavam ABP no Curso de Medicina, com suas peculiaridades metodológicas específicas e uma delas se refere ao papel do tutor. Na Universidade de Memorial e na Universidade de Sherbrooke o tutor é um *expert* e um facilitador, e na Universidade de Dalhousie o tutor é um facilitador. Esses dados mostram que a ABP apresenta diferenças na sua condução de acordo com diferentes cenários, cultura, estrutura, concepções e intenções, entre outros aspectos.

Em relação a essa polêmica, um dos precursores da ABP, Barrows (1988), já traz a discussão sobre o tutor *expert* ou não. Segundo ele, “Não há dúvida que o ideal é que o tutor seja um especialista tanto como tutor, quanto um especialista, em determinada área do conhecimento. Porém, se tivermos que fazer uma opção é melhor termos

um tutor especialista neste papel do que um especialista em conteúdo.” (BARROWS, 1988, p. 43, tradução nossa). O autor ainda discorre sobre o desconforto de alguns professores-tutores que não são especialistas em conteúdo, ao desempenhar o papel de tutor, por não saberem se o que os estudantes estão aprendendo está correto ou não. Outros professores-tutores se sentem confortáveis neste papel mesmo que não sejam especialistas no conteúdo, pois se sentem seguros com suas habilidades de facilitadores de aprendizagem. Entretanto, os estudantes ficam aborrecidos com os professores-tutores especialistas no conteúdo que se recusam a dizer-lhes se estão no caminho certo ou não. Barrows se refere ao professor-tutor como uma estrutura suporte no processo de aprendizagem em pequeno grupo, e destaca que não é viável ter um professor especialista na área de estudo que seja fraco como tutor.

Barrows (1988) propõe algumas orientações que podem ser feitas para ajudar o tutor que não é especialista em determinados conteúdos a se sentir mais confortável em seu papel:

- 1) Ter objetivos curriculares bem definidos para que tanto o tutor e seus estudantes saibam o que está sendo realizado.
- 2) Fornecer-lhes uma série de questões de aprendizagem que o grupo de construtores julga que deveria ser identificado pelos estudantes em cada problema, tarefa ou situação usada no grupo.
- 3) Orientar o tutor sobre cada problema, tarefa e situação que devem ser utilizados. Identificar sua importância no currículo, o porquê de ter escolhido o que os estudantes deveriam aprender, e sobre quaisquer pontos importantes relativos às armadilhas ou questões difíceis que possam surgir.
- 4) Fornecer um especialista ao tutor a quem ele possa consultar em qualquer ocasião e que poderá ocasionalmente vir à sessão do grupo tutorial escutar as deliberações do grupo e fornecer-lhes *feedback* sobre sua compreensão e progresso. (BARROWS, 1988, p. 44, tradução nossa).

A respeito da preocupação do tutor em não saber se o aprendido está

correto ou não, Barrows (1988) ainda acrescenta que as estratégias descritas devem aliviar esta questão. Entretanto, se o tutor mantiver os estudantes envolvidos e sempre estimulá-los a desafiarem uns aos outros, estes são bem conhecidos por ‘detectores de tolices’, sendo geralmente mais sensitivos a esse respeito do que os próprios professores. Um ou outro estudante identificará os erros ou informações erradas dos comentários de outros estudantes e apresentará evidência para provar o que está dizendo. Segundo Barrows (1988, p. 44-45, tradução nossa), “[...] é importante solicitar aos estudantes que sustentem quaisquer termos que eles usem, elaborem melhor as idéias que foram expressas e provem que suas afirmações estão corretas”. Com todos esses cuidados, o tutor, que não é especialista numa determinada área do conhecimento, poderá trabalhar de maneira mais confortável e se aprofundar nos demais aspectos da sua função.

O estudo de De Grave, Dolmans e Van Der Vleuten (1999), já citado, realizado com estudantes do 1º e 2º ano médico na Universidade de Maastricht na Holanda, mostra a percepção dos estudantes a respeito do perfil de intervenção de tutores considerados, efetivos e não efetivos. Os resultados sobre os perfis de professores-tutores efetivos e menos efetivos na percepção dos estudantes apontam que um grupo de tutores apresentou um perfil de intervenção caracterizado como aquele que possuía maior confiança no uso do conhecimento especializado, enquanto que um outro grupo de tutores foi caracterizado como aquele com maior confiança em suas habilidades para estimular o processo de aprendizagem no grupo tutorial. O surpreendente, segundo esses autores, é um professor-tutor que dá ênfase ao processo de aprendizagem ser considerado pelos estudantes mais efetivo do que um tutor que dá ênfase ao conteúdo, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Regehr et al. (1995) também investigam, no Curso de Medicina da Universidade de Toronto, Canadá, a influência do professor-tutor *expert* e do não *expert*, no desempenho cognitivo dos estudantes, no processo tutorial e na satisfação dos estudantes do

2º ano médico em um currículo em ABP. Concluem que não há diferença significativa entre grupos conduzidos por médicos *expert* e os grupos conduzidos por médicos não *expert*. O acréscimo de qualificação específica sobre o problema não afeta a aquisição de conhecimento dos estudantes, o processo tutorial ou a satisfação com a experiência tutorial.

Chaves, Lantz e Lynch (2001) realizam um estudo, na *Indiana University School of Dentistry*, das percepções do professor-tutor e do estudante sobre o papel do professor-tutor em cursos que utilizavam a aprendizagem baseada em problema, no 1º e 2º ano do Curso de Odontologia e que ocorriam em paralelo a outros cursos com currículo tradicional. A dimensão do papel do tutor é percebida de um modo diferente pelos tutores e pelos estudantes que não estão muito familiarizados com a ABP. Os professores-tutores têm um ponto de vista mais complexo e coerente com o focado no programa de capacitação de tutores (enfoque baseado em evidência, ajuda para elaboração de questões e hipóteses e na formação do comportamento profissional do tutor: escutar, habilidades de comunicação e respeito, etc.). Em relação aos estudantes, esses mostram evidência de uma avaliação mais complexa sobre o papel do tutor, somente quando passam para o segundo ano. Isso sugere que as avaliações de estudantes sobre o desempenho do professor-tutor devem ser interpretadas com cuidado durante as fases iniciais de sua experiência com a ABP, porque há alguma evidência de que os estudantes continuem a basear suas avaliações em elementos do desempenho do professor-tutor que estão estritamente ligados à aprendizagem centrada no professor tradicional. Os estudantes iniciantes pressionam os tutores a ensinar e “[...] é importante para os tutores possuírem bastante conhecimento da base teórica da ABP para poderem compreender por que o desenvolvimento do estudante, como um aprendiz independente, poderá ser prejudicado se eles se renderem àquela pressão.” (CHAVES; LANTZ; LYNCH, 2001, p.229, tradução nossa). Esses autores ainda destacam a importância

da capacitação dos professores-tutores e da compreensão das bases filosóficas e pedagógicas voltadas ao novo papel de tutor, para facilitar uma implementação da ABP bem sucedida.

Dolmans e Schmidt (1994) realizam um estudo para verificar a importância dos vários elementos em um currículo ABP (discussão no grupo de tutoria, conteúdo avaliado, objetivos do curso, conferências, o *tutor* e a referência bibliográfica) que influenciam as decisões dos estudantes sobre o que estudar. Na ABP a aprendizagem é centrada nos estudantes, eles decidem o que estudar sobre o problema. Segundo os estudantes da Universidade de Limburg, Maastricht, Holanda, todos esses elementos podem ter um impacto nas decisões sobre o que estudar. Os estudantes do 1º ano tendem a confiar mais na literatura citada na lista de referências, no conteúdo abordado em conferências e provas do que os estudantes dos outros três anos, o que aponta para uma maior dependência dos estudantes em relação ao que o docente indica nas referências para estudar e ao que explica nas conferências. Em geral, a influência do impacto desses elementos mostra um decréscimo no decorrer dos quatro anos curriculares, aumentando a influência da discussão no grupo de tutoria. Dolmans e Schmidt (1994) concluem que isso sugere que os estudantes vão se tornando auto-aprendizes no decorrer dos anos curriculares.

O tutor neste caso faz jus ao seu papel de propiciar, no espaço tutorial, a discussão grupal, o trabalho individual e coletivo entre seus pares e, por sua vez, a tomada de decisão coletiva, que respeita os indivíduos na medida em que decidem juntos o que estudar, para depois decidirem o que fazer e avaliar suas ações em conjunto e individualmente.

Na ABP, o papel do professor-tutor deve ser o de facilitador e de mediador na construção de conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes. Deve ajudá-los a se esforçar, a ser cognitiva e afetivamente persistentes e a envolver-se na procura de

interligações, sendo capazes de promover a mudança dos seus conhecimentos prévios para novos conhecimentos organizados e, sobretudo, aceitos por eles como mais plausíveis.

Cachapuz (1995) aponta limitações da teoria da aprendizagem significativa, na sua versão tradicional ausubeliana, porque, segundo este autor, existe uma sobrevalorização dos saberes conceituais, da dimensão cognitiva, em detrimento de outras dimensões da aprendizagem, como a de capacidades, atitudes e valores. Ausubel era um cognitivista e a sua teoria da aprendizagem significativa focaliza primordialmente esse aspecto. Para Moreira (1999), Ausubel propõe uma explicação teórica da aprendizagem do ponto de vista cognitivista, embora reconheça também a importância da experiência afetiva. Na perspectiva sócio-constructivista, a aprendizagem de capacidades, atitudes e valores também é valorizada; sendo considerada um processo individual, social e culturalmente mediado, o que amplia a concepção de aprendizagem significativa.

Para Coll (2000), a aprendizagem significativa também envolve, além de saberes conceituais, processos, valores e habilidades. Acrescenta que a significatividade da aprendizagem está vinculada à sua funcionalidade, ou seja, os conhecimentos adquiridos, conceitos, habilidades, valores, normas, etc., devem ser efetivamente utilizados.

Conforme se percebe, então, na ABP os conhecimentos precisam ser aplicáveis a um problema, de maneira significativa para o estudante, e o papel do professor-tutor é o de facilitar a aprendizagem. Essa aprendizagem significativa também pode ocorrer com a utilização dos problemas simulados, desde que promovam a motivação do estudante e que o estudo se inicie dos conhecimentos prévios, causando um desequilíbrio e um novo equilíbrio nos seus esquemas de conhecimentos e, ainda, que a aprendizagem tenha uma funcionalidade para o estudante na prática profissional.

No que se refere ao aspecto de conteúdos nas sessões de tutoria, a



proposta na ABP é a do estudante se dirigir a três perspectivas de estudo: a biológica, a psicológica e a social e integrar os conhecimentos (FAMEMA, 2002a; VENTURELLI, 1997). Para que isto se efetive o professor-tutor também precisa ampliar a sua compreensão sobre a pessoa nas dimensões biológica, psicológica e social, para que possa facilitar essas aprendizagens, numa perspectiva interdisciplinar, sem necessariamente ser um expert nas três dimensões.

O professor-tutor, nessa concepção de ensino-aprendizagem, também amplia seus saberes e fazeres a outras dimensões de aprendizagem (habilidades, atitudes e valores), e a conhecimentos interdisciplinares (CACHAPUZ; PRAIA; JORGE, 2001; COLL, 2000).

Existe na ABP a intenção de formar médicos com outras capacidades para lidarem com os problemas com que se defrontarão na prática, melhor preparados para enfrentar os desafios da evolução dos conhecimentos científicos e tecnológicos, considerando sempre os já existentes, sejam eles do senso comum, religioso, filosófico e científico, presentes nas relações interpessoal e intrapessoal e, por sua vez, na relação médico-paciente-família e sociedade. É papel do tutor facilitar essa formação do futuro médico por meio do estudo de problemas de saúde simulados ou reais, que precisam estar articulados com os problemas da prática profissional. Podemos considerar as sessões de tutoria como uma das estratégias no currículo em ABP para a formação profissional.

Embora o papel do professor-tutor deva ser definido pela instituição de ensino, é sempre permeado pelas concepções de ensino e aprendizagem dos próprios professores e pelos seus conhecimentos (disciplinar, inter ou transdisciplinar) sobre o objeto em estudo, o que define a ação do tutor. Rompe-se, portanto, com a crença na homogeneidade desse papel que será sempre marcado pelas diferenças pessoais e pelo que cada um constrói ao longo da formação e prática profissional. O que pode ser homogêneo no papel de tutor é a

possibilidade de um exercício permanente da flexibilidade cognitiva e de ação, para que, concordando com Sá-Chaves (2002) os professores possam reconstruir seus conhecimentos e ajudar os seus estudantes neste processo de reconstrução permanente.

A complexidade do pensamento atual, as incertezas e imprevisibilidades deste novo século trazem à tona o fato de que:

[...] o tempo das certezas absolutas parece, conceptualmente, poder pertencer definitivamente ao passado e a construção de verdades, mesmo situadas e relativas, é **um processo de vaivém**, cuja instabilidade configura freqüentes rupturas do discurso, avanços parcelares e, sobretudo, conclusões que nunca são irrefutáveis e que por isso, **não podem ser entendidas como prescrições válidas para toda e qualquer situação**. (SÁ-CHAVES, 2002, p.64, grifo da autora).

Aquele professor, segundo Sá-Chaves (2002), cuja função era o de transmissor de conteúdos específicos de sua especialidade disciplinar, numa perspectiva de tecnicidade prescritiva, redutora e simplista, cai por terra por não dar conta de compreender e resolver os problemas nesta era de tantas transformações, tecnologias e globalização. A emergência de racionalidade crítica se faz necessária para enfrentar os novos desafios presentes no século XXI e preservar a espécie de homo sapiens e o ecossistema, recuperando o reconhecimento do papel do professor, tanto no aspecto pessoal quanto no profissional. Como afirma ainda Sá-Chaves (2002, p. 66), “[...] através de sua capacidade de pensar, de ter opinião, de tomar decisões, de desenvolver projectos de acção conseqüentes, solidários e inovadores e de reformulá-los ou pôr em causa, sempre que isso legitimamente se justifique”.

O papel do professor precisa superar a dimensão restritiva da questão cognitiva da construção de conhecimento. Ou seja, é preciso entender também esta construção do conhecimento como um processo de desenvolvimento da personalidade, remetida para a dimensão do Ser, tanto do professor quanto dos estudantes que um dia serão, neste estudo em

específico, médicos e/ou professores, mas que, em primeiro lugar, deverão ser pessoas, cidadãos com atitudes e valores solidários na reconstrução de seus conhecimentos.

As auto-avaliações dos professores em tutoria podem propiciar um momento de reflexão crítica sobre a sua própria prática, de acordo com Sá-Chaves (2002, p. 91), “Ao refletir criticamente sobre a sua própria prática, o professor assume uma postura de profissionalidade intelectual, em vez de se aceitar como um técnico instrutor de qualquer ramo do conhecimento”. O professor assume que ele é também um aprendiz, pode se desenvolver e estar permanentemente crescendo na sua práxis, sem desconsiderar os seus conhecimentos em ação até o momento presente. Esta postura do professor pode ao mesmo tempo tranquilizar e inquietar os estudantes, mas, como os dados da realidade são o inacabamento, a complexidade, as contradições, há necessidade de os professores mediarem o desenvolvimento de habilidades de autonomia e independência dos estudantes e, ao mesmo tempo, ampliarem uma interação grupal com os seus pares permeada por uma prática reflexiva tanto do professor quanto dos estudantes.

### **CAPÍTULO 3 - O Cenário da FAMEMA**

Neste capítulo é apresentado o cenário da FAMEMA, campo de estudo da pesquisadora. Inicialmente apresenta-se um Histórico da FAMEMA até chegar na mudança do novo currículo do Curso de Medicina e do método de ensino-aprendizagem da aprendizagem baseada em problemas. Discorre-se sobre a ABP na FAMEMA e apresenta-se a nova Estrutura Curricular da coorte de 2002, e a semana típica da 1ª série do Curso de Medicina, período do estudo com os sujeitos desta pesquisa, além das novas mudanças na Estrutura Curricular do ano de 2003 e a semana típica da 1ª série do Curso de Medicina da FAMEMA que está em desenvolvimento curricular permanente.

### 3.1 Histórico da FAMEMA

A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) foi criada pela Lei Estadual nº 9.236 de 19 de janeiro de 1966, como Instituto Isolado de Ensino Superior, com um Curso de Medicina. Seu funcionamento foi autorizado um ano depois, em 30 de janeiro de 1967, como Instituição Pública Municipal, depois de ter sido constituída a sua entidade mantenedora, a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM), criada pela Lei Municipal nº 1.371, de 22 de dezembro de 1966 e responsabilizou-se pela Faculdade e pelo Hospital de Clínicas (atual Hospital das Clínicas da FAMEMA – Unidade I). O número inicial de vagas para o Curso de Medicina foi para 60 estudantes, aumentado, em 1975, para 80 vagas anuais. (KOMATSU, 2003).

A FAMEMA é a 10ª Faculdade de Medicina instalada no Estado de São Paulo e a 47ª do Brasil (MIGUEL; VILLANI, 1987).

Em 1981 é criado o curso de Enfermagem da FAMEMA, com 80 vagas anuais. Em 1990, o número de vagas oferecidas anualmente é diminuído para 40.

A FAMEMA é estadualizada em 1994 e o Governo do Estado de São Paulo, em cumprimento à Lei Estadual número 8.898 de 27 de setembro de 1994, cria a Autarquia Especial da Faculdade de Medicina de Marília ligada à Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e do Desenvolvimento Econômico do Governo de São Paulo.

Padilha (1996) afirma que a história da FAMEMA foi marcada por várias crises de caráter político, financeiro, administrativo e educacional nas décadas de 70, 80 e 90. Em 1983, para enfrentar uma das crises, os docentes da FAMEMA assumem pela primeira vez a diretoria da FMESM e, a partir de então, passam a definir os rumos da Instituição, juntamente com toda a comunidade acadêmica.

Sua reestruturação leva à expansão da área física, com a locação de um prédio próximo ao Hospital de Clínica para instalar salas de aula, auditório e biblioteca. A nova diretoria da FMESM incentiva, então, a realização de pós-graduação “senso strictu” pelo corpo docente e promove-se o credenciamento de Residência Médica/MEC em diversas áreas.

Em 1988, o antigo Hospital Marília, um hospital privado da cidade, é municipalizado e sua administração é transferida à Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, ocorrendo uma expansão de leitos e atendimentos. Nesse prédio funciona hoje a Unidade II do Hospital de Clínicas da FAMEMA com atendimentos na área materno-infantil. Outra expansão física e assistencial é a construção e inauguração, em 02 de setembro de 1994, do Hemocentro, financiado com recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). (KOMATSU, 2003).

A mais recente ampliação da estrutura física da FAMEMA é a locação de um prédio para a instalação do Ambulatório Especializado “Governador Mário Covas”.

Durante todos esses anos algo de grande importância acontece para a FAMEMA, além da sua estadualização: ter sido escolhida, em 1992, entre outras instituições da América Latina, pela Fundação W. K. Kellogg para participar do Projeto UNI – Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde: união com a comunidade. Esta Fundação deu apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de um projeto baseado na parceria entre a academia, os serviços e a comunidade. O Programa UNI pôde estimular técnica e financeiramente o desenvolvimento de novos modelos de formação de profissionais de saúde, de atenção integral à saúde no sistema local de saúde e de participação popular, apontando diretrizes para as inovações (SILVA, 2000). O projeto foi conduzido pela Faculdade de Medicina em parceria com a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde, Diretoria Regional da Secretaria de Estado de Saúde, Conselho de Associações de Moradores de Marília e a Sociedade Civil.

Os programas UNI, espalhados por vários países da América Latina, tinham como denominador comum, “[...] a base epidemiológica, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe multiprofissional e o ensino/aprendizagem em serviço.” (ROSA, 1994, p.26).

Esse Programa UNI possibilitou a FAMEMA a capacitação de recursos humanos e o desenvolvimento de parcerias com os serviços locais de saúde e a comunidade, ações que para Komatsu (2003) foram decisivas para o movimento de mudança dos currículos de Medicina e Enfermagem.

Ainda segundo Komatsu (2003), a Famema, impulsionada pelo ideário do Programa UNI, pelas tendências de inovação da educação médica mundial e pela necessidade de reestruturação e reorganização institucional para consolidar-se Autarquia, decide empreender uma transformação na graduação.

A transformação do curso médico da FAMEMA, iniciada no ano Letivo de 1997, instala-se com o objetivo implementar um processo dinâmico e centrado na aprendizagem, por meio de um currículo flexível, integrado e interdisciplinar, baseado na exploração de problemas, utilizando predominantemente a ABP e com atividades práticas orientadas à comunidade, ampliando o cenário da instituição, com as parcerias da academia, o serviço de saúde e a comunidade. (KOMATSU, 2003).

A implantação gradual do currículo, iniciada em 1997, vem sucessivamente aprimorando-o, pois se entende que a construção curricular é permanente. Komatsu (2003) afirma que a ABP pode constituir, além de uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, uma estratégia para o desenvolvimento curricular permanente.

A FAMEMA já graduou mais de 2000 médicos e tem um importante papel na prestação de serviços a atenção à saúde da população local e regional por meio das Unidades I e II do seu Hospital das Clínicas, do Hemocentro, do Ambulatório Mário Covas e

da presença de discentes e docentes na rede municipal de Serviços da Saúde. Ainda que a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília tenha deixado de ser mantenedora da FAMEMA, permanece como uma Fundação de apoio a ela. (KOMATSU, 2003).

### **3.2 A Aprendizagem Baseada em Problemas na FAMEMA**

A FAMEMA é pioneira na implementação da metodologia da aprendizagem baseada em problemas – ABP no Brasil e na América Latina, em 1997. No ano seguinte, o Curso de Medicina do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Estadual de Londrina-UEL também implanta um currículo com ABP.

Em 1996, a disciplina de Introdução às Ciências da Saúde, na primeira série do Curso de Medicina da FAMEMA, participa de um projeto piloto, utilizando a ABP, no período de 09/08/1996 a 05/12/1996, com 20 docentes e 80 estudantes, que funciona paralela ao método tradicional de ensino.

Os professores mostraram certa insatisfação com a experiência, pois as atividades paralelas de aulas tradicionais e atividades de pequenos grupos em ABP, tinham sido incompatíveis. Os estudantes não dispunham de tempo suficiente para busca de informação e diante de provas e seminários a serem realizados para outras disciplinas, não se



dedicavam à aprendizagem, prejudicando o trabalho em grupo nas sessões de tutoria. Todavia, a avaliação final do trabalho foi, em parte, positiva para os docentes, porque puderam iniciar sua capacitação nesta metodologia e verificar a incompatibilidade de manter os dois métodos, tradicional e ABP funcionando paralelamente. Estas informações foram observadas pela própria pesquisadora por ter sido esta uma das docentes que participou dessa experiência. A pesquisadora participava de reuniões com os docentes nas quais se falava da experiência com os estudantes em um processo colaborativo de reflexão da prática em ABP.

Em 1996, o manual do vestibular traz a informação aos candidatos de que a ABP seria utilizada no primeiro ano do curso médico em 1997. Iniciar-se-ia naquele ano a mudança curricular, um currículo organizado por unidades educacionais que envolveriam conteúdos interdisciplinares a partir da exploração de problemas. Três grandes eixos passam, então, a caracterizar o currículo da FAMEMA: aprendizagem centrada no estudante, baseada em problemas e orientada à comunidade.

Outros docentes são capacitados em processo e a instituição reforça o trabalho de divulgação à comunidade acadêmica, sugerindo a participação daqueles que não estavam envolvidos com o novo método de ensino-aprendizagem.

Após a primeira experiência de 1996, são institucionalizadas reuniões semanais dos docentes da ABP, para discutir suas dificuldades, seus avanços e aprendizagens no novo processo de mudança, espaço de reflexão entre os professores para identificar obstáculos de ordem material, cultural e epistemológica, no novo projeto acadêmico. Esta foi uma conquista importante, pois representantes de vários departamentos passaram a realizar um trabalho conjunto e interdisciplinar. Constata-se uma aproximação entre os docentes de várias disciplinas e de diferentes especialidades, não existente até aquele momento na Instituição. Os docentes, antes do currículo ABP, trabalhavam com disciplinas apenas ligadas aos seus departamentos.

No ano de 1998, o órgão de deliberação máxima da Instituição, a Congregação, aprova o novo Estatuto da Autarquia com a extinção dos Departamentos, passando os docentes que hoje fazem um trabalho interdisciplinar na construção curricular, a se agruparem por disciplinas. Atualmente (2004), o próximo passo é a criação dos Grupos Interdisciplinares de Trabalho (GITs).

Em 2002, ano de referência para a coleta dos dados com os sujeitos desta pesquisa, o currículo da Famema já era organizado por unidades educacionais interdisciplinares, denominadas verticais e horizontais, não mais por disciplinas como ocorria até 1996. As unidades educacionais integram as disciplinas do curso, previstas no regimento escolar. De acordo com Silva (2000, p.46), as unidades educacionais “[...] constituem um núcleo fundamental do currículo que buscam integrar diversas disciplinas e articular aspectos das dimensões psicológica, social e biológica envolvidos em uma determinada situação ou problema de saúde.”.

Cada unidade conta com um coordenador e um grupo de diferentes disciplinas que contribuem de forma criativa na construção dos objetivos da unidade, das situações problemas. Conta ainda com diferentes recursos educacionais apresentados aos estudantes e professores-tutores, em um caderno, ou seja, o programa da unidade educacional. O docente-tutor ainda recebe o guia do tutor que o orienta na facilitação da aprendizagem dos estudantes.

A duração de cada unidade vertical variava entre 6 a 8 semanas até o ano de 2002.

A primeira unidade no ano de 2002 na 1ª série era a “Introdução ao Estudo da Medicina”, com duração de 8 semanas e tinha o objetivo de introduzir o estudante ao método de ensino-aprendizagem ABP. As demais unidades, com duração de 6 semanas, eram organizadas por sistemas orgânicos nos dois primeiros anos; na 3ª série, por ciclos de

vida e introdução às apresentações clínicas e, na 4ª série, por apresentações clínicas. As 5ª e 6ª séries se constituem no Internato e, desde a 2ª série, os estudantes realizam eletivos, estágios de livre escolha de cada estudante, pertinentes ao contexto de cada série. Eles são sempre acordados com o responsável pela série, o coordenador do curso e o orientador. O eletivo tem 6 semanas nas 2ª, 3ª, 4ª séries, e no Internato. A intenção institucional é proporcionar a flexibilização curricular máxima nestes eletivos que permita a cada estudante personalizar sua capacitação, aliando oportunidade e interesse (KOMATSU, 2003).

O Quadro 1 apresenta a distribuição das unidades educacionais por série para os estudantes ingressantes no ano letivo de 2002.

**Quadro 1 - Estrutura Curricular do Curso de Medicina, coorte de 2002**

1ª série	Introdução do Estudo de Medicina (1)		Ataque e Defesa (2)	Crescimento e Diferenciação Celular (3)	Pele e Partes Moles (4)	Sistema Nervoso (5)	Sistema Locomotor (6)
Interação Comunitária / Habilidades Profissionais (Semiologia e Comunicação)							
2ª série	Sistema Cardio-Vascular (7)	Sistema Respiratório (8)	Sistema Urinário (9)	Sistema Hematológico (10)	Sistema Digestório (11)	Sistema Endócrino-lógico (12)	Eletivo
Interação Comunitária / Habilidades Profissionais (Semiologia e Comunicação)							
3ª série	Medicina Baseada em Evidências (13)	Mente e Cérebro (14)	Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento (15)	Reprodução e Sexualidade (16)	Eletivo	Envelhecimento (17)	Introdução às Apresentações Clínicas (18)
Interação Comunitária / Habilidades Profissionais (Semiologia e Comunicação)							
4ª série	Apresentação Clínica II	Apresentação Clínica III	Apresentação Clínica IV	Apresentação Clínica V	Apresentação Clínica VI	Pesquisa Clínica e Prática Baseada em Evidências	Eletivo
Interação Comunitária / Habilidades Profissionais Cirúrgicas							
5ª série	Saúde do Adulto I			Saúde Materno-Infantil I			Eletivo
6ª série	Saúde do Adulto II		Saúde Materno-Infantil II		Emergência e Trauma		Eletivo

As atividades semanais dos estudantes são estabelecidas pelo grupo gestor acadêmico, segundo o que se denomina de *semana típica*. A semana típica da 1ª série do curso médico pode ser verificada no Quadro 2.

**Quadro 2 – Representação da Semana Típica da 1ª série do Curso de Medicina 2002**

Período	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
<b>Manhã</b>	Sessão de Tutoria	Habilidades Profissionais	*	Sessão de Tutoria	Conferências
<b>Tarde</b>	*	Atividades Práticas	Interação Comunitária	*	*

\* tempo pró-estudo do estudante ou atividades práticas pré-programadas da unidade

Durante a semana típica, existem períodos sem atividades programadas que podem ser destinados à aprendizagem auto-dirigida do estudante.

Como áreas de suporte e recursos educacionais para a aprendizagem auto-dirigida dos estudantes, os Cursos de Medicina e Enfermagem contam com uma biblioteca, laboratórios de ensino, incluindo LEP - Laboratórios de Ensino em Pequenos Grupos, como o LEP de Integração Morfo-Funcional, LEP de Habilidades Profissionais, subdividido em Área de Comunicação e Semiologia, LEP de Acesso às Informações e o Laboratório de Informática.

Os estudantes têm o apoio de consultores especialistas, a quem podem recorrer fora das sessões de tutoria para esclarecer dúvidas que não conseguem superar por leituras ou nas sessões de tutoria. Cada estudante possui um orientador, desde a primeira série, para acompanhá-lo durante todo o curso. Este orientador é designado aleatoriamente para o estudante, tendo como função orientá-lo, visando à melhoria do seu desempenho de aprendizagem, auxiliá-lo na escolha dos eletivos e facilitar o contato com os responsáveis pelo eletivo para a realização dos mesmos (FAMEMA, 1999).

Os *papéis* desenvolvidos pelo docente passam a ser o de tutor, consultor-especialista da área, responsável pela elaboração de unidades, conferencista, instrutor das habilidades clínicas e cirúrgicas, de comunicação e de informática, instrutor da unidade de interação comunitária e, orientador de estudantes. Nem todos estes papéis são assumidos pelo mesmo docente.

As sessões de tutorias seguem os 10 passos recomendados no capítulo anterior, segundo FAMEMA (2002a). Na primeira sessão de tutoria da unidade educacional, os estudantes elegem um dos problemas para iniciar a unidade. Após a leitura e com base nos objetivos da unidade, discutem o problema e escrevem as questões para a busca e seleção de informação sobre o assunto, bem como utilizam um método de estudo próprio mais adequado. Os estudantes estudam em diferentes fontes bibliográficas e não bibliográficas e levam o que encontraram para discutirem na próxima tutoria. Resolvidas as questões levantadas sobre o problema, os estudantes encerram a discussão e iniciam o estudo de outro problema. Ao finalizarem o estudo do problema, os integrantes do grupo realizam a avaliação formativa oral de cada um dos participantes (estudantes e do tutor) e se auto-avaliam, buscando a melhoria do processo de ensino-aprendizagem. Uma síntese dessas avaliações orais é registrada em um documento, ao final das unidades educacionais, assumindo assim características somativas.

Segundo o Caderno de avaliação da FAMEMA (FAMEMA, 2001, p. 7) “[...] a avaliação do processo de ensino-aprendizagem deve estar completamente integrada e coerente com os princípios do currículo assumindo um papel relevante no controle de qualidade dos programas, no planejamento e na formação profissional.”. Considera-se que avaliar é “[...] emitir um juízo de valor e, para tanto, deve-se obter informações válidas de diversas fontes, nos momentos oportunos para que as evidências reveladas permitam a tomada de decisões previamente estabelecidas.”.

A concepção de avaliação abrange não apenas a verificação do produto da aprendizagem, mas a da avaliação do processo de ensino-aprendizagem, avaliação formativa. As avaliações devem promover a aprendizagem. Por avaliação formativa entende-se a avaliação de desenvolvimento do binômio ensino-aprendizagem, visando a correção, em processo, dos problemas identificados. As avaliações formativas de processo são realizadas na FAMEMA utilizando-se as auto-avaliações que são realizadas pelas pessoas envolvidas nas atividades de ensino-aprendizagem e a avaliação realizada pelos demais membros do grupo sobre o desempenho de cada um. Na avaliação somativa, do produto da aprendizagem do estudante, busca-se avaliar os aspectos cognitivos, as habilidades e as atitudes relacionadas aos objetivos específicos das unidades educacionais/estágios e objetivos gerais do programa. (FAMEMA, 2001).

A avaliação do desempenho do estudante é referenciada em critérios previamente estabelecidos e conhecidos e é realizada por meio da comparação entre o desempenho apresentado e os critérios estabelecidos. Essas informações são formalmente registradas em documentos, em momentos específicos do programa.

Ainda segundo o Caderno de avaliação da FAMEMA (FAMEMA, 2001), a avaliação do estudante é referida mediante atribuição dos conceitos satisfatório ( S ) e insatisfatório ( I ). O critério de aprovação ocorre com a obtenção do conceito satisfatório em todas as unidades de cada série, existindo também um plano de recuperação seguido de nova avaliação.

A avaliação critério-referenciada permite que o estudante conheça o desempenho considerado satisfatório, orientando sua aprendizagem. Além disso, favorece que diferentes coortes de estudantes alcancem padrões semelhantes de desempenho, contribuindo para o estabelecimento de excelência. Permite, ainda, um acompanhamento da progressão das

aprendizagens, reduz a competição entre os estudantes e estabelece um diálogo mais adequado entre professores e estudantes. (FAMEMA, 2003c).

Um dos instrumentos de avaliação das unidades verticais é o exercício de avaliação cognitiva (EAC) aplicado aos estudantes no término das unidades. Esta é constituída por questões relativas a situações problema elaboradas pelo conjunto dos docentes responsáveis pela construção da unidade educacional.

O critério de aprovação para o estudante é, então, a obtenção de conceito satisfatório em todas as questões do EAC. Para as questões com conceitos insatisfatórios será traçado um plano de recuperação sobre aquela área de conhecimento, pelos responsáveis da unidade educacional e discutido com os estudantes. A avaliação do plano de recuperação é chamada 2ª avaliação e, quando necessário, o estudante poderá realizar a 3ª avaliação. O Manual de avaliação do estudante (FAMEMA, 2003c) ressalta que não é a questão que deve ser repetida na reavaliação, e sim, a área do conhecimento que deve ser retestada, na aplicação de uma nova situação-problema. A manutenção do critério insatisfatório na 3ª avaliação reprova o estudante na Unidade e na série.

Outro instrumento de avaliação do desempenho do estudante nas sessões de tutoria, de caráter formativo e somativo, é o documento denominado Formato 3 (ANEXO B, p.220), preenchido no meio e ao final de cada unidade educacional. Para esta avaliação considera-se a capacidade de analisar problemas, formular questões/hipóteses, buscar ativamente informações, selecionar e analisar criticamente as fontes e as informações, desenvolver raciocínio, articular as dimensões biológica, psicológica e social e integrar conteúdos de diversas disciplinas. O formato 3 também avalia atitudes em relação ao trabalho de grupo e ao cumprimento de tarefas (respeito, comunicação, responsabilidade e avaliação).

O plano de recuperação do estudante é traçado pelo tutor para a

recuperação durante a unidade educacional. Caso seja a última unidade da série, o plano de recuperação é verificado por meio da aplicação da avaliação do salto triplo, em que o estudante é observado e avaliado pelo tutor e um responsável da unidade, num exercício que reproduz os passos da sessão de tutoria, porém individualmente (FAMEMA, 2003c).

Outros instrumentos de avaliação são aplicados com menor periodicidade, como o exame clínico de objetivo estruturado – OSCE para a avaliação cognitiva, de habilidades e atitudes. Esta avaliação não é específica para avaliar os estudantes nas unidades educacionais verticais, mas sim um momento de aplicação simulada das aprendizagens dos estudantes com um elevado grau de abrangência.

Os estudantes também preenchem um documento para avaliar o docente-tutor, denominado Formato 4 (ANEXO C, p.221), no meio e ao término da unidade. Tal avaliação possibilita orientar o grupo de docentes da FAMEMA no processo de capacitação e ajuda o próprio docente a identificar estratégias para melhorar seu desempenho enquanto tutor.

Para a formação dos professores-tutores são oferecidas oficinas de trabalho sobre o processo de tutoria e da aprendizagem baseada em problemas, ao longo de 12 semanas, em que são abordados temas como dinâmica de grupo, prática baseada em evidências, bioética e avaliação. O docente ainda assume uma co-tutoria (período médio de 12 semanas) antes de iniciar-se na função de professor-tutor. Atualmente todos os professores da FAMEMA já são capacitados como professores-tutores e continuam sua capacitação permanente em serviço.

O grupo gestor da FAMEMA conta com um Grupo de Avaliação do Programa Educacional, composto por docentes e representantes dos estudantes para dar suporte técnico na qualidade dos programas e no desenvolvimento permanente dos currículos de Medicina e Enfermagem. Este grupo elabora e avalia os instrumentos de avaliação: o das



Unidades Educacionais (preenchidos por estudantes e docentes-tutores), o do desempenho dos estudantes (preenchidos pelo professor-tutor) e o do desempenho dos professores-tutores (preenchidos pelos estudantes). Depois de preenchidos os instrumentos, o Grupo de Avaliação realiza uma análise qualitativa e quantitativa sobre os dados coletados, que pode ser utilizada pelo grupo gestor. Essas avaliações e análises servem como norte para a reconstrução das unidades em cada ano letivo, para a capacitação de professores-tutores e para a avaliação de desempenho dos estudantes registrada pelo professor-tutor.

Em 2003 ocorre nova mudança na Estrutura Curricular em virtude das avaliações das Unidades Educacionais realizadas pelo Grupo de Avaliação do Programa Educacional e do 2º Fórum de Avaliação do Desenvolvimento Curricular Permanente realizado em 2002, com a participação de docentes e estudantes. Um dos desafios identificados é a integração das próprias unidades verticais entre si, por série, e destas com as unidades horizontais: Interação Comunitária e Habilidades Profissionais que ocorrem durante todo o ano letivo. As unidades verticais passam a ser denominadas sistematizadas e as unidades horizontais, de não sistematizadas. A duração das unidades sistematizadas passam a ser semestral. O conteúdo dessas unidades também é readequado, buscando a maior integração entre as Unidades Educacionais.

Segundo o Manual da FAMEMA, já explicita essa integração das Unidades, sendo criada a Unidade de Prática Profissional na 1ª série, em que os estudantes “[...] terão a oportunidade de desenvolver capacidades, estabelecer vínculo e responsabilizar-se pelo atendimento e acompanhamento de pacientes e famílias, focalizando, fundamentalmente, na 1ª série, a identificação de necessidades de saúde.” (FAMEMA, 2003b, p. 17).

A seguir apresenta-se a nova Estrutura Curricular, modificada progressivamente a partir de 2003.

**Quadro 3 – Estrutura Curricular, Curso de Medicina, coorte 2003.**

**1ª série**

Equilíbrio e Habitus	Movimento e Autonomia
Unidade de Prática Profissional – UPP1	

**2ª série**

Sistemas Cardiovascular, Respiratório e Urinário	Sistemas Endocrinológico, Hematológico e Digestório	Eletivo
Interação Comunitária – IC2		
Habilidades Profissionais – HP2		

**3ª série**

O ciclo da vida I	Eletivo	O ciclo da vida II
Interação Comunitária – IC3		Interação Comunitária – IC3
Habilidades Profissionais – HP3		Habilidades Profissionais – HP3

**4ª série**

Eletivo	Apresentações Clínicas I	Apresentações Clínicas II
	Interação Comunitária – IC4	
	Habilidades Profissionais – HP4	

**5ª série**

Saúde do Adulto I	Emergência e Trauma	Saúde Materno- Infantil I	Eletivo/férias
-------------------	---------------------	---------------------------	----------------

**6ª série**

Saúde do Adulto II	Saúde Materno- Infantil II	Eletivo/férias
--------------------	----------------------------	----------------

**Legenda:**

Unidade Equilíbrio e Habitus	Unidades 1, 2 e 3 da Estrutura Curricular até 2002
Unidade Movimento e Autonomia	Unidades 4 e 5/6
Unidade Sistemas Cardiovascular, Respiratório e Urinário	Unidades 7, 8 e 9
Unidade Sistemas Endocrinológico, Hematológico e Digestório	Unidades 10, 11 e 12
Ciclo de Vida I	Unidades 13, 14, 15, 16 e 18
Ciclo de Vida II	Unidades 13, 14, 16, 17 e 18
Apresentações Clínicas I	Apresentações Clínicas 1, 2 e 3
Apresentações Clínicas II	Apresentações Clínicas 4, 5 e 6

A semana típica dos estudantes da coorte da 1ª série de 2003 também sofre alterações, como se apresenta no quadro 4:

**Quadro 4 - Representação da Semana Típica da 1ª série do Curso de Medicina, 2003.**

Período	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
<b>Manhã</b>	Sessão de Tutoria	Unidade de Prática Profissional	*	Sessão de Tutoria	Conferências
<b>Tarde</b>	Unidade de Prática Profissional	*	Unidade de Prática Profissional	*	*

\* tempo pró-estudo do estudante

O Quadro 4 apresenta a alteração das Unidades Educacionais: Habilidades Profissionais e Interação Comunitária, uma vez por semana, para a Unidade de Prática Profissional, com o acréscimo de mais um período para esta Unidade em comparação ao Quadro 2, coorte de 2002. Esta nova unidade que se desenvolve em cenários da prática

profissional implica tanto a aprendizagem como o cuidado efetivo e integral do paciente. (FAMEMA, 2004).

A maior atenção dada à Prática Profissional está presente neste processo de transformação curricular na FAMEMA, tendo em vista que a prática profissional é o eixo de construção curricular.

De acordo com o documento da FAMEMA (FAMEMA, 2003a), a organização curricular está sendo progressivamente orientada para o desenvolvimento do currículo por competência.

## **CAPÍTULO 4 – MÉTODO**

Neste capítulo são apresentados o estudo de caso qualitativo, os sujeitos, a coleta de dados e a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática, empregada na análise dos dados.

### **4.1. A pesquisa qualitativa**

Este tipo de investigação é um estudo de caso, com uma abordagem qualitativa. A opção por esta abordagem se deve ao interesse em analisar o processo de implementação e desenvolvimento da ABP no contexto da Faculdade de Medicina de Marília a partir das concepções de professores, estudantes e gestores sobre a ABP. A abordagem qualitativa é apropriada nesta pesquisa porque se aprofunda no universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos sujeitos da pesquisa, sem uma intenção de os quantificar ou verificar apenas o visível, o manifesto, mas procura extrair deles os significados latentes. (MINAYO, 1999). Para a construção do caso são utilizados dados obtidos de fontes documentais e entrevistas com os sujeitos que participaram desta história.

Lüdke e André (1986) afirmam que um caso pode ser similar a outros, mas é, ao mesmo tempo distinto, pois tem interesses próprios, particulares e singulares. Entre outras características, o estudo de caso procura representar os diferentes, e às vezes conflitantes, pontos de vista presentes numa situação social singular. Assim, podemos afirmar que, no presente estudo, a situação social singular é o método de ensino-aprendizagem adotado pela FAMEMA para o Curso de Medicina e sua distinção se faz com os diferentes pontos de vista sobre a experiência vivida com o método, ou seja, os diferentes pontos de vista de professores-tutores, estudantes e professores-gestores. A ABP no currículo da FAMEMA é tratada como única, pois representa uma situação singular daquela realidade que é multidimensional e historicamente situada. Este estudo é uma investigação sobre a nossa prática a partir de concepções sobre a ABP, considerando que a pesquisadora faz parte integrante do contexto da FAMEMA, do campo do estudo e é participante ativa no processo de construção curricular com ABP.

## **4.2 Sujeitos**

Segundo Minayo (1992, p.103), o critério para a amostragem qualitativa não é numérico e a validade da amostragem “[...] está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões.”. Por isso, os sujeitos escolhidos são docentes-gestores da implementação da ABP na FAMEMA, docentes-tutores e estudantes da 1ª série do Curso de Medicina da FAMEMA.

São entrevistados neste estudo doze estudantes da 1ª série do Curso de Medicina da FAMEMA, no ano de 2002. Não foi escolhido, *a priori*, um determinado número de sujeitos, o critério utilizado foi o de recorrência de conteúdo, isto é, a coleta de dados terminou quando os conteúdos das entrevistas dos estudantes começaram a se repetir. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Para a seleção dos estudantes utilizou-se a lista com os nomes dos mesmos e foram escolhidos os de número par da listagem.

Os estudantes entrevistados têm idade entre 18 e 23 anos, sendo que oito deles são do gênero feminino, todos solteiros, e dois deles tinham iniciado outro curso superior anterior à medicina e não o haviam completado. Três deles estavam realizando projeto científico sem apoio financeiro e outros três estudantes estavam participando de Ligas<sup>1</sup>.

Dos docentes-tutores entrevistados, seis são professores médicos (Clínica Médica, Ortopedia, Preventiva, Psiquiatria, Cirurgia Torácica e Semiologia), e seis não são (Ciências Biomédicas, Psicologia, Biologia, Farmácia, Biologia e Nutrição, Farmácia e Bioquímica). O critério de seleção desses sujeitos foi o de serem docentes-tutores da 1ª série no ano de 2002. Além disso, a escolha de docentes médicos e docentes não médicos, traduz a intenção da pesquisadora de verificar se existia diferença de concepções em função de diferentes formações profissionais. Eles foram escolhidos pelas listagens dos docentes-tutores

da 1ª série, relativas ao primeiro semestre de 2002 ou por estarem sendo tutores no segundo semestre.

Os doze docentes-tutores entrevistados tinham idade de 33 a 51 anos, dos quais sete eram do gênero feminino. Os docentes-tutores que não eram médicos graduaram-se entre 1976 a 1991. Destes, três possuíam doutorado, dois deles mestrado e um estava cursando o doutorado. Os docentes médicos graduaram-se entre 1982 a 1990. Destes, dois deles possuíam pós-doutorado, dois possuíam mestrado e dois especialização. A carga horária de trabalho de dez docentes era de 40 horas semanais na FAMEMA e dois deles tinham jornada de 20 horas semanais.

Além desses docentes foram entrevistados mais dois, que faziam parte do grupo responsável pela gestão, implementação e desenvolvimento curricular na FAMEMA, além de ocuparem função-chave na instituição, indicando que poderiam

---

<sup>1</sup>Ligas- instâncias extra-curriculares, coordenadas por um docente da FAMEMA

fornecer as informações almejadas para este estudo.

Os docentes-gestores eram médicos, graduados há 23 e 25 anos, do gênero masculino, tinham a idade de 48 e 49 anos. Um deles possuía mestrado e o outro estava cursando doutorado. A carga horária de atividades desses docentes-gestores era de 40 horas semanais na FAMEMA.

### **4.3 Coleta de Dados**

Para a realização desta pesquisa, obteve-se inicialmente a autorização

do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FAMEMA, resolução 196/96, protocolo de estudo nº. 0335/00 (ANEXO A, p.218).

O trabalho inicial para a coleta de dados foi a identificação de documentos institucionais existentes na FAMEMA sobre o processo de implantação da mudança curricular e da metodologia da aprendizagem baseada em problemas – ABP, bem como os documentos relativos à evolução deste novo currículo. Para tais procedimentos, foram realizadas leituras dos seguintes documentos: Caderno da Unidade Educacional Neurolocomoção (FAMEMA, 2002c); Guias do processo de ensino-aprendizagem: aprender a aprender (FAMEMA, 1998, 1999, 2002a); Manual FAMEMA (FAMEMA, 2002b), posteriormente, Guia do processo de ensino-aprendizagem: aprender a aprender (FAMEMA, 2003a) e Manual de avaliação do estudante, 2003: curso de medicina (FAMEMA, 2003c). Além destes, foram realizados levantamentos de alguns trabalhos publicados sobre a ABP na FAMEMA.

Cabe salientar que os documentos da FAMEMA não receberam tratamento de análise de conteúdo (BARDIN, 1979), mas foram importantes para contextualizar o tema em estudo e proporcionar informações sobre o caso para serem discutidas a partir dos dados coletados nas entrevistas.

Foram realizadas entrevistas, como instrumento de coleta de dados, para identificar as concepções dos sujeitos sobre a ABP na FAMEMA. A utilização da entrevista traz a vantagem de que as pessoas com as quais entramos em contato respondam todas as questões, o que nem sempre ocorre com a utilização do questionário. Além disso, segundo Lüdke e André (1986), o contato do entrevistador com o entrevistado possibilita esclarecimentos e correções que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas. A intencionalidade com a entrevista é o de captar o que está além das aparências, da superfície



da comunicação, e atingir níveis profundos e reveladores de significados do objeto de estudo (MINAYO, 1992).

Os esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e da entrevista, alguns dias antes da sua realização, sobre o sigilo e o estabelecimento de um local e do tempo médio de duração da entrevista, facilitaram a interação entre a pesquisadora e os entrevistados. Tais informações auxiliam no *enquadre* da entrevista (BLEGER, 1980).

O termo de consentimento foi assinado por todos os participantes da pesquisa após esclarecimentos do estudo, leitura e explicação do termo (APÊNDICE A, p.222).

Entre os tipos de entrevistas, optou-se pela semi-estruturada, na qual se pode ter maior abertura com o entrevistado, como a entrevista é um processo de interação social (GILBERT, 1980; MANZINI, 1991, 2003), outras questões podem emergir durante a mesma, além daquelas do roteiro. Essas perguntas, todavia, foram sempre orientadas pelos objetivos propostos. O roteiro previamente preparado e planejado auxiliou a pesquisadora a conduzir a entrevista para o objetivo pretendido, como afirma Manzini (2003),

[...] apesar de parecer simples, coletar informações por meio de entrevista é uma tarefa complexa e que necessita ser rigorosamente planejada. Esse planejamento estará relacionado intimamente com a qualidade das informações coletadas, os vieses, as interpretações errôneas dos dados (MANZINI, 2003, p.24).

Inicialmente, os roteiros das entrevistas, construídos pela pesquisadora e orientador de acordo com os objetivos da pesquisa, foram apresentados em sala de aula na disciplina de “Coleta de dados por meio de entrevistas e diálogos”, no ano de 2002, no curso de Pós-Graduação em Educação da UNESP de Marília. Posteriormente, esses roteiros foram avaliados por mais dois juízes e três entrevistas piloto (1 docente-gestor, 1 docente-tutor e 1 estudante) foram realizadas como procedimento para sua adequação. Para a análise do roteiro

de entrevista consideram-se três pontos, de acordo com Manzini (2003): (a) formas de perguntas; (b) seqüência das perguntas; e, (c) abrangência do fenômeno estudado. Além disto, procedeu-se à análise das *ações verbais* expressas, segundo o mesmo autor, nas perguntas do roteiro. Segundo Manzini (2003), a expressão ação verbal vem da psicologia da ação que, no Brasil, tem sido utilizada por vários pesquisadores como embasamento teórico para a construção de categorias de análise ou unidades de análise em pesquisas que lidam com interação verbal. A análise das ações verbais tem como objetivo identificar quais as intenções conscientes que se têm com a pergunta e também inferir o que há de oculto na pergunta. Essa análise facilita a inferência a respeito da temática que a pergunta traz.

As três entrevistas piloto realizadas foram gravadas em fitas de áudio e transcritas de forma literal. Os roteiros foram considerados adequados para a coleta de dados, salvo algumas sugestões para facilitar a compreensão das perguntas. Um dos juízes sugeriu a introdução de questão relativa à formação do professor nos roteiros de entrevista dos docentes-gestores, docentes-tutores e dos estudantes, aceita e incluída nos roteiros (APÊNDICES B, C, e D, p.223-225). As entrevistas piloto foram utilizadas na análise dos dados, porque as alterações nos roteiros foram poucas.

Após as três entrevistas piloto e do procedimento para adequação dos roteiros, foram realizadas as entrevistas com mais um docente-gestor, onze docentes-tutores e onze estudantes, também foram gravadas e transcritas de forma literal.

As entrevistas com estudantes, realizadas em ambiente reservado e com duração de 15 a 35 minutos, ocorreram de julho a novembro de 2002, sendo que duas foram remarcadas.

As duas entrevistas com docentes-gestores, realizadas nas salas dos entrevistados, com a duração de 30 a 55 minutos, ocorreram em julho e outubro de 2002. Uma delas foi desmarcada uma vez e remarcada.

As entrevistas com docentes-tutores foram realizadas, em sua maioria, em sala de aula (apenas uma delas ocorreu na sala do docente), com duração de 20 a 55 minutos. Essas entrevistas ocorreram no período de julho a novembro de 2002, sendo que três delas foram desmarcadas e remarcadas novamente.

#### **4.4 Análise dos Dados**

O método utilizado para a análise das entrevistas realizadas com docentes-tutores, estudantes e docentes-gestores, baseou-se na Análise de Conteúdo, modalidade Temática, com ênfase na abordagem qualitativa (BARDIN, 1979).

Segundo Bardin (1979, p.44), a análise de conteúdo “[...] procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça.”. A unidade de registro utilizada foi o tema que é “[...] a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.” (BARDIN, 1979, p.105).

O desenho amostral da análise contemplou os depoimentos de todos os entrevistados, sendo doze estudantes, doze docentes-tutores e dois docentes-gestores do projeto educacional, num total de 26 participantes do estudo.

Para garantir o sigilo, os depoimentos dos participantes foram identificados por códigos. Os códigos expressos pela letra D se referem aos docentes-tutores, seguida por números, do número 1 a 6 se refere aos docentes que não são médicos e do número 7 a 12 se refere aos docentes médicos; os docentes-gestores receberam a letra G, seguida por número e os estudantes foram identificados pela letra E seguida por número.

Durante o percurso de construção deste trabalho, algumas alterações se fizeram necessárias em virtude de troca de orientador e pelo próprio fato de ser um trabalho em construção, passível de novos olhares e direcionamentos. Os objetivos do estudo foram restringidos, antes da análise dos dados. O objetivo de trabalhar com as concepções sobre a abordagem da Ciência-Tecnologia-Sociedade foi suprimido e, por isso, apesar de ter sido abordado nas entrevistas, não foi analisado.

A análise seguiu os seguintes passos propostos por Bardin (1979):

(a) leitura flutuante de cada uma das respostas dos entrevistados, classificados em três conjuntos (docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes), com o objetivo de estabelecer contato com as informações e deixar-se tomar por impressões; (b) registro das idéias que sintetizavam as leituras de cada resposta dos entrevistados; (c) novas leituras buscando identificar os núcleos de sentidos em torno dos quais giravam as falas; e (d) elaboração de um quadro 5 (APÊNDICE E, p.226) com a classificação desses sentidos em classes temáticas, surgidas a partir do material empírico, este último passo foi adaptado pela pesquisadora e orientador.

Foram classificadas três classes temáticas inicialmente: 1) A ABP como método de ensino-aprendizagem 2) A ABP na FAMEMA; 3) A Formação médica e a ABP. Essas classes temáticas contêm subclasses temáticas e transcrições das falas dos entrevistados, como eixo da discussão dos resultados das entrevistas.

As classes temáticas e as subclasses foram analisadas articulando as falas dos docentes-gestores, dos docentes-tutores e dos estudantes.

O Quadro 5 foi elaborado com as classes temáticas, subclasses temáticas e exemplos das falas dos entrevistados (APÊNDICE E, p.226), após ter sido avaliado por dois juízes para a sua adequação. Esses juízes são profissionais da área da saúde, escolhidos pelo orientador desta pesquisa. A eles o quadro foi enviado com a solicitação de

que verificassem se as falas estavam adequadas às classes e sub-classes temáticas. Utilizaram a seguinte classificação: concordo (C), discordo (D) e concordo parcialmente (CP), não sem antes receberem informação sobre o título do trabalho, objetivo e justificativa da pesquisa.

Após a avaliação destes dois juízes, verificou-se o índice de concordância entre os juízes e a pesquisadora, de acordo com Fagundes (1999). O juiz (1) apresentou um índice de concordância com a pesquisadora de 73,08% e o juiz (2), de 88,46%. Após a análise detalhada sobre os dados do quadro, verificou-se que nas classificações em que utilizaram o código (CP) eles, às vezes, sugeriram mudança no nome das sub-classes ou a separação de alguns exemplos em duas sub-classes. Algumas dessas sugestões foram aceitas pela pesquisadora e modificadas. Após reavaliação, o índice de concordância com a pesquisadora, passou a ser juiz (1) 94,87% e juiz (2) 97,43%.

A pesquisadora decidiu também incluir a temática a “*ABP como método de ensino-aprendizagem*” na temática “*A ABP na FAMEMA*”, por considerar ser este um estudo de caso que enfoca as concepções de gestores, docentes e estudantes sobre a ABP da FAMEMA, mesmo que alguns dos entrevistados tenham tido contato com outras instituições que utilizam a ABP.

## **CAPÍTULO 5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao realizar a análise das entrevistas com os docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes quanto ao conteúdo temático, são identificadas duas classes temáticas: 1) *A ABP na FAMEMA* e a 2) *Formação Médica e a ABP*. Essas classes temáticas são constituídas por subclasses que serão apresentadas neste capítulo. As classes temáticas são exemplificadas com as transcrições das falas<sup>1</sup> dos gestores, docentes-tutores e estudantes.

Utilizar a comparação das falas dos gestores, dos docentes-tutores e dos estudantes é um procedimento decorrente da aproximação de suas falas às classes temáticas identificadas pela pesquisadora. Portanto, em cada uma das classes temáticas, sempre que

possível, apresenta-se a ótica dos gestores, docentes-tutores e estudantes, bem como a comparação entre as falas.

---

<sup>1</sup>Vygotsky define a *fala* como sendo o pensamento ligado por palavras que é determinado por um processo histórico-cultural e, acrescenta que em nossa fala há sempre o pensamento oculto, o subtexto. (VYGOTSKY, 1993).

### **5.1 A ABP na FAMEMA**

A classe temática *A ABP na FAMEMA* é constituída por quatro subclasses temáticas: 1) *A ABP como método de ensino-aprendizagem* 2) *Os motivos da implantação da ABP*; 3) *A implementação da ABP na FAMEMA e*, 4) *O desenvolvimento da ABP no currículo (referente até o ano de 2002)*. Tais subclasses também contêm outras subclasses temáticas (APÊNDICE E, p.225). A partir da compreensão da temática *A ABP na FAMEMA*, identifica-se como os gestores, docentes e estudantes concebem a ABP, nos seguintes aspectos: a) como método de ensino-aprendizagem; b) na implementação e no

desenvolvimento da ABP no currículo; c) no processo ensino-aprendizagem; d) nos papéis do tutor e do estudante e, e) na avaliação da aprendizagem.

### **5.1.1 A ABP como método de ensino-aprendizagem**

Após 28 anos da implantação da ABP na Faculdade de Medicina de McMaster no Canadá, como referido no capítulo 3, a Faculdade de Medicina de Marília em 1997, impulsionada pelo ideário UNI na América Latina, pelas tendências de inovação da educação médica mundial e, pela necessidade de reestruturação e reorganização institucional para consolidar-se como Autarquia, inicia mudança curricular e de metodologia na graduação (KOMATSU, 2003).

Para analisar a concepção sobre a ABP, como método de ensino-aprendizagem inserido em um currículo em ABP, quatro subclasses temáticas foram identificadas nas falas de gestores, docentes-tutores e estudantes: *a definição da ABP, os procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem, atitudes do professor-tutor e avaliação da aprendizagem.*

Ao conceituar o que é ABP, cada pessoa destaca o que considera de importante e qual a sua compreensão sobre a ABP. A pesquisadora também elege, entre vários tipos de ABP encontrados na literatura, aquele que considera relevante. Para nós, então, a ABP é considerada um método educacional que focaliza o processo de aprendizagem contínuo e envolve aprendizagens de conhecimentos interdisciplinares, habilidades e atitudes a partir de um problema real ou simulado, em pequeno grupo. Para que essas aprendizagens ocorram, a ABP precisa estar inserida em todo o currículo e não apenas em alguma disciplina



do currículo. De acordo com Charlin, Mann e Hansen (1998), a ABP não é uma técnica de instrução isolada. A concepção que permeia a aprendizagem é a de que ela é construída ativamente pelo estudante, não sendo simplesmente uma memorização dos conhecimentos transmitidos pelo professor.

As concepções dos gestores, docentes-tutores e estudantes sobre a ABP como método de ensino-aprendizagem são apresentadas e discutidas a seguir.

O gestor G2, ao definir a ABP como “uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem” atribuiu-lhe ênfase na construção ativa do conhecimento por parte do estudante, como justifica: “[...] eu tiro o professor do centro do processo de ensino, colocando-o como mais um ator e coloco os alunos, em vez de elementos passivos, como elementos ativos do processo da construção dos conhecimentos”.

Na ABP, o método de ensino-aprendizagem não é o da transmissão de conhecimentos e o papel do estudante é ativo na (re)construção dos conhecimentos, habilidades e atitudes. Ou seja, o enfoque na ABP está na (re) construção dos conhecimentos e na aprendizagem contínua, no papel ativo do estudante frente ao aprender.

O gestor G1 também enfatiza a necessidade de os estudantes serem ativos na construção de seu conhecimento: “[...] vão discutir problemas da realidade e, a partir destes problemas, identificar os objetivos de aprendizagem que vão ser as lacunas de conhecimento que eles têm.”. Nesta visão, a ênfase está na aprendizagem e na postura ativa dos estudantes diante de problemas da realidade a serem estudados. Destaca, então, o estudo de “problemas da realidade” como uma das estratégias de ensino-aprendizagem para propiciar a aprendizagem dos estudantes.

Para o docente-tutor D5, o problema é considerado um “desafio” para a aprendizagem, podendo ser tanto um problema de papel como uma situação encontrada na realidade. O problema é um desafio na medida em que propicie a motivação do estudante para

aprender. Estudos como os de Fasce, Ramirez e Ibanez (1994), entre outros, destacam esse aspecto da motivação gerada pela ABP. Compreendemos que o fazer sentido da aprendizagem ao estudante pode ser mais provável de acontecer na ABP ao procurar aproximar a teoria da prática profissional por meio de problemas simulados ou reais da prática médica.

O docente-tutor D1 também a reconhece como uma metodologia centrada no estudante e acrescenta que o papel do professor é muito importante, mas que o professor trabalha “[...] num nível horizontal com o estudante; o estudante é quem assume em primeira pessoa depois [...]” e acrescentou: “[...] nós queremos também é... ver o indivíduo como um todo nas dimensões psicológicas, biológicas e sociais [...]”. Percebem-se, pois, dois aspectos acrescentados às falas citadas anteriormente: a) o professor é necessário neste processo de aprender; e b) a ampliação do estudo dos problemas de saúde com integração da dimensão biológica a psicossocial. Segundo Lima (2000), o currículo da FAMEMA procura deixar explícita a necessidade de articulação das dimensões biopsicossociais, constituindo-se em um dos passos da ABP.

Ainda esse docente-tutor D1, talvez por valorizar a integração destas dimensões, reconhece que “[...] quando se procura fazer alguma coisa em parceria com a comunidade, a comunidade deixa de ser um instrumento de... um local de aprendizado, e passa a ser um parceiro. O estudante já aprende a se relacionar com a comunidade, com os parceiros.”.

Nesse sentido, a ABP da FAMEMA parece se aproximar da aprendizagem baseada na prática (BARROWS, 1994), ou seja, há vinculação do estudo dos problemas simulados com o estudo e intervenção nos problemas da prática profissional, na comunidade.

O docente-tutor D4 enfatiza também a atenção à comunidade: “[...] o

método desenvolvido na Faculdade de Medicina de Marília, [...] é centrado em três premissas: baseado em problemas, centrado no estudante e com atenção à comunidade”. Os docentes entrevistados destacam um dos princípios do currículo em ABP da FAMEMA que é a mudança na atenção à saúde, que prevê também a saída dos estudantes dos muros institucionais, com a aproximação, desde a 1ª série à prática profissional.

Santos (1994), ao se referir sobre a História da ABP e a reestruturação curricular, considera esses três aspectos do programa tutorial: 1) centrado no estudante, 2) baseado no estudo de problemas e 3) ênfase na integração com a comunidade. Inclui, ainda, a abolição dos exames escritos, único aspecto não adotado pela FAMEMA.

Segundo o docente-tutor D6, a ABP, é “uma metodologia centrada também na mudança de currículo [...] de sair de um currículo compartimentalizado para um currículo integrado, no caso da Medicina, a integração básico-clínica”. Além desse aspecto destaca também o processo ativo de aprendizagem do estudante, baseado em problemas da “vida real”. Esse docente explicita a intenção e operacionalização institucional da integração das ciências básicas e clínicas com a mudança de todo o currículo.

Resumindo, esses docentes-tutores, que não são médicos, aproximam-se de uma concepção sobre a ABP centrada na aprendizagem do estudante, numa postura ativa do estudante, na qual se utilizam estratégias de ensino-aprendizagem. Tais estratégias são baseadas em problemas reais ou simulados e podem propiciar a motivação dos estudantes para aprender e integrar os conhecimentos das ciências básicas e clínicas, além da aproximação da teoria com a prática profissional, desde a 1ª série. Alguns destacam mais um destes aspectos do que outros. Comparando as falas destes docentes, verificamos que a questão das dimensões biopsicossociais foi valorizada por dois docentes médicos e por um que não é médico, ainda que dois docentes não médicos tenham valorizado a integração básico-clínica. Sabemos que, com a integração das dimensões, estaremos articulando conseqüentemente as ciências básicas

e clínicas. Talvez os docentes que não são médicos (geralmente são das ciências básicas) se preocupem mais com a articulação das ciências e os que são médicos, com a ampliação sobre a compreensão da pessoa nas dimensões biopsicossociais.

Outro aspecto valorizado, tanto por docente-tutor que não é médico quanto por docente-tutor médico, é considerar a ABP como uma estratégia para preparar o estudante para uma educação contínua. O docente-tutor D9 refere que o estudante: “[...] vai ter que aprender a buscar informação, fazer análise crítica dessa informação, transformar essa informação para a prática no contexto real.”. A noção dessa aprendizagem continuada se contrapõe à de aprendizado como algo pronto, acabado, ou seja, fica clara a noção de aprender por toda a vida.

De uma maneira geral, todos os docentes-tutores e os docentes-gestores entrevistados sobre a ABP consideram-na uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem e nenhum deles se referiu à sua utilização em disciplinas, mas, no currículo.

Quando analisamos as respostas dos estudantes sobre esse tema, verificamos que eles não utilizam a denominação de *metodologia ativa*, mas definem a ABP com a seguinte expressão: “aprender a aprender” (E1), já presente no Guia do processo de ensino-aprendizagem, fornecido no início do curso aos estudantes na FAMEMA (FAMEMA, 2002a). Na fala do estudante E1 não há ênfase no problema, como meio ou estratégia de ensino-aprendizagem, mas transparece a valorização da construção ativa do conhecimento em vez da recepção passiva da informação, como ocorre no método de ensino por transmissão de conhecimento. Segundo E1,

O PBL para mim é o que você... vai começar a aprender a aprender, porque até então a gente tava num método tradicional onde a gente só absorve informação, então a gente nunca, até ter entrado aqui, a gente nunca tinha prestado a atenção a aprender a aprender. Sabe, a gente tava muito condicionado a só absorver. [...] e o mais importante é que ele está me ensinando a como eu aprender alguma coisa. Acho que independente se ele é baseado em problemas ou no que ele é baseado, eu tô aprendendo a ter conhecimento [...] (E1).

Mesmo que para esse estudante a aprendizagem contextual não seja tão valorizada (talvez a valorização da teoria e da prática ainda não lhe faça sentido) o que tem valor é a sua postura ativa para a construção do conhecimento.

Diferentemente, com menos entusiasmo, o estudante E4 define a ABP como “[...] um método mais voltado para a prática, um método que a gente tem que ser bem autodidata, e que tem várias falhas”. O termo autodidata presente aponta para o demérito do método, o que pode ser verificado também em outras falas deste estudante: “Então, o volume de matérias que é exigido é muita coisa, eu sozinha. Eu acho que tem muita coisa que não é sozinha que a gente aprende, sabe?” Provavelmente, este estudante ainda não acredita na possibilidade da construção do seu conhecimento de maneira ativa e não reconhece o papel do professor-tutor como o de um facilitador ou mediador na construção do conhecimento.

Os estudantes E9 e E12 destacam, em suas falas, o fato de se trabalhar com problemas: “[...] é um método bem diferente e que a gente trabalha em cima de hipóteses, a partir de um problema, de um caso [...]” (E9) ou ainda “[...] estudos em pequenos grupos baseados em casos... quadros clínicos” (E12).

Em relação aos objetivos de aprendizagem na 1ª série, os estudantes E9 e E11 têm uma compreensão diferente. E9 compreende que é necessário estudar tudo sobre o problema apresentado: “[...] a gente tem que saber tudo a respeito daquilo ali, desde o mais básico até a recuperação do paciente”. Para E11: “[...] a gente tem o problema, mas não é para estudar a doença agora. A gente tem o problema pra estudar o reflexo, como é que é, da via piramidal, da via não sei o quê, para a gente saber o básico mesmo”. A compreensão do estudante E11 está coerente com a apresentada no Caderno da Unidade Educacional Neurolocomoção (FAMEMA, 2002c), segundo o qual esses estudantes mostram compreensão diferente dos objetivos de aprendizagem para a primeira série, provavelmente devido às

diferentes experiências em grupos conduzidos por tutores diferentes e com compreensão diferente do processo de ensino-aprendizagem.

Diferentemente dos conceitos dos docentes-tutores e gestores sobre ABP, alguns estudantes se posicionam quanto à noção de ser um estudante ativo neste processo de ensino-aprendizagem, usando termos como “responsabilidade” (E5; E6); “é muito mais força de vontade” (E6); “ter muita disposição” (E7); e “maturidade” (E8). Existe, na concepção desses estudantes, a necessidade de o estudante mudar atitudes e saber que a sua aprendizagem depende de si próprio, que é impulsionada pela motivação interna.

Apesar de os gestores, docentes-tutores e estudantes utilizarem *definições* com expressões diferentes ou com mais destaque a algum aspecto do método (metodologia ativa; centrada no estudante; baseada em problemas; atenção à comunidade; centrada na mudança do currículo...), todos consideram a ABP como um novo método de ensino-aprendizagem que se contrapõe aos métodos de ensino por transmissão de conhecimentos, denominado por eles de método tradicional. Parece também que, para alguns estudantes, a crença no método de ensino por transmissão, utilizado até o cursinho para o vestibular, continua presente ainda no 2º semestre da 1ª série do curso médico, pois alguns estudantes mostram resistência à aprendizagem baseada em problemas. Alguns, ao falarem sobre a ABP, expressam emoções negativas que revelam um sentimento de solidão, por se considerarem autodidatas, atitude que não está coerente com o que a FAMEMA prescreve sobre a ABP, como no Guia do processo de ensino-aprendizagem: aprender a aprender (FAMEMA, 2002a). Alguns estudantes mostram, com estes sentimentos, a não compreensão do papel do tutor, do consultor e do orientador diante de dificuldades para aprender no processo de aprendizagem.

A *estratégia de ensino-aprendizagem* comum a todos os tipos de ABP encontrados na literatura é a utilização de problemas da realidade. A utilização de pequenos

grupos, entretanto não é única, como menciona o gestor G1, pois os problemas da realidade podem ser “[...] discutidos em pequenos grupos ou pode ser em alguns lugares são praticados em até grandes grupos [...]”. O gestor G2 fala sobre a importância dos pequenos grupos para diminuir a distância entre os estudantes e o docente, para diminuir a relação de poder e, com isso, mudar também a concepção de *avaliação da aprendizagem* dos estudantes. G2 acrescenta a respeito do trabalho em pequeno grupo: “[...] não só pela proximidade, mas também porque a metodologia envolve um processo de avaliação que tira aquela formação punitiva e coloca uma avaliação motivadora e formativa.”. Aqui, a concepção subjacente é a de que a ênfase nas relações não é mais a autoridade do professor, que avalia apenas o produto da aprendizagem do estudante. O professor avalia o processo de aprendizagem do estudante, ao mesmo tempo que também se auto-avalia e é avaliado pelos estudantes no seu desempenho como professor-tutor. Nesse sentido, o professor é também um aprendiz entre outros aprendizes. Isso conduz à desmistificação latente do poder, da crença do saber absoluto do professor.

*A atitude do professor-tutor* em relação ao que se exige no desempenho do estudante também muda, segundo a concepção do gestor G2. No ensino tradicional, o tipo de avaliação utilizada é geralmente a somativa, de resultado da aprendizagem ou de produto, exigindo-se que todos adquiram os conteúdos na média esperada para passar de ano. Na ABP, de acordo com o gestor G2, existe o respeito maior às individualidades, ao ritmo do estudante para aprender, apesar da obrigatoriedade em relação à tomada de decisão grupal sobre os objetivos a serem estudados;

[...] eu respeito as individualidades, apesar de trabalhar muito na obrigatoriedade, na coletividade, quer dizer, trabalhar em grupo, mas eu respeito os tempos das pessoas, as maneiras como é que elas se colocam, como é que elas montam suas estratégias de aprendizagem e não obrigo a um esquema pré fabricado que ou você se enquadra naquele modelo ou você está fora. (G2).

Nesse sentido, mudar o método de ensino-aprendizagem significa,

então, mudar o processo de avaliação, as relações professor-estudante e as relações entre os próprios estudantes.

O docente-tutor D5 enfatiza também a importância do trabalho com pequenos grupos como uma estratégia para “[...] desenvolvimento em termos de atitude, de atitude de trabalho em grupo [...]”. Tanto o gestor G2 quanto o docente-tutor D5 percebem a valorização de uma aprendizagem que vai além da dimensão cognitiva, que inclui tanto a aprendizagem que implica mudanças de atitudes e valores dos estudantes como também do professor, facilitada pelo trabalho em pequenos grupos colaborativos.

Para definir a ABP, alguns docentes-tutores e um gestor explicam *os procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem* destacando: a) discussão sobre o problema; b) levantamento de hipóteses e c) a formulação de questões de aprendizagem para preencher as lacunas de conhecimentos. Constatamos que a minoria deles salienta a importância dos conhecimentos prévios dos estudantes sobre o problema em estudo, a maioria fica na menção do aspecto “discussão” do problema.

Ausubel, Novak e Hanesian (1980) e Coll (2000) salientam a importância de identificar o que o estudante conhece para que, a partir desse conhecimento, o professor ensine o estudante ou, no caso da ABP, para que o professor possa facilitar o levantamento de hipóteses e de questões de aprendizagem para serem respondidas posteriormente. A ênfase nos conhecimentos prévios traz a concepção de que o estudante não é uma *tábula rasa*, vazia. Ele sempre traz experiências e conhecimentos prévios sobre o assunto ou problema, sejam conhecimentos do senso comum, científico, religioso ou filosófico, e existe a possibilidade da (re)construção desses conhecimentos para poder aplicá-los, no caso, ao problema, explicando-o ou, às vezes, resolvendo-o. Talvez ainda falte para os entrevistados uma efetiva compreensão sobre a importância dos conhecimentos prévios na aprendizagem dos estudantes, ou seja, a consideração de que os conhecimentos prévios, além



de permitirem realizar relações iniciais com o novo conteúdo, são os fundamentos da construção dos novos significados. Conforme Miras (1999, p.61), “Uma aprendizagem é tanto mais significativa quanto mais relações com sentido o aluno for capaz de estabelecer entre o que já conhece, seus conhecimentos prévios, e o novo conteúdo que lhe é apresentado como objeto de aprendizagem.”.

Em relação à formulação de questões de aprendizagem, os estudantes precisam desenvolver, na ABP, a própria elaboração das questões de aprendizagem, a busca e a seleção de conhecimentos, habilidades consideradas uns dos passos das sessões de tutoria segundo Barrows e Tamblyn (1980), Komatsu (2003) e Mamede (2001).

O docente-tutor D5 elege as habilidades de aprendizagem como um dos aspectos importantes do método de ensino-aprendizagem ABP e afirma que o estudante desenvolve uma atitude crítica diante das informações, porque ele tem que “[...] identificar o que serve e o que não serve para ele resolver as questões [...]” (D5).

Outro aspecto presente nas falas dos docentes-tutores e gestores é a referência de alguns ao estudo do problema nas dimensões biológica, psicológica e social. Segundo o docente-tutor D10, “[...] eles vão estudar a questão biológica, a questão social, a questão psicológica e como que isso, essas três dimensões, estariam se imbricando na causa das doenças.”.

Alguns estudantes também procuram definir a ABP a partir dos *procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem*, como refere o estudante E2:

A Faculdade ela te dá os problemas e te dá os laboratórios, uma coisa mais geral, um espaço, uma estrutura. Eles te dão uma estrutura, você tem que ir atrás, você tem que se aprofundar, correr pelos objetivos e procurar seus próprios livros, optar pelas suas próprias fontes. Não é como no tradicional que eles vão lá e te dão [...] (E2).

Os entrevistados caracterizam o ensino-aprendizagem em ABP com *procedimentos e estratégias* que possibilitam a (re)construção do conhecimento a partir de problemas da realidade e não simplesmente a repetição do que o professor transmite de conteúdos aos estudantes e que, muitas vezes, são esquecidos posteriormente. Algumas diferenças encontradas no que os entrevistados salientam como mais importante nos *procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem* - atividade em pequenos grupos; articulação das dimensões biopsicossociais; problemas; levantamento de hipóteses e questões de aprendizagem, laboratórios... - podem ser justificados por valores pessoais e pelo processo de mudança e reconstrução das suas concepções de ensino-aprendizagem.

Parece que os gestores têm uma concepção mais geral sobre a ABP, talvez por terem conhecido outras instituições que utilizam a ABP, ou terem estudado previamente o assunto. Os docentes-tutores têm uma concepção sobre a ABP mais restrita ao âmbito curricular da FAMEMA, ao passo que os estudantes têm uma concepção mais restrita ainda sobre a ABP porque, há menos de um ano, experienciam a aprendizagem em ABP.

### **5.1.2 Motivos da implantação da ABP na FAMEMA**

Ao escrever sobre implantação da ABP na FAMEMA, precisamos contextualizá-la no cenário de uma Faculdade de Medicina que, por alguns motivos, tomou a decisão de mudar o currículo e o método de ensino-aprendizagem. Aqui, esta contextualização é feita por meio dos depoimentos dos gestores e de um docente-tutor.

Um dos gestores resgatou a História da FAMEMA, para depois falar sobre os motivos da implantação da ABP na instituição, como exemplificado abaixo:

[...] uma faculdade que nasce na década de 60, como todas as outras e que tem como modelo as faculdades mais tradicionais, com o ensino centrado no professor, altamente científico, biológico, acompanhando a evolução das especialidades que

começam a ganhar mais poder. Só que ela já nasce como uma cópia piorada dos modelos tradicionais que existiam, piorada porque ela não tinha os mesmos recursos, os professores não tinham a mesma capacitação. [...] ela forma muitas pessoas que acabam voltando para a escola [...] e começam a disputar o poder dentro da escola. [...] elas têm essa crítica sobre a escola [...] conseguem chegar ao poder, aí todas as suas idéias começam a passar a ser desafios, elas começam as suas capacitações e aí começam a estudar, concorrem ao programa UNI lançado pela Kellogg, e conseguem ser uma das escolas escolhidas. A partir daí elas passam a ter uma sustentação não só financeira, mas técnica, um apoio técnico também e até político para abrir portas e passam a estudar como é, quer dizer, aquelas idéias viraram desafios, como é que isso poderia servir na prática. Então, aliada à tomada de poder, conseguem uma boa articulação política e estadualizam a faculdade, têm o apoio da Fundação Kellogg em todos os sentidos no Programa UNI, tem uma inquietação de melhorar [...]. (G2).

O gestor G2 fala do descontentamento dos gestores com o que existia.

Além disso, os professores e estudantes, consultados por meio de um questionário, expressam também seu descontentamento com o curso e a necessidade de mudança (LIMA, 2000). Pode-se, então, perceber que este processo de mudança surge da necessidade da comunidade acadêmica que por receber o apoio da Fundação Kellogg, com o Programa UNI, e pela estadualização, pôde concretizar a implantação da mudança curricular e do método, com o objetivo de articular novas práticas profissionais.

O Gestor G2 explicita a necessidade de mudanças na educação médica articulada à prática do profissional de saúde: “[...] o que estava não satisfazia, não só em termos de modelo de ensino, mas no modelo de atenção à saúde”. Desta maneira, novas práticas profissionais precisariam ser construídas também. Atualmente o Programa de incentivo às mudanças dos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED) tem contribuído no investimento e apoio à mudança no ensino-aprendizagem, à produção de conhecimento e à assistência de acordo com as necessidades do SUS. Com este programa, a FAMEMA tem continuado a construção permanente de seu currículo, investindo, principalmente, no modelo de assistência à saúde.

Na concepção do docente-tutor D11, a opção pela ABP estava na crença “[...] de que ela é capaz de formar um profissional um pouquinho mais pronto para atender às

necessidades da população”. O docente também destaca a necessidade de a escola preparar melhor os estudantes para atuarem na prática profissional.

Este grupo de gestores do projeto político pedagógico da FAMEMA acreditava na mudança e iniciava um processo de *implementação da ABP na FAMEMA*, além de promover um movimento político, segundo Komatsu (2003), para estabelecer acordos da Instituição com outros órgãos da saúde, como a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, com as associações de moradores e comunidades organizadas do Município, tendo o apoio do Projeto UNI. Estas mudanças implicavam implementações tanto no currículo quanto no método de ensino-aprendizagem, bem como atenção à saúde diretamente ligada à organização do Sistema Municipal de Saúde de Marília.

### **5.1.3 A implementação da ABP na FAMEMA**

Os gestores e um docente D5 referem-se às *estratégias de implementação*. Para o gestor G1, a equipe inicialmente era pequena e contava com os consultores de McMaster e foi aos poucos “[...] incorporando outros docentes à medida que o currículo foi sendo desenvolvido [...]”, acrescenta que a construção de um currículo feito inicialmente por sistemas foi um “risco assumido” porque “[...] sabia que isso era um fator que seria possivelmente um fator de seqüestro por especialidades, mas por outro lado politicamente ele era um fator de convencimento das pessoas, que as pessoas conseguiriam se enxergar dentro dos sistemas [...]”. Iniciar por apresentações clínicas seria difícil para as “[...]”

peças estarem se enxergando”. Essa fala destaca a resistência dos especialistas à mudança curricular e de método de ensino-aprendizagem, provavelmente por terem tido uma formação fragmentada, de especialistas em uma área de conhecimento e que possuíam, por este motivo, a concentração de poder pelo saber especializado em uma área específica de conhecimento. Parece que a atitude dos gestores envolvia uma tomada de decisão que refletia a necessidade de adesão dos professores. Ao mesmo tempo, existia a crença no investimento da formação das pessoas que poderiam mudar suas concepções e práticas tanto pedagógica como profissional.

A fala do docente-tutor D5 endossa as intenções dos gestores em relação às *estratégias de implementação*:

[...] foi visto currículo de um monte de lugares e aí foi montado um que atendia nossas necessidades. [...] tinha necessidade propriamente da formação do estudante, mas também tinha uma necessidade de as pessoas se sentirem contempladas dentro do currículo. Assim, das especialidades se verem dentro do currículo, das pessoas não ficarem perdidas achando que tudo acabou [...]. (D5).

Este docente-tutor D5, que não é médico, é o único a explicar o temor dos docentes-especialistas em perder o seu espaço no novo currículo, concordando com os gestores (G1 e G2) que foi uma atitude “politicamente interessante” para implementação da ABP no novo currículo. Consideramos que possibilitar mudanças significa poder respeitar as diferenças pessoais e, concomitantemente, articular intervenções para que a mudança almejada possa ser consolidada paulatinamente, gerando novos conflitos na prática dos professores e articulando estratégias de desenvolvimento permanente do currículo. Parece ser este o trajeto da FAMEMA, que tem propiciado momentos de reflexão sobre o desenvolvimento curricular e avaliações constantes sobre as unidades educacionais por parte dos estudantes e docentes. Nessas avaliações são identificados limites e potencialidades da organização curricular e elas ainda contribuem para a tomada de decisões na construção

permanente do currículo. A partir de 2003, para maior articulação e integração de disciplinas e das dimensões biológica, psicológica e social e, principalmente maior integração teórico-prática e compromisso social da FAMEMA, inicia-se a (re)construção do currículo, baseado em competências e em prática profissional.

*A implementação da ABP na FAMEMA deve levar em consideração diferentes concepções sobre o método. Isso significa utilizar estratégias de implementação que facilitem sua adesão pela comunidade acadêmica. Seja como adaptações do método ABP, seja como o método ABP próprio de cada instituição; isso implica certamente concepções diferentes sobre o método de ensino-aprendizagem ABP. O gestor G2 explicita a sua concepção ao afirmar que:*

[...] eu não acho que são adaptações, eu acho que é o modelo daqui mesmo, eu acho que é o modelo Marília que tem como uma das ferramentas num eixo muito... uma ferramenta trabalhar grandes eixos, o eixo da prática, o eixo da construção do processo ensino-aprendizagem, o eixo dos novos cenários, da produção de conhecimento. Enfim... então, eu não acho que são adaptações, eu acho que é o que foi construído com o que foi sendo apropriado e discutido. (G2).

Ao explicitar a sua concepção sobre a ABP, que parece estar diretamente ligada aos sujeitos que implementam uma mudança curricular e metodológica e a um contexto histórico, cultural e sócio-econômico, G2 nega a possibilidade de alguém transmitir um saber teórico e uma prática pedagógica e profissional, como se ela pudesse ser reproduzida a partir de outros contextos. Segundo ainda este gestor (G2): “[...] nós vimos vários modelos funcionando e cada modelo é um modelo e que aqui ia ser um modelo que é o modelo de Marília”.

O gestor G1 afirma que houve *adaptações do método de ensino-aprendizagem ABP* das duas grandes escolas em ABP, McMaster e Maastricht, para Marília, utilizando-se alguma coisa de cada uma delas. Considera que tudo foi adaptado “[...] às nossas questões locais, financeiras e tudo isso aí”. Esse gestor (G1) nomeou o método de Marília

como “um McMaastriichtMarília”. G1 compreende também que o contexto onde se implanta uma mudança na educação determina a sua prática, mesmo que sob a influência da experiência de outras práticas pregressas.

Os sujeitos envolvidos nesse processo de implementação da ABP na FAMEMA têm expressão na tomada de decisão. Considerando o contexto onde trabalham e as contradições existentes, a opção é construir a ABP adaptada à realidade da FAMEMA.

O novo currículo médico e o método de ensino-aprendizagem ABP foram implantados na FAMEMA em 1997, iniciando-se pela 1ª série do curso de medicina e vêm se desenvolvendo até hoje, 2004. Este desenvolvimento está sob a avaliação da comunidade acadêmica interna e externa. De maneira interna, pelo trabalho do Grupo de Avaliação do Programa Educacional, os Fóruns Anuais de Avaliação Permanente do Currículo e pelas avaliações informais. De maneira externa, com os exames nacionais realizados pelo Ministério de Educação, o chamado Provão, que avalia apenas a aprendizagem cognitiva dos estudantes nos Cursos de Medicina. A FAMEMA obteve o sétimo lugar entre as escolas de medicina do Brasil e o conceito A, na última avaliação realizada em 2003; dados não oficiais. (WEINBERG, 2004).

#### **5.1.4. O desenvolvimento da ABP no currículo**

Introduzir a subclasse temática - *o desenvolvimento da ABP no currículo* inserida na temática *a ABP na FAMEMA* - significa, neste estudo, discutir sobre processo de mudança; avaliação dos aspectos positivos e negativos da ABP; objetivos a serem alcançados; avaliação sobre a capacitação do professor-tutor; avaliação da participação dos

professores e estudantes no currículo em ABP; papel do professor-tutor e do estudante; processo de construção das unidades educacionais; concepções e mudanças sobre o processo de ensino-aprendizagem; procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem; avaliação da aprendizagem; avaliação do currículo; dificuldade de aprendizagem e estratégias para sua superação; estratégias para superação das dificuldades dos estudantes com o método e, finalmente, expectativas dos professores, gestores e estudantes em relação à ABP no currículo da FAMEMA.

É necessário inicialmente reconhecer que o desenvolvimento do currículo e da ABP na FAMEMA implica mudanças e conflitos cognitivos e emocionais, tanto em relação às atitudes, quanto em relação à compreensão a respeito do que é aprendizagem, como se aprende, como se ensina, e ainda, sobre o como e o que se avalia. As respostas a essas questões podem envolver mudanças internas nos docentes e estudantes que se evidenciarão em sua prática profissional. Muitas vezes essas mudanças implicam reformulações de teorias ao entrarem em conflito com outras. O estudo de De Grave, Dolmans e Van Der Vleuten (1999) mostra a importância de identificar essas teorias pessoais para a efetivação da ABP.

#### **5.1.4.1 Processo de mudanças dos/sobre os professores**

A subclasse temática identificada nas falas dos docentes e estudantes, diretamente ligada ao aspecto de *processo de mudanças dos docentes e estudantes com a ABP na FAMEMA*, considera que tanto os docentes quanto os estudantes tiveram, principalmente, experiências de ensino-aprendizagem no ensino tradicional. Essa subclasse temática inclui



tanto a percepção do docente sobre o próprio *processo de mudança*, como a dos gestores sobre o *processo de mudanças* dos docentes com o método de ensino-aprendizagem ABP. Por *processo de mudança* entendemos como reagiram estudantes e docentes-tutores diante do impacto inicial e como estão hoje com a ABP.

As falas dos gestores coincidem a respeito da reação dos docentes à ABP. Para o gestor G2: “O processo de adesão inicial foi muito baixo, espontâneo foi baixo. [...] e o próprio processo de implantação foi ganhando adesões. Então, eu imagino que hoje o processo de adesão é muito grande. É lógico que devem existir os frontalmente não é... ele não é um consenso [...]”. O gestor G1 concorda: “Inicialmente [reagiram] muito mal [...]” e atribui a alguns fatores essa reação: 1) perda de poder do docente em decidir o que ensinar; 2) aumento de responsabilidade do docente em ter de assumir vários papéis como tutor, orientador, coordenador de unidade, construtor de unidade, preceptor de habilidades; e 3) descrédito no estudante que não seria capaz de buscar as informações, por ser considerado imaturo.

Os estudantes também já haviam mencionado que a ABP implicava aumento de responsabilidade para ele. Nessa última fala do gestor G1 também enfoca o aumento da responsabilidade do professor, como algo que dificultava a adesão à ABP. Parece que tanto estudantes quanto professores têm o mesmo desejo, o de evitar maior responsabilidade. A perda do poder do professor também já foi discutida anteriormente e a descrença na atitude ativa do estudante revela a crença de que se aprende apenas ao se receberem conteúdos pela transmissão ou que é preciso haver maturidade para se buscar a informação, esquecendo-se de inúmeras atividades que, quando crianças, se envolveram de maneira ativa e espontânea para aprender algo.

Três docentes-tutores discorrem a respeito do seu *processo de mudanças* em relação ao método. Dois deles consideram que demoraram a se aproximar do

método porque o achavam um “absurdo” ou uma “loucura”. O docente-tutor D7, não acreditava que os estudantes conseguiriam “ir atrás de tudo”, mas, ao se aproximar como co-tutor, reconhece que mudou sua percepção sobre o método: “Eu mudei a partir do momento que eu comecei a participar [...]”. Segundo o docente-tutor D2, “Eu me surpreendi”.

O fato de se aproximar do método, de participar parece que contribui para mudar a opinião dos docentes-tutores sobre o método, mas a avaliação do docente-tutor D10 mostra que mudar a opinião sobre o método não implica necessariamente, mudar totalmente a sua prática pedagógica:

Como a gente está começando, quer dizer, faz seis anos que a gente está no método, mas eu acho que é começo ainda, eu vejo assim, eu vejo que é algo difícil de ser implantado, até em função de que eu aprendi no método antigo, então eu ainda tenho um ranço desse método antigo, que em alguns momentos eu acabo ainda funcionando daquela forma... então, eu acho assim, os problemas que a gente tem hoje é por, não sei se é bem desconhecimento do método, acho que não, a gente está conhecendo, a gente está estudando, mas é uma dificuldade de colocar isso em prática em função, eu acredito, de coisas nossas. (D10).

Segundo De Grave, Dolmans e Van der Vleuten (1999), os tutores não são *tábulas rasas* e desenvolvem com o passar dos anos concepções de ensino e aprendizagem que poderão ser diferentes. As falas citadas anteriormente parecem mostrar que embora possa ser conflituoso e difícil transformar essas concepções pautadas na crença da transmissão do conhecimento e mudar o fazer, a prática pedagógica, essas dificuldades não impedem que as mudanças aconteçam.

Após seis anos com o método de ensino-aprendizagem ABP, os gestores e docentes-tutores parecem que têm o consenso de que o processo de mudança está mais fortalecido, apesar de D10 assumir: “[...] eu ainda tenho um ranço desse método antigo, que, em alguns momentos, eu acabo ainda funcionando daquela forma [...]”.

#### 5.1.4.2 Processo de mudanças dos/sobre os estudantes

A subclasse temática, o *processo de mudanças dos estudantes com a ABP*, do ponto de vista destes e na opinião dos gestores e docentes-tutores, está implícita nas falas ao se referirem ao impacto inicial e como estão hoje os estudantes com a ABP.

Para o gestor G2, os estudantes vêm de um modelo de ensino,

[...] totalmente diferente, onde a competição era a regra, onde o individualismo era a regra [...] para um modelo que divide a responsabilidade do processo de ensino-aprendizagem com eles, que eles não estão acostumados com isso, estão acostumados a receber passivamente. Isso assustou muito os alunos. (G2).

O gestor G1 também fala do “choque grande” para os estudantes que vêm do cursinho e que têm de aumentar a sua responsabilidade no processo de ensino-aprendizagem. As falas dos gestores se atêm às reações iniciais dos estudantes à ABP.

O docente-tutor D8 considera que os estudantes estão a cada ano trabalhando melhor com a ABP, expressando-se assim: “[...] parece que eles estão mais conscientes do método e da necessidade do mundo ai fora e tentam reproduzir isso, buscando, sendo mais empenhados e etc.”. Talvez o impacto inicial considerado pelos gestores em relação aos estudantes já tenha diminuído após seis anos do curso com ABP e as trocas de experiências entre os estudantes veteranos estejam ajudando os estudantes que iniciam o curso a vivenciarem este processo de mudança com menos sofrimento.

O docente D2 considera que existe um perfil de estudantes que se adaptam à ABP: “[...] não é qualquer estudante que tem o perfil para o PBL, eu acho que não”. O docente-tutor D6 também concorda com este aspecto do perfil do estudante para se adaptar ao método e ainda acrescenta a questão da maturidade do estudante, considera que os mais jovens têm mais dificuldade em se adaptar à ABP. Esse docente-tutor D6 percebe

diferença entre os estudantes, e os classifica em duas turmas: 1) os que se adaptam ao método e querem aprender; e 2) os que não aceitam o método e querem se formar, e esses geralmente são os mais jovens. Esse docente-tutor associa o grau de adaptação ao grau de maturidade do estudante, acreditando que a adaptação depende da maturidade vinculada à idade do estudante, opinião discordante da do gestor G1, que afirma:

[...] havia um descrédito, de que o nosso estudante não era capaz de ir à busca de informação, não estava suficientemente maduro para isto, e a gente sempre defendeu o contrário, porque na experiência européia o estudante tem mais ou menos a mesma idade que o nosso quando ele começa (G1).

A crença na imaturidade, como impedimento de adaptação, concentra a responsabilidade da aprendizagem e do desenvolvimento apenas na pessoa do estudante. No entanto, quando estamos com um estudante no cenário escolar devemos ser, enquanto profissionais de educação e saúde, mediadores dos seus conhecimentos, facilitadores de estratégias que possam ajudá-lo para retomar o seu equilíbrio cognitivo e emocional, para enfrentar novos desequilíbrios. Ainda que nem todos os estudantes imaturos queiram deixar de o ser e se tornar independentes, precisamos tentar e encontrar estratégias que possibilitem seu desenvolvimento.

A maioria das falas dos estudantes da 1ª série retrata, em seu *processo de mudanças* com a ABP, a insegurança com o novo, a inadaptação e, para alguns deles, o sentimento de estar se adaptando a várias mudanças. O conflito está presente quando os estudantes iniciam a 1ª série do curso médico e esse processo inicial é marcado pela insegurança, presente na fala do estudante E7: “[...] eu me sinto às vezes bastante insegura, sabe? Será que o que eu estou estudando é o suficiente? Será que só isto tá bom? Será que, sei lá, mais para frente eu vou sentir falta sabe? E isso às vezes me dá insegurança [...]” ou ainda segundo a fala do estudante E4:

[...] tem muita gente que tá como eu, bem insegura. Porque eu resumiria assim insegurança e eu tenho medo [...] Porque pelo que eu achava a insegurança era só no começo do ano. Aí ela continuou, quando passaram as unidades no meio do ano, tava ainda a insegurança. Aí vou de férias, vou voltar, agora vai melhorar e parece que ela deu uma piorada [...] a gente fica muito perdido. A gente fica muito perdido mesmo! Porque a gente não sabe até onde vai. Onde que a gente começa? O que a gente tem de estudar primeiro? [...]. (E4).

Alguns estudantes reconhecem que o seu *processo de mudanças* com a ABP está mais tranqüilo, como na fala do estudante E12: “[...] então a gente fica perdido mesmo, mas depois você se encontra. Por isso que eles falam que assim, seis meses de adaptação é o ideal, mas agora eu consigo estudar, sei como estudar. No começo é difícil mesmo estudar.”. Ou segundo o estudante E2: “No começo não dava segurança nas primeiras unidades, mas agora já tenho mais segurança. Você começa a pegar os livros, livros recomendados, de grandes autores, você vai aprendendo [...]”.

Todos os estudantes iniciam o *processo de mudanças* com insegurança e esta diminui com o transcorrer do ano, possibilitando maior tranqüilidade para o seu estudo. A fala do estudante E4, porém, aponta que, para alguns, se mantém a insegurança ou ela até aumenta no segundo semestre da 1ª série. Esse fato confirma o achado de Angeli (2002) trabalho feito com estudantes em ABP, que mostra a evidência da necessidade de uma intervenção sistemática com os estudantes, de modo que a expectativa negativa não se estruture e impeça o aproveitamento do valor da metodologia ao longo do tempo.

Em vista disso, utilizar estratégias que contribuam favoravelmente com este *processo de mudanças dos estudantes e dos docentes em ABP* para que se possibilite o desenvolvimento pessoal e profissional tanto dos estudantes quanto dos docentes deve ser um dos focos de atenção dos gestores.

#### **5.1.4.3 Avaliação dos aspectos positivos da ABP**

A avaliação dos *aspectos positivos da ABP na FAMEMA* é tema enfocado pela maioria dos entrevistados. Na literatura encontram-se estudos que comparam o método de ensino-aprendizagem ABP com o tradicional, destacando os aspectos positivos e negativos destes.

Percebe-se, nas falas dos gestores que estes elegeram, principalmente como *aspectos positivos da ABP*, o fato de a FAMEMA ter se tornado uma escola a receber o reconhecimento externo, considerado muito importante para o seu crescimento e desenvolvimento, como fala o gestor G2:

[...] não era uma escola, na hora que eu chego às 8:00 horas da manhã e eu vou às 8:00 horas da noite e eu vejo que tem vida, tem docente, tem uma biblioteca cheia, tem coisa acontecendo, [...] criou-se uma escola, consegue-se influir em políticas, vem muita gente ver e muita gente falando e pensando no modelo de Marília e inclusive você tem políticas públicas, você pega o PROMED. O que é o Promed? É uma proposta onde o governo põe um monte de dinheiro para tentar criar mudanças curriculares [...] (G2).

Cabe aqui esclarecer que a FAMEMA foi uma das escolas escolhidas para receber financiamento do governo federal a fim de desenvolver mudanças curriculares no curso de medicina em 2003, concorrendo com 53 escolas médicas do país. Essas mudanças se referem à adequação no processo de ensino-aprendizagem, produção de conhecimento e de serviços relativos às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa de incentivo às mudanças dos cursos de graduação em medicina (PROMED) é uma ação coordenada dos Ministérios da Saúde e Educação.

O gestor G1 também fala sobre o reconhecimento externo da FAMEMA que passa a ser “[...] um ponto de referência com relação à aprendizagem baseada em problemas no Brasil e na América Latina”.

No âmbito interno, além de ter sido considerada pelo gestor G2 como uma “escola”, no sentido de ter vida, ação, maior envolvimento dos estudantes com o estudo,

o gestor G1, também destaca o papel dos estudantes: “[...] eu acho que os nossos estudantes hoje são diferentes, são mais críticos, são mais autônomos para a busca de informação, são mais exigentes também em decorrência disso [...] E, do ponto de vista do currículo, eu acho que o currículo se tornou muito mais organizado [...]”. Neste aspecto do currículo, esse gestor afirma que hoje,

[...] você tem os objetivos muito claro em cada uma das unidades, e o que se espera do estudante naquela unidade. Esses objetivos são revisados todos os anos, os problemas são revisados, você tem avaliação das unidades, avaliação do trabalho docente, então eu acho que tudo isso fez crescer muito, [...] (G1).

Thomas (1997), um dos estudiosos da ABP, destaca que um dos aspectos importantes para se melhorar a ABP é ter currículos em ABP reconhecidos nacional e internacionalmente. Parece que a FAMEMA caminha nesse sentido, mediante a fala dos gestores.

Além destes *aspectos positivos*, o gestor (G1) salienta que “[...] o nosso ponto forte foi capacitação, o investimento na capacitação docente.”. Considera como um grande salto “[...] tentar mudar a mentalidade dos docentes e discentes também [...]”, com a constante reavaliação do processo. Nesse momento, o gestor assume a intenção de facilitar a mudança de concepção dos docentes sobre o processo de ensino-aprendizagem e destaca a estratégia utilizada, a capacitação docente. As reavaliações constantes do processo, tanto no momento das capacitações, quanto das tutorias com a auto-avaliação e avaliação das unidades educacionais, podem possibilitar a reflexão sobre a sua própria prática, reflexão fundamentada, também, pelos referenciais teóricos presentes nos cursos de capacitação. De acordo com Sá-Chaves (2002), o professor deixa de se aceitar como um técnico instrutor e assume uma postura de profissionalidade intelectual, uma prática reflexiva.

Na concepção dos docentes-tutores sobre a *avaliação dos aspectos positivos da ABP na FAMEMA*, encontram-se falas que refletem os aspectos positivos

diretamente relacionados à prática com os estudantes. Eles não mencionam aspectos relativos à questão política e de âmbito externo à FAMEMA como referem os gestores.

O docente-tutor D1, que não é médico e desenvolve uma disciplina básica, ressalta a importância na ABP da compreensão, em 2002, a respeito da visão ampliada sobre a pessoa doente: “[...] nós avançamos hoje. Nós reconhecemos que além da biológica, tem uma visão, você tem uma dimensão psicológica e uma social [...]” ou ainda, “[...] é um método muito interessante, integrado, ele vê as relações [...]”. Sobre este aspecto considerado positivo na ABP, também fala o docente-tutor D12, que é médico

[...] o maior mérito realmente é a visão mais ampla do assunto e não fracionar como foi o meu curso de medicina, que você estudava anatomia do músculo, depois de um tempo histologia e depois lá na frente você vai ver um tumor. [...] você tem [na tutoria] a visão da doença e do doente em conjunto (D12).

O estudante da 1ª série também destaca como um dos *aspectos positivos da ABP* esta maneira de raciocinar sobre o problema,

[...] eu acho que o que é legal do PBL é que você tá sempre buscando as possibilidades, você não vai pensar diante de uma coisa específica, você tá tentando raciocinar, ligar várias dimensões, que eles chamam, eu acho que a gente tá tentando fazer isto, a gente aprende a raciocinar desse jeito (E3).

Aprender a raciocinar, aprender a compreender um problema de saúde de maneira articulada, com integração dos conhecimentos, isto vai ao encontro da fala do docente D3: “Eu entendo que esse método, ele tem uma grande vantagem, quer dizer, nós damos a ferramenta para que o aluno consiga se virar na sua vida profissional.”.

O enfoque na integração das dimensões biopsicossociais e das disciplinas foi também valorizado por Barrows (1994), Pinto (1993) e Venturelli (1997) como um dos aspectos importantes para facilitar a aprendizagem e a transferência desses conhecimentos a outras situações ou problemas semelhantes.



Na concepção construtivista a aprendizagem é considerada como (re)construção ativa de conhecimentos e considera-se que, quanto mais numerosas e complexas forem às relações estabelecidas entre o novo conteúdo de aprendizagem e os conhecimentos prévios, maior o grau de significatividade e maior também será a sua funcionalidade. (COLL, 2000).

Segundo essa concepção construtivista de aprendizagem e com a perspectiva na ABP de integração dos conhecimentos biopsicossociais, partindo dos conhecimentos prévios dos estudantes sobre os problemas de saúde, considera-se que a ABP pode facilitar a ampliação de relações estabelecidas pelos estudantes e, por sua vez, a aprendizagem significativa, um dos eixos do currículo da FAMEMA. (FAMEMA, 2003a).

As falas citadas anteriormente de docentes médicos, não médicos e estudantes mostram a compreensão da importância na ABP da maior integração dos conhecimentos nas diversas dimensões para a aprendizagem.

Outro *aspecto positivo da ABP na FAMEMA*, destacado pelos docentes D5 e D10, é a evidente motivação para o estudo no método de ensino-aprendizagem ABP, opinião confirmada pelos estudantes. Segundo E10,

Uma coisa que eu acho boa nesse método é que você estuda o que, não exatamente o que você quer, mas o que você tem curiosidade, o que você acha que é importante. [...] Eu tenho conversado com amigos meus que passaram em outras faculdades e com certeza, eu estudo muito mais do que eles, muito mais [...] (E10).

O estudante E7 também fala a este respeito da dedicação ao estudo, “[...] eu acho que nós, do PBL, a gente estuda muito mais do que o método tradicional, a gente tem que ler muitas fontes sabe? Eu acho que a gente tem maior contato com as coisas assim, busca fontes atuais, e isso eu acho que é muito válido”.

O docente-tutor D12 ressalta outro *aspecto positivo* e relacionado à motivação, que é o fato da ABP estimular o estudante “[...] a ver medicina desde o primeiro

ano do curso [...], a aproximação com a prática”. O estudante E6 também valoriza a questão da motivação: “[...] você acaba tendo mais interesse de aprender, mais vontade no que você está estudando”. Este estudante E6 confirma a opinião do docente D12 a respeito de ser muito estimulante ao estudante começar cedo a ver medicina. Segundo o estudante,

[...] a relação médico é importante e isso realmente você vê aqui quando você já começa a ter contato logo de cara, isso ajuda muito, eu acho que vai ajudar muito mais prá frente. Porque justamente por você já conseguir estudando e vendo a importância que um médico tem para as pessoas, a importância que as pessoas dão para você nesse contato, você acaba tendo mais vontade de estudar e aprender sabe? (E6).

Nessas falas, a integração teoria-prática desde a 1ª série é percebida tanto pelo docente D12 quanto pelo estudante E6 como algo que motiva o estudante ao estudo. A mesma percepção é do estudante E9,

Eu gosto bastante do método, eu me sinto bem segura em relação ao que eu to aprendendo, eu acho que... pra mim é bem mais proveitoso do que seria num método tradicional de ensino. Eu gosto bastante, eu acho que incentiva bastante. Eu acho que eu saio da tutoria quando a gente abre o problema eu acho que me interessa bastante, muito mais do que se algum professor estivesse expondo. Eu acho que é bem legal, e eu acho que a gente ta bastante em contato com a prática também, de vez em quando você encontra algo que você está estudando, no hospital ou na interação comunitária, então é uma coisa que fica bem real assim, eu gosto (E9).

Essa motivação dos estudantes para o estudo na ABP é um dos aspectos positivos mais mencionados tanto por docentes quanto por estudantes nos estudos sobre a ABP (COLLIVER, 2000; FASCE, RAMIREZ e IBANEZ, 1994; NORMAN e SCHMIDT, 1992; PINTO, 1993; RENDAS, et al., 1995; SOBRAL, 1995; VON-DÖBELN, 1996).

A motivação nas falas dos docentes e estudantes parece estar relacionada com dois aspectos: a) a aproximação dos problemas com a prática médica desde a 1ª série; e b) ao fato de os problemas possibilitarem o estudo a partir dos interesses dos estudantes, da motivação interna, mediada pela intervenção do docente-tutor. Nesse sentido, a aprendizagem tem funcionalidade e sentido para cada estudante ao relacioná-las com a prática

profissional. Os conhecimentos construídos têm, portanto, um significado social e um sentido pessoal para cada estudante, em vez de simplesmente serem uma cópia do conhecimento transmitido pelo professor. A motivação em estudar, nesse caso, não é só para passar de ano.

Uma das grandes preocupações das pessoas que vivenciam a ABP é o temor de que os estudantes saiam com conceitos errados das tutorias e a este respeito fala o docente-tutor D6, mas, como um *aspecto positivo da ABP*, porque acredita na superação desse temor,

[...] ao longo desses seis anos eu acho que caiu de vez a questão que se colocava, principalmente a questão dos médicos, que se colocava de que o aluno poderia falar... trazer conceitos errados, trazer conceito errado para a tutoria e sair com esse conceito errado, e isso acho que provou, acho que ao longo desses seis anos que isso realmente não acontece (D6).

Essa preocupação dos docentes também se revela nas falas de estudantes. Bernstein et al. (1995), ao estudar sobre a implementação do currículo em ABP na Faculdade de Medicina da Universidade de Toronto, Canadá, constatam essa preocupação em reforçar conceitos errados, mas, de acordo com seu estudo, após o contato dos estudantes e docentes com a ABP, a opinião deles melhorou. Barrows (1988) também argumenta que, caso as informações erradas estejam presentes na tutoria, se o professor exercer bem o seu papel, uma pessoa ou outra do grupo identificará os erros e apresentará evidência para provar o que está dizendo.

Parece que aqueles professores-tutores que têm uma concepção de ensino-aprendizagem por transmissão de conhecimentos e que se defrontam com a experiência preliminar com a ABP têm dificuldade de acreditar na capacidade dos estudantes de construir seus conhecimentos sem ser da maneira tradicional. Isso impede que os professores acreditem também na capacidade dos estudantes de identificar seus erros e os

superar. Porém, tanto a experiência da FAMEMA quanto à da Faculdade de Medicina da Universidade de Toronto mostram que o contato com a ABP acaba alterando essas crenças.

Outro *aspecto positivo da ABP na FAMEMA* destacado pelo docente-tutor D8 diz respeito à aprendizagem contínua e a mudanças de atitudes frente ao estudo, “[...] você vai ensinar essas pessoas, esses alunos, esses estudantes a estarem sempre ligados com o processo de se... reverem, de melhorarem, de aprimorarem.”. Os estudantes também falam sobre a aprendizagem contínua como algo positivo incentivado pela ABP. Segundo o estudante E5,

[...] você vai sair daqui com a capacidade de síntese, tendo a tendência de estar se renovando, procurar melhores fontes, aquela que você melhor vai compreender, aquela que melhor você vai entender, você vai ser muito mais crítico, você aprende a criticar muito, vai ter um olhar muito mais aguçado, você desenvolve isto [...] (E5).

O estudante E8 menciona a aprendizagem contínua por toda a vida: “Eu acho que o bom do método é que você aprende a estudar, então não é só para a faculdade, você vai estudar sempre, medicina você vai estar sempre estudando.”.

Por esses depoimentos, pode-se afirmar que duas das metas pretendidas com a ABP, segundo Barrows (1980 apud NORMAN; SCHMIDT, 1992), a ampliação da habilidade da aprendizagem auto-dirigida e o fortalecimento do raciocínio crítico e clínico, estão sendo valorizadas pelo docente e pelos estudantes como aspectos positivos e presentes no método de ensino-aprendizagem da FAMEMA.

Outro *aspecto positivo*, referido tanto por docentes quanto por estudantes, é a valorização das atitudes do profissional de saúde no que diz respeito à comunicação e à atitude ética. O docente D9 salienta que a comunicação passa a ter uma atenção especial no novo currículo, “[...] um grande avanço entre vários é a questão da comunicação, que isso não existia e eu acho que é uma coisa muito importante na prática na área da saúde”. Segundo o docente-tutor D8, também

[...] o método facilita muito à aquisição de responsabilidade, ele favorece a aquisição de respeito pelo outro, proporciona o trabalho em grupo, eu acho que ele facilita muito a pessoa a ser uma pessoa, um profissional mais adequado para as necessidades do nosso... país, do nosso povo, as nossas próprias necessidades. Mas eu acho que ele não é o determinante, eu acho que ele auxilia nessa lapidação do indivíduo como pessoa, mas ele não é determinante (D8).

A FAMEMA tem como um dos objetivos educacionais gerais do programa do seu Curso Médico desenvolver atitudes éticas (FAMEMA, 2003a). Conforme a fala citada, o docente-tutor D8 destaca esse aspecto como positivo, mas fazendo ressalvas, porque considera que não depende apenas do método de ensino-aprendizagem o desenvolvimento dessa dimensão da aprendizagem (atitudes e valores). “Eu acho que isso é uma coisa mais intrínseca, não vai ser o método que vai transformar a pessoa numa pessoa mais humanitária ou menos, numa pessoa melhor ou pior [...]” (D8). Provavelmente esse docente-tutor considera que a atitude ética é algo que depende também da personalidade de cada pessoa. Apesar disso, nada impede que a escola, na figura do docente, procure cuidar da aprendizagem e desenvolvimento das atitudes dos estudantes, os avalie e se auto-avaleie, bem como assuma o papel de aprovar ou reter estudantes no curso. Deve ser um compromisso institucional avaliar este aspecto da formação do profissional e intervir quando necessário.

Exemplos de que é possível cuidar da comunicação e das atitudes dos estudantes são dados pelos próprios estudantes ao perceberem que o método ABP desenvolve a comunicação e facilita a mudança de atitudes. Assim fala a estudante E11 sobre suas próprias mudanças,

[...] As pessoas falam as coisas e eu falo: Não, por quê? Calma lá! Não é bem assim! Elas falam: ‘Você está tão diferente’. Primeiro você está mais expansiva, acho que pelo fato de você ter que expor né, todas às vezes, trabalhar em grupo, e também essa coisa de... Será que é assim mesmo, por quê? (E11).

Essa estudante atribui a si próprio duas mudanças de atitudes: a) estar

mais crítica diante da informação e b) mais comunicativa. Outro *aspecto* destacado como *positivo da ABP* por essa estudante diz respeito à retenção do que aprendeu: “[...] eu acho que tudo o que a gente estuda, pelo fato de ter de apresentar, falar para os outros colegas, então eu acho que você aprende muito, você fixa bastante o que você estuda”. Nessa situação, a noção de reter ou memorizar está fortalecido pelo fato de a aprendizagem ser significativa e socializada e, como a memorização não é puramente mecânica, envolve a compreensão dos significados dos conhecimentos. Mais uma vez, uma das metas da ABP, segundo Barrows (1980, 1984 apud NORMAN; SCHMIDT, 1992)), a ampliação da aquisição e retenção do conhecimento, parece estar sendo valorizada na ABP da FAMEMA. Discorda-se de Barrows na utilização do termo aquisição, que traz, segundo Solé e Coll (1999), a concepção de aprendizagem como acúmulo de novos conhecimentos. Sugerimos substituí-lo por (re)construção de conhecimentos. O termo retenção pode ser associado ao de memorização compreensiva (COLL, 2000).

O estudante E8 revela por sua fala as mudanças nas suas atitudes também, acrescentando:

Eu acho que ajuda não só, então na parte de responsabilidade, maturidade, nossa nem sei! Eu acho que desde que eu entrei aqui eu cresci muito nossa! Eu era muito dependente, o método ajudou muito a você se soltar mais, você fica mais comunicativa, você precisa né! A gente começa a freqüentar o hospital desde o primeiro ano e você já tem uma relação melhor com o paciente. [...] Você cresce muito! Você dá valor às pessoas, você vê as pessoas de outra maneira (E8).

Essa opinião corrobora o que o docente-tutor D12 fala sobre os estudantes “amadurecerem mais cedo” no método ABP na FAMEMA do que em relação ao de sua própria formação. A avaliação da experiência de Von-Döbeln (1996), como estudante no método de ensino-aprendizagem ABP na escola médica da Universidade Linköping, Suécia, é semelhante à fala do estudante E8 também.

O docente-tutor D11 considera, como um dos *aspectos positivos da ABP na FAMEMA*, o contato dos estudantes com o contexto de vida das pessoas, na comunidade, sem atribuir ao enfoque a motivação para o estudante aprender, mas para compreender melhor as pessoas, perceber onde vivem, em quais condições, com quem convivem, quais são os recursos de saúde disponíveis, quais são as atividades culturais de lazer entre outros, e quais são as necessidades de saúde daquela determinada comunidade e pessoa. O docente-tutor D11 fala que a ABP “[...] dá conta de fazer um aluno mais contextualizado, ele pode se recusar a se contextualizar, mas ele tem hoje, eu vejo que ele tem, essa chance de conhecer a comunidade, de conhecer outros recursos, de ser ativo na busca do conhecimento, de construir o seu conhecimento [...]”. O docente-tutor D2 ressalta o aspecto de o estudante ser ativo, bem como o gestor G1.

A aprendizagem orientada à comunidade um dos eixos curriculares na FAMEMA, amplia os cenários e situações de aprendizagem dos estudantes, focalizando o estudo dos problemas mais prevalentes na sociedade (FAMEMA, 2003a). Segundo Barrows (1994), a aprendizagem baseada em problemas soma-se e complementa-se com a aprendizagem baseada na prática. O currículo em ABP na FAMEMA possibilita cenários que o estudante pode conhecer, compreender, de que pode fazer parte, com que pode estabelecer vínculos mais duradouros, e com isto intervir em vários contextos de ensino-aprendizagem e de prática profissional, como é o caso atualmente nas Unidades de Saúde da Família. Porém, como diz o docente D11, nem todos os estudantes se sentem motivados a compreender e atuar nestes contextos de vida das pessoas, por conceberem provavelmente a medicina como curativa e puramente biológica.

O *aspecto positivo da ABP*, referido acima pelo docente-tutor D11, que diz respeito ao estudante poder conhecer a comunidade desde a 1ª série, é também valorizado pelo estudante E12, mas ele aponta ressalvas na formação teórica: “[...] esse método é muito

bom, porque junta muita teoria e prática, só que algumas partes da teoria ficam falhas”. Apesar de o estudante reconhecer um dos *aspectos positivos da ABP*, que é a integração teoria-prática, ele localiza um déficit na questão teórica. Outros estudantes também apontam este como *aspecto negativo da ABP na FAMEMA*.

Resumindo, os gestores têm uma visão mais ampliada nas suas avaliações sobre os aspectos considerados positivos da ABP, por se referirem a aspectos dentro e fora da FAMEMA, fato justificável porque geralmente são eles que representam a FAMEMA em outros cenários como o político e congressos, como exemplos.

Os docentes-tutores e os estudantes realizam uma avaliação dos aspectos positivos relativos à sua experiência com a ABP. Entre os aspectos destacados está a valorização da compreensão da pessoa e não do doente que requer articulação e integração das dimensões biopsicossociais e, desse modo, a mudança de concepção de saúde, de uma visão fortemente biologicista para uma visão mais ampla sobre a pessoa e a sua saúde.

Ainda nas falas de docentes e estudantes está presente à valorização da motivação interna para estudar os problemas em ABP, partindo tanto da curiosidade e interesse dos estudantes quanto da mediação do tutor.

Outro aspecto destacado como positivo na ABP é que se deve aprender sempre. A aprendizagem deve ser contínua porque a escola não consegue possibilitar a aprendizagem de todos os conhecimentos construídos. É importante, então, que o estudante aprenda a aprender, a raciocinar criticamente, a identificar os erros e superá-los. Aprenda também a valorizar a comunicação com as pessoas, a ser responsável, a valorizar os contextos de vidas das pessoas para poder exercer a medicina - tudo isso na ABP é facilitado pela aproximação da teoria com a prática desde a 1ª série.

Permeiam estas avaliações as concepções de que a saúde da pessoa não envolve só o bem estar físico e que o médico para cuidar de uma pessoa, precisa conhecê-la e



o seu contexto de vida, porque só os conhecimentos sobre o biológico ou sobre os tratamentos medicamentosos e/ou cirúrgicos não são suficientes. No que diz respeito à concepção de ensino-aprendizagem, o erro pode ser utilizado como um meio para aprender a buscar conhecimentos e a aproximação da teoria à prática. Significa, então, romper com o paradigma de que primeiro se aprende a teoria para depois aplicá-la.

#### **5.1.4.4 Avaliação dos aspectos negativos da ABP e sugestões para manejá-los**

Para introduzir essa subclasse temática resgatam-se inicialmente, na Literatura, dois *aspectos negativos* relacionados a ABP: a) a crença de que a base dos conhecimentos dos estudantes é fraca e b) os instrumentos de avaliação utilizados (testes de múltipla escolha). (FASCE; RAMIREZ; IBANEZ, 1994; KAUFMAN; MANN, 1999; VERNON; HOSOKAWA, 1996).

Em relação ao primeiro *aspecto negativo*, percebe-se que alguns estudantes da FAMEMA sentem-se inseguros com relação ao estudo da anatomia. Na opinião do estudante E2, a anatomia: “[...] é uma coisa difícil de você aprender sozinho e que é pelo radicalismo que Marília impôs, a gente acaba sendo um pouco prejudicado nessa parte”. Além

do fato de se sentirem sozinhos para aprender anatomia, o estudante E1 fala a respeito da falta de estrutura da faculdade em relação à anatomia,

[...] a parte da anatomia que o PBL não ta... a faculdade não ta... estimulando o aluno e a tutoria também, os problemas também, não sei se é bem os problemas também sabe?, mas eu acho que é da estrutura da faculdade, não é nem do método. [...] falta estrutura mesmo! Em termos de docentes, na biblioteca, fonte, nossa! [...] (E1).

O trabalho de Kaufman e Mann (1999) investiga sobre a crença dos estudantes de que saem com lacunas na área dos conhecimentos básicos. Comparando os desempenhos nos exames de qualificação do Canadá, não se confirma diferença estatisticamente significativa entre as avaliações de graduados médicos em ABP e no ensino tradicional. Esses autores ressaltam que é importante confrontar as crenças dos estudantes e os seus desempenhos nos exames cognitivos porque os resultados podem minimizar as incertezas e modificar suas crenças. O estudo de Vernon e Hosokawa (1996) também aponta que apesar das crenças dos docentes que os estudantes saem com lacunas de conhecimento das ciências básicas, isso nem sempre é confirmado na prática. Albanese e Mitchell (1993) mostram que os estudantes em alguns exames obtiveram notas mais baixas em ciência básica e se consideraram menos preparados nesta área. Esse é, portanto, um aspecto delicado e polêmico para aqueles que avaliam esta área do conhecimento no método de ensino-aprendizagem ABP.

Um docente-tutor que não é médico, D2, se refere também a esse *aspecto* considerado *negativo da ABP na FAMEMA*, comenta a sua preocupação com o conteúdo das disciplinas de cadeiras básicas: “[...] está ficando muito a desejar, porque geralmente o coordenador da unidade é um clínico e é lógico que a clínica interessa muito mais para o aluno do que a básica. [...] histologia, anatomia, fisiologia, a própria parasitologia está ficando muito no superficial e muito pontual” (D2). Entretanto, esse mesmo docente D2 percebe que os estudantes que procuram consultoria na área de parasitologia estudam mais e

em várias fontes bibliográficas, comparando-os aos estudantes do ensino tradicional e avalia que eles aprendem conteúdos, que ele transmitia no ensino tradicional, com mais facilidade na ABP. Os estudantes que procuram consultoria demonstram uma necessidade intrínseca de aprender sobre aquele conteúdo, porque não foram capazes de solucionar suas dúvidas no grupo de tutoria e esse fato deixa esse docente-tutor D2 em conflito, sua fala aponta essa contradição em relação à ABP. D2 diz inicialmente da sua preocupação com o conteúdo das disciplinas básicas no curso médico, reconhecendo, todavia, que os estudantes no currículo em ABP na FAMEMA conseguem compreender conteúdos de maneira significativa, porque compreendem o significado de conteúdos com maior facilidade. No ensino tradicional, na maioria das vezes, não se conseguia mostrar aprendizagem nas provas devido a essa falta de compreensão.

Em relação ao segundo *aspecto negativo*, citado na literatura sobre a ABP, a respeito dos instrumentos de avaliação cognitiva, os estudantes acreditam que não estão sendo bem avaliados nesta metodologia. No estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de Concepcion, Chile, os estudantes criticam os testes de múltipla escolha por não serem flexíveis e não estarem coerentes com o método de ensino-aprendizagem ABP.

Diferentemente, os estudantes da FAMEMA têm uma avaliação baseada em problemas, com o exercício de avaliação cognitiva (EAC) composto por perguntas abertas, que devem possibilitar ao estudante a expressão do seu entendimento geral sobre um tópico e em que os estudantes possam mostrar sua capacidade de organizar suas idéias, de modo criativo e sintético (FAMEMA, 2003c). Na fala de alguns estudantes, eles nem sempre conseguem entender o que o docente quer saber, além disso, pode haver também a possibilidade de os docentes serem “rígidos” na exigência da resposta que precisa estar totalmente correta para ser considerada satisfatória. O estudante E5 fala,

É eles (estudantes) reclamam muito também da avaliação. Eu acho que a avaliação nesse sentido poderia ser bem melhor. Porque, às vezes, pedem um assunto só que eles não, não especificam bem o assunto, fala assim ó, é isso, por exemplo, contam aquela historinha de um problema tal. ‘E como poderia ser solucionado o problema?’ Só que você explica tudo faz um baita de um texto, não sei o que, aí, por exemplo, eles queriam que colocasse uma parte específica e o que tava atrás ficou perdido? [...] (E5).

Nessa concepção de avaliação, com conceitos satisfatório e insatisfatório, não existe meio certo, o grau de exigência é total, não se classifica a resposta por porcentagem. É como se os docentes dissessem: Você não pode errar na vida, quando precisa demonstrar que sabe. Nessa perspectiva, isso pode aumentar a ansiedade do estudante diante da avaliação, mas pode também aumentar a responsabilidade sobre seus atos.

O estudante E4 não concorda com isso: “[...] o aluno tinha que repetir se ele ficasse com menos de 70% de aproveitamento, [...] Eu acho que essa parte do EAC é um absurdo reprovar o aluno por uma questão”. Nessa perspectiva de avaliação quantitativa está implícito que o estudante e futuro médico poderá errar 30%. A mensagem latente é essa.

O docente-tutor D4 também critica a maneira de se avaliarem os estudantes com esses conceitos,

[...] a parte mais complicada, senão uma incógnita, ainda é o processo de avaliação. Até mesmo esse processo de correção de prova, o critério S ou I, quer seja na sessão de tutoria [...] eu não sei, eu acho que poderia existir um meio termo que é o satisfatório condicional, que é uma forma até do aluno saber que ele tem chance de ir para frente, para receber um S ou se ele se acomodar ele vai receber um insatisfatório (D4).

Esse docente também associa o conceito com uma avaliação quantitativa, “[...] ou é um aluno zero ou é um aluno 100%, quer dizer, que os alunos intermediários, média 7, você não consegue avaliar [...]”. Desse modo, apesar de terem sido inseridos os conceitos satisfatório e insatisfatório, o raciocínio do docente é o antigo, o da avaliação tradicional, que classifica numericamente e não o da avaliação qualitativa e processual, pela qual o docente fornece um *feedback* ao estudante dos seus desempenhos, das

suas fortalezas e fragilidades que podem ser melhoradas e os docentes e estudantes discutem juntos quais as estratégias para superação dessas dificuldades.

Outro *aspecto negativo da ABP na FAMEMA*, segundo os estudantes, é que existe diferença entre os grupos, na condução das tutorias. De acordo com estudante E9, “[...] um problema que a gente vê muito aqui é que entre um grupo e outro tem muita diferença né, isso relaciona mais com o docente do que com o próprio grupo [...] os docentes é que deveriam ser mais homogêneos, seria uma capacitação que deixaria todos os grupos iguais.”. Por parte dos docentes-tutores também existe essa preocupação. O docente D7 fala,

[...] o que eu vejo, assim, que pode ser problema é... em função de eu ter vários tutores de diferentes formações, vindo de escolas diferentes, com conhecimentos de vida diferentes, então eu não tenho... essa metodologia, ela acaba não sendo tão uniforme assim, então a chance de não dar certo é muito grande, tá! Então eu acho que ela tem que ser constantemente, assim, vigiada no bom sentido, para que todos os oitenta saiam com o mínimo necessário. [...] (D7).

Mais uma vez, depara-se com a crença na homogeneidade, segundo a qual a concepção de ensino-aprendizagem é a transmissão de conhecimentos e a capacitação docente pode igualar a todos, ou seja, os docentes podem aprender o mesmo conteúdo e verificar nas tutorias se todos os estudantes estão aprendendo o mesmo conteúdo. A capacitação permanente dos docentes pode aproximá-los em alguns aspectos, por meio das trocas de experiências e reflexão crítica da prática, mas não homogeneizar. Não se pode desconsiderar que são as diferenças pessoais, construídas socialmente que enriquecem os conhecimentos e as práticas das pessoas e, de maneira colaborativa, encontrar soluções para os problemas de saúde da sociedade. É o tempo das incertezas, da complexidade, das multidimensões de toda a realidade estudada. (SÁ-CHAVES, 2002; MORIN, 1996; 2000).

O estudante E8 e o docente-tutor D9 identificam a falta de motivação do docente para o papel de tutor como *outro aspecto negativo da ABP na FAMEMA*. A

descrença do docente no papel do tutor pode prejudicar os estudantes que estão iniciando o curso médico, com aumento das suas inseguranças e incertezas. Para os estudantes esses sentimentos não podem existir porque sua história de vida estudantil é marcada por certezas, por verdades absolutas, pela crença no professor sabedor de todo o conhecimento.

O gestor G1 acredita que na capacitação dos docentes esse *aspecto negativo* pode ser trabalhado,

[...] ainda tem pontos negativos com a questão da capacitação, quer dizer da aplicação adequada de todos os docentes de uma maneira uniforme do processo de tutoria, do processo de preceptoria e de... de orientação, então eu acho que é uma coisa natural que em todas as escolas você tem, você tem alguns docentes muito bons e outros ruins, e a gente tenta com a capacitação, o investimento na capacitação do docente (G1).

A FAMEMA precisa identificar, então, o docente-tutor desmotivado e identificar o que acontece com ele para poder intervir.

Percebe-se também com esses depoimentos que a concepção do gestor em relação à capacitação de docentes deve se concentrar na compreensão e na aprendizagem por parte dos docentes do processo de tutoria, na uniformidade da compreensão dos passos da tutoria, já para o docente-tutor D7 a uniformidade diz respeito a que os docentes permitam que todos os estudantes saiam com o mínimo necessário em relação ao conteúdo. Portanto, duas concepções estão presentes - uma que enfatiza o processo de aprender e outra, o conteúdo a ser aprendido.

Estudantes dão *sugestões para manejar alguns desses aspectos negativos da ABP na FAMEMA*. O estudante E5 sugere, “[...] ou se orienta melhor os orientadores para que eles consigam passar mais tranquilidade para a gente ou se não, sei lá, faz uma palestra sobre o estudo de anatomia, faz alguma coisa nesse sentido de como estudar, como você desenvolver essa capacidade [...]”. Esse estudante sugeriu também a introdução de questões com testes de múltipla escolha, justificando que eles irão prestar a “[...] prova de

residência que vai ser teste”. Sugere ainda, a aquisição de livros, vídeos, ventiladores para a biblioteca, impressoras, entre outros.

Outro aspecto *negativo da ABP na FAMEMA*, identificado pelo gestor G2, diz respeito a uma piora no serviço, por se concentrarem recursos humanos na academia, segundo G2,

[...] houve uma concentração por alguma maneira ou por falta de recursos humanos ou por falta de recursos financeiros também, porque isso foi exigindo mais e a gente perdeu um pouco do apoio público do governo, a questão da articulação com o serviço ou os nossos próprios serviços poderiam ter avançado muito mais e eu acho que eles pioraram um pouco se eu pensar na assistência [...] não se cuidou muito de melhorar o processo de trabalho, de avançar no cuidado [...] (G2).

Revela-se aqui a preocupação de haver um apoio financeiro à FAMEMA e a necessidade de aproximar a academia com os serviços de saúde “[...] trabalhar mais integrado com a rede.” (G2). A concepção que permeia esta avaliação é a de que a mudança não pode ficar apenas na academia, mas deve ser transposta à prática profissional, realizadas parcerias com os serviços. Depreende-se, então, que formar um médico diferente do qual vinha sendo formado não garantirá melhor intervenção na prática profissional, é necessário também intervir na mudança da prática profissional nos cenários reais do SUS.

Outro *aspecto negativo da ABP na FAMEMA* é identificado pelo docente-tutor D6 no trabalho em grupo. Esse docente percebe que os estudantes competem para falar na tutoria, para mostrar que estudaram e receber o conceito satisfatório. Esse é um aspecto que Dolmans et al. (2001) apresentam no seu trabalho, chamando a atenção que estar simplesmente em grupo não implica necessariamente cooperação entre os estudantes. O tutor precisa facilitar a aprendizagem cooperativa. Talvez o que esteja acontecendo com alguns grupos é que se confunde avaliar participação no grupo de tutoria com quantidade, número de vezes que o estudante fala e os estudantes, por sua vez, ao compreenderem dessa maneira, vão utilizar estratégias para obterem o conceito satisfatório. O docente D6 sugere *para manejar*

*esse aspecto negativo* que o docente-tutor valorize a construção do conhecimento no grupo de tutoria e não só a valorização daquele estudante que fica falando.

O docente-tutor D9 se refere a outro *aspecto negativo da ABP na FAMEMA* que diz respeito ao estudante sair com conceito errado da tutoria. D9 acha que o docente-tutor precisa intervir e estimular os estudantes a estudarem novamente. Esse aspecto já foi apresentado anteriormente como um dos aspectos positivos considerados pelo docente-tutor D6, que acredita ter sido superada a crença de o estudante sair com conceitos errados da tutoria. De acordo com Barrows (1988), cabe ao tutor utilizar estratégias que facilitem aos próprios estudantes identificar seus erros e resolver os seus próprios problemas e, considerando que nem sempre o docente-tutor consegue identificar os erros dos estudantes por não ser um especialista naquela área de conhecimento, o melhor é que se trabalhe com a possibilidade de os estudantes identificarem seus erros, solicitando que sempre mostrem a evidência do que estão dizendo. Quando o docente-tutor D9 intervém, é como alguém que conhece o assunto e identifica o erro, sendo possível neste momento sugerir que estudem novamente, intervenção realizada em desacordo com a proposta de Barrows.

O docente-tutor D12 identifica como *aspecto negativo da ABP na FAMEMA* o fato de os estudantes serem imaturos para esse método e considera isso “[...] uma das coisas mais difíceis de contornar, porque é difícil você amadurecer um indivíduo com 18 anos para 23 anos”. Porém, admite que talvez os estudantes saiam do curso mais maduros do que ele saiu quando se formou. Mais uma vez está presente a noção de que imaturidade *versus* maturidade define se o estudante é capaz ou não de aprender. Moraes (1995) analisa as concepções dos professores, profissionais da saúde e famílias sobre as dificuldades escolares das crianças da 1ª série do ensino fundamental e identifica como uma das causas das dificuldades escolares destacadas pelos entrevistados, a imaturidade, em uma concepção reducionista e fragmentada que atribuía a criança à responsabilidade do fracasso escolar, sem



considerar a responsabilidade da escola. Parece que, para algumas pessoas, a ABP só é possível de ser utilizada se o estudante tiver maturidade. Não se considera nessa concepção que a ABP pode ser uma das estratégias para facilitar a aprendizagem e o desenvolvimento dos estudantes.

O docente-tutor D5 identifica como *aspecto negativo da ABP na FAMEMA*, a dificuldade de intervir no internato, o que está de acordo com a fala do gestor G2 sobre a mudança da prática médica. Segundo o docente-tutor D5, “O internato é assim, onde a assistência se dá, e onde o especialista é o dono do pedaço, tradicionalmente, entendeu? [...] se você for mexer, você vai mexer com as práticas das pessoas, uma prática do especialista que se acha... a única pessoa que entende daquilo [...]”. Mesmo em relação ao papel do docente-tutor, o docente D5 percebe que existe

[...] muito ranço de ensino tradicional. Então, assim, não é muito incomum o tutor que não faz avaliação certo, que ela é um passo fundamental na tutoria. A gente ouve, às vezes, os estudantes relatando que o tutor fala: ‘Olha, vamos deixar para fazer avaliação só quando tiver algum problema’ e o problema é que nunca tem um problema [...] (D5).

Ainda existem resistências à mudança para a efetivação da prática do método de ensino-aprendizagem ABP na FAMEMA, presentes tanto na prática pedagógica quanto na prática médica, segundo a percepção desse docente-tutor.

O docente-tutor D3 também considera como um dos *aspectos negativos da ABP na FAMEMA* a pouca valorização por parte dos estudantes em estudar as ciências humanas - psicologia, por exemplo. Segundo o docente-tutor D3 “[...] nem os estudantes valorizam esse conteúdo e nem os docentes sabem sobre ele”. D3 fala também que “[...] existe muita distância entre o que se discute e o que se estuda, do que se aplica nos serviços aqui na Faculdade. Eu sou usuário dos serviços hospitalares e é comum eu acompanhar pessoas no pronto-socorro [...] observo que existe uma certa resistência a essa questão da atuação médica do lado humanitário [...]”. O docente-tutor D3 acredita que a ABP pode contribuir para a valorização da dimensão psicológica e do humanismo e para a utilização desses

conhecimentos na prática médica. Sugere a existência de uma unidade educacional sobre a dimensão psicológica e o humanismo, justificando que esse assunto “[...] aparece pulverizado ao longo das unidades”. Nessa concepção do docente-tutor D3 parece existir a crença de que se estudaria sobre uma determinada área de conhecimento e, depois, se conseguiria aplicá-la de maneira integrada num problema, ao invés de fortalecer, nas próprias unidades educacionais e nos problemas existentes, o estudo das dimensões e a sua integração. Essa proposta do docente D3 faz lembrar o currículo por disciplinas. Talvez a capacitação permanente dos docentes e o trabalho em conjunto com profissionais de várias áreas de conhecimento possam ir mudando este cenário e aos poucos os docentes possam exercer a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade que poderá ser verificada tanto nas construções dos problemas, quanto na ação dos docentes-tutores e do profissional de saúde na sua prática profissional.

O docente-tutor D5 também reconhece a dificuldade que existe na própria disciplina de Psicologia de os docentes se organizarem para participar da construção de todas as unidades educacionais. A dificuldade de esses docentes em poder participar de várias atividades nesse currículo é apontada também pelo docente D12, “[...] a escola tem poucos docentes. Até pela metodologia e pela estrutura, a gente acaba abraçando várias coisas, não só eu como vários docentes, e assim às vezes você fica um pouco deficitário de um lado ou do outro [...]”.

Esbarra-se desse modo em alguns limites ou barreiras como a falta de recursos financeiros e a falta de docentes, entre outros aspectos. Esses são alguns problemas da prática em ABP que a FAMEMA precisa olhar e buscar soluções para levar adiante essa construção social do currículo em ABP.

O docente-tutor D12 critica que o conteúdo psicossocial tem sido pouco avaliado nos EAC(s), embora seja cobrado nas sessões de tutoria, alegando que os estudantes

ficam magoados com isso apesar de nenhuma fala dos estudantes entrevistados confirmar essa opinião. Talvez o estudo destas dimensões psicossociais ainda esteja centrado no estudo para passar de ano para os estudantes da 1ª série do Curso de Medicina ou na pressão externa e não na compreensão do aprender para a vida profissional. Pode-se interpretar também a presença da mensagem subjacente por parte dos construtores e avaliadores das unidades educacionais de que esses conteúdos talvez não sejam tão importantes.

Lima (2000), ao investigar sobre a dimensão social no currículo do curso de medicina da FAMEMA, nos anos de 1998 e 1999, verifica que os estudantes da 1ª série tinham uma forte presença do modelo biomédico como paradigma da formação médica. Esses estudantes consideravam os objetivos psicológicos e sociais das unidades educacionais do curso médico da FAMEMA, como apêndice, não os auxiliando na formulação de questões no campo dessas dimensões. Entretanto, os estudantes consideravam que os tutores os auxiliavam e cobravam a sua participação na discussão sobre o conteúdo biológico e não o faziam nas abordagens psicossociais e, quando o faziam, era por 'obrigação'. Parece que após 06 anos de implementação do método de ensino-aprendizagem ABP na FAMEMA continua presente o desafio de ampliar o modelo biológico para o modelo de articulação das dimensões biopsicossociais na educação médica.

Resumindo, na avaliação dos aspectos negativos da ABP na FAMEMA, os estudantes concentram-se na falta de conteúdos teóricos das cadeiras básicas, conteúdos normalmente valorizados nas 1ª séries dos cursos médicos e explicitam a dificuldade inicial de aprender a estudar sozinhos esses conteúdos, ou seja, de encontrar recursos para superar suas dificuldades na auto-aprendizagem. Os estudantes têm todo o curso para aprenderem conteúdos dessas disciplinas básicas, mas a sensação é que isso não acontecerá, talvez porque venham com a concepção de ensino-aprendizagem de primeiro aprender as ciências básicas e depois as ciências clínicas, além de que aprendem melhor com um docente transmitindo e não

com o estudante assumindo uma postura ativa para aprender. No que diz respeito à avaliação cognitiva na FAMEMA, o tipo de avaliação com a utilização de problemas está coerente com o método de ensino-aprendizagem ABP, em vez de ser teste de múltipla escolha (como é em outros lugares). Para os estudantes da FAMEMA isso causa preocupação com as avaliações para a residência, que geralmente utilizam os testes de múltiplas escolhas.

Outro aspecto destacado tanto por estudantes quanto por docentes-tutores é a crença na possibilidade de homogeneização dos tutores e da aprendizagem, que traz a concepção de ensino-aprendizagem por transmissão e recepção passiva e na possibilidade de a mesma aprendizagem ser atingida por todos que recebem determinados conteúdos.

#### **5.1.4.5 Avaliação dos objetivos a serem alcançados**

O docente-tutor D4 ressalta a dificuldade em integrar as dimensões biopsicossociais e as disciplinas das ciências básico- clínicas justificando, “[...] ao estudar um caso ele vai para um mecanismo fisiopatológico, ele dá um salto para a discussão clínica independente se ele entendeu ou não a morfologia, a anatomia, a fisiologia propriamente dita e se esquece de que ele está lidando com paciente [...]”. Existe uma valorização, por parte do estudante, da valorização da teoria sobre o patológico, tentando aplicar a teoria na prática médica entendida como a que trata da doença e não do doente, porque nesse exemplo o estudante esquece o paciente, a pessoa. Esse aspecto do lidar com o paciente o docente-tutor D11 considera um dos maiores desafios “[...] a gente ensinar a área do respeito, a área da comunicação [...] o trabalho em equipe é um grande desafio”, provavelmente porque diz

respeito às relações interpessoais, à dimensão afetiva e, para alguns profissionais de saúde, implica as suas próprias mudanças de atitude e de inter-relação com os pacientes. Na tutoria a reflexão sobre as atitudes com os pacientes pode ser contemplada, mas fica no campo da teorização. O que pode ser vivenciado no grupo, e também refletido, é a comunicação e atitudes com os membros do grupo.

No ensino tradicional da medicina, o maior enfoque no ensino-aprendizagem era na dimensão cognitiva e dos procedimentos técnicos. Atualmente, com a ABP, pretende-se atingir também a dimensão afetiva e isso significa novos instrumentos de avaliação e mudanças de valores e atitudes na formação médica. Na ABP da FAMEMA um dos instrumentos de avaliação da dimensão afetiva e de atitudes são os Exames Clínicos de Objetivos Estruturados (OSCE), nos quais se utilizam pacientes simulados e podem-se avaliar as habilidades clínicas e de comunicação.

O gestor G2 elege como *objetivos a serem alcançados* a construção de uma lógica de integração, de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade na prática, nos processos de trabalho, e acrescenta

[...] o grande desafio é essa questão de integrar a questão do cuidado à saúde, de trabalhar numa lógica de maior vínculo com o paciente, melhorando o cuidado, incorporando as tecnologias que têm que ser incorporados, mas sempre centrados no paciente e não no especialista, sempre centrados no paciente, esse é o grande desafio (G2).

Outros *objetivos a serem alcançados* são mencionados pelo gestor G1, a integração das dimensões biopsicossociais e a integração entre as unidades educacionais no currículo. Sugere também melhorar a integração com os serviços de saúde, com capacitação aos profissionais para que possam receber os estudantes e melhorar as instalações físicas da instituição.

Os docentes e gestores trazem uma preocupação com a integração tanto dos conhecimentos e das dimensões biopsicossocial quanto do trabalho integrado da academia com os serviços, a denominada integração teórico-prática. Parece que nesse momento a comunidade acadêmica concorda que esta integração é necessária para a formação de um médico. Isso significa uma mudança inicial de concepção de saúde e de ensino-aprendizagem, mudança a ocorrer ainda mais no discurso do que na prática, porque é necessário transformar as experiências e conhecimentos prévios presentes. Isso só é possível, no entanto, ao fazer, refletir sobre esse fazer e, ao refletir, identificar as contradições e intervir no novo fazer. A FAMEMA está procurando (re)construir suas ações, sua prática e o caminho para isso deve ser o da reflexão sobre a prática, contribuindo para a (re)construção coletiva do currículo com ABP.

#### **5.1.4.6 Avaliação da capacitação do professor-tutor**

Alguns docentes passaram pela capacitação dos docentes realizada inicialmente pelos consultores de McMaster, depois esses docentes capacitaram um novo grupo até que se formou uma equipe responsável pela capacitação continuada e permanente de todos os docentes.

O gestor G2 considera como interessante o processo de capacitação inicial, por aproximar as pessoas que, aos poucos, vão aderindo ao processo de capacitação. A aceitação do processo de capacitação docente é expresso também pelo docente-tutor D12, “Acho que esses treinamentos que a gente tem recebido, acho que isso é muito importante, porque eu também acho que hoje eu recebo críticas melhor do que antes do PBL, e eu acho

que isso também tem sido importante para a minha formação hoje”. Para esse docente-tutor a capacitação implicou mudanças de atitudes frente às críticas recebidas enquanto professor e enquanto pessoa. O docente, como se nota, neste processo de ensino-aprendizagem aprende a fazer e receber críticas. D12 está aberto a refletir sobre elas e mudar suas atitudes se julgar necessário.

Os docentes que não são médicos fazem sua *avaliação do processo de capacitação dos docentes-tutores* basicamente em relação ao como avaliar os estudantes no processo tutorial. Solicitam maior atenção em relação a esse aspecto, inclusive o docente-tutor D4 sugere que, nas reuniões de capacitação, se discuta a prática, e se trabalhe com a situação das sessões de tutoria, em vez de discutir as teorias. Uma das dificuldades dos docentes-tutores é poder identificar os chamados “Vivaldinhos” que, segundo eles, são aqueles estudantes que procuram enganar o docente-tutor e que não estudam ou estudam pouco.

O docente-tutor D5 reconhece que há pessoas que se desenvolveram como tutores e mudaram, mas, percebe também que “[...] tem gente que faz de conta que faz, porque na verdade não tem, assim, não se identificou”. Considera que essas pessoas vêm do ensino tradicional em que o professor era “[...] o centro do processo, de repente isso muda, não é uma coisa simples não, você vai ser avaliado pelos estudantes, quer uma coisa mais ameaçadora que isso?” (D5). Esse docente-tutor percebe que, mesmo com a capacitação docente, nem todos conseguem mudar suas concepções de ensino-aprendizagem e “fazem que fazem”(D5). Na opinião desse tutor, talvez esta atitude seja resposta a decisões tomadas pela instituição com pouca participação do docente e a sua insatisfação “estoura” nos estudantes. Essa atitude, sem dúvida, é uma atitude perversa, porque o docente que não consegue assumir que é contra ou que não concorda com a ABP boicota a mudança educacional de maneira velada. Outro fator importante a ser considerado para ocorrerem as mudanças é o modo como estão sendo realizadas as capacitações. Pela fala do docente-tutor

D4, nem sempre existe a reflexão sobre a prática, fica-se mais no teórico em forma de capacitação continuada.

Desse modo, depreende-se das falas anteriores, que tanto alguns estudantes quanto alguns docentes “fazem que fazem” (ou seja, não assumem efetivamente esse novo fazer) e esse é um dos desafios neste processo de mudança de ensino-aprendizagem, a mudança de atitudes pautada em princípios éticos.

O docente-tutor D11 informa que os estudantes avaliam as suas intervenções como auxiliadoras, porque ajudam a integrar os conhecimentos, mas, às vezes reconhecem que ele fala demais. Esse tutor avalia que não consegue controlar a sua ansiedade e esperar os estudantes raciocinarem, atrapalhando-os. Esse é um bom exemplo de tutor que reconhece suas dificuldades e que busca superá-las, ou seja, é capaz de receber críticas, se auto-avalia e procura superar suas dificuldades e, além disso, parece exercer com responsabilidade, respeito e ética a sua função docente.

Em relação à capacitação dos docentes-tutores está explícito nos depoimentos dos estudantes o desejo da homogeneização dos tutores. Segundo o estudante E9, “[...] eu acho assim dos docentes é que deveria ser mais homogêneo, seria uma capacitação que deixaria todos os grupos iguais”. Nessa fala está implícito o temor em se prejudicar por não serem todos os tutores iguais e alguns estudantes aprenderem mais do que os outros. O estudante E3 diz, “[...] acho que ainda tem tutores que têm muita vontade de dar aula, e aí fica difícil porque um grupo vai ter aula e outro vai ter tutoria. *Ou todo mundo tem tutoria ou todo mundo tem aula, senão fica uma confusão*” (E3, grifo nosso). A defesa é pela ilusão da igualdade, independente do tipo de método de ensino-aprendizagem, porém parece que a concepção de ensino-aprendizagem implícita nesta fala é a da recepção, a da aquisição de conhecimentos por memorização repetitiva e, a de que irão, ao receber uma informação,



aprender igual ao colega, desconsiderando seus próprios conhecimentos prévios e a interação desses com os novos conhecimentos.

O estudante E2 justifica essa diferença de atuação entre os tutores pela idade do docente. Diz que os tutores mais jovens seguem mais à risca o “manual de ser tutor” e os mais velhos orientam mais o que estudar nas tutorias, sem dar aula, como por exemplo ‘Não precisa você falar isso, isso não é interessante. Não vamos perder tempo com isso, vamos trabalhar outra coisa’, e outros tutores não têm esta atitude. Segundo o estudante E11, “[...] tem alguns tutores que começam a falar, sabe? Dão um pouquinho de aula, tem uns que não agüentam, tem uns que não falam absolutamente nada e a gente tem que marcar consultoria para tudo. Então eu acho que é muito heterogêneo.”.

Os estudantes acham que não deveria haver essa diferença de atitude entre os tutores e que eles deveriam trabalhar de maneira homogênea, defendendo o modelo do tutor mais velho que dirige os estudantes. Diante de estudantes iniciantes, dependentes e inseguros, parece que a atitude dos docentes mais velhos os deixa mais tranquilos, apesar de promover menos a autonomia dos estudantes.

Além da diferença de atitudes dos docentes-tutores segundo a idade, a insegurança dos estudantes está presente em relação ao docente-tutor que não é médico, como fala o estudante E10,

Eu acho que, eu não sei, mais é que aí já vai meio contra os princípios do PBL, mas eu acho que o tutor, muitas vezes, *ele nem é médico*, em alguns casos, e eu não sei, às vezes, ele pode deixar passar alguma coisa, algum detalhe que ficou errado, se fosse um médico que dominasse o assunto ele podia cutucar [...] (E10, grifo nosso).

O estudante E8 também acrescenta outro fator para justificar a não existência de homogeneidade entre os tutores, atribuindo isso ao fato de alguns tutores não gostarem da tutoria. Considera que os que dela gostam se dedicam, e acredita que vai demorar um pouco mais para que os docentes-tutores se capacitem. Em relação a este aspecto de gostar

de ser tutor, o estudante E7 também dá um exemplo de um tutor que mostrou não gostar do método, porque no primeiro dia não se apresentou, não quis saber o nome das pessoas, e não se entrosou com o grupo, “[...] deu a impressão que ele tava sendo tutor por obrigação, sabe?”.

O estudante E5 também dá exemplo de tutor que não aceitava crítica e estimulava conversas paralelas no grupo, não aceitava ser avaliado e que, ao avaliar a participação do estudante, era norteado pela quantidade e não pela qualidade, segundo a percepção desse estudante. O não gostar, provavelmente, está diretamente relacionado com a sua concepção de ensino-aprendizagem e à atitude de protesto pela mudança do método, presente nas sessões de tutoria.

Na opinião do estudante E6, para mostrar ser um tutor interessado e que gosta da ABP, é necessário que ele estude um pouco sobre a unidade educacional, para ajudar a direcionar a discussão. Segundo esse estudante, “[...] você vê alguns tutores que não têm interesse que outros têm, em dar uma estudada na unidade que ele está dando, e é importante na hora que você está discutindo você ter alguém com mais experiência que esteja sabendo mesmo te direcionar pra discutir [...]”. Isso, certamente, diminui a insegurança do estudante.

Os estudantes consideram que a capacitação dos docentes está relacionada a gostar ou não do papel de tutor e a idade do tutor, que o influenciam a seguir rigidamente ou não o “manual do tutor”. Os estudantes esperam que os docentes estejam capacitados para serem tutores envolvidos com eles e com o método ABP, que direcionem o grupo, orientando-os e os ensine o caminho a seguir no estudo. Talvez estes estudantes pressionem os tutores a ensinar, como citado na literatura (CHAVES; LANTZ; LYNCH, 2001). O fato é que esses são estudantes iniciantes em ABP e vêm de uma concepção e prática de ensino-aprendizagem por transmissão de conteúdos, em que aprendizagem significava acúmulo de informação. Assim como eles estão em processo de mudança de

concepções e práticas, os docentes, apesar de alguns terem mais experiências do que outros em ABP, também estão em processo de aprendizagem da prática em ABP.

#### **5.1.4.7 Avaliação da participação dos/sobre professores e estudantes**

A mudança de currículo e de método de ensino-aprendizagem na FAMEMA significa uma construção social ativa com a *participação de professores e estudantes*, para estar de acordo com a concepção construtivista de ensino-aprendizagem. Os gestores avaliam sobre a participação de docentes e estudantes no desenvolvimento da ABP na FAMEMA e os docentes avaliam a sua própria participação.

Segundo o gestor G1, existem espaços institucionais para a participação dos docentes e estudantes,

[...] a gente tem espaços de discussão, a criação das unidades são feitas, a participação de especialistas da área é aberta, nós temos um Fórum anual de avaliação do currículo durante a semana da Pátria e, outros espaços, como o curso de capacitação em que eles são ouvidos. Com relação aos estudantes, existe a questão dos coordenadores de série, que têm contatos com os estudantes daquela série e agora, a partir desse ano começou a funcionar o colegiado de curso em que você tem a participação dos estudantes [...] (G1).

O gestor G2 acrescenta que existem vários depoimentos dos docentes confirmando que, com o currículo em ABP, os docentes das cadeiras básicas começaram a conhecer e trabalhar junto com os docentes das cadeiras clínicas, ciências sociais e saúde mental, o que não acontecia antes da ABP. Pode-se dizer que a maior aproximação entre as pessoas e as disciplinas das várias ciências pode possibilitar a integração dos conhecimentos e as ações interdisciplinares no processo de construção das unidades.

Os docentes falam da participação própria nas reuniões de tutores que os ajuda a resolver os problemas surgidos nas tutorias. Segundo o docente-tutor D10,

[...] você faz a sessão de tutoria, depois a gente tem reuniões e nessas reuniões são discutidas, assim, situações complicadas que o tutor não soube, por exemplo, conduzir naquele momento. Por exemplo, uma aluna estava falando de morte, de repente começou a chorar e saiu da sala, ela tinha vivido uma situação com o pai e que naquele momento ela não conseguiu lidar com a coisa. Então, o que fazer numa situação desta? Daí isso é discutido em seguida, o que vai ser feito, o que vai ser feito a partir de agora [...] (D10).

Essa opinião é discordante daquela do docente-tutor D4 referida anteriormente que considerava a capacitação de tutores pouco efetiva, porque não discutiam a sua prática em tutoria. A reflexão sobre a participação do tutor na tutoria, sobre a ação do tutor que é compartilhada entre os seus pares, outros tutores, poderá ajudar a transformar o seu fazer.

Os gestores mostram mais uma vez possuir uma visão ampla sobre a possibilidade de participação dos docentes e estudantes no currículo em ABP. Já o docente-tutor D10 fala da sua prática pedagógica e centra-se na participação dos docentes-tutores nas reuniões com os outros docentes. De qualquer maneira, trata-se de um cenário no qual as pessoas podem participar, expor suas opiniões e colaborar um com o outro. Na visão mais ampla sobre o currículo, os cenários de construção das unidades educacionais, os cursos de capacitação e os Fóruns de reavaliação permanente do currículo são espaços nos quais os docentes têm voz. Os espaços para participação dos docentes e estudantes estão abertos. É, pois, responsabilidade dos docentes e estudantes utilizá-los e exercer seus direitos e deveres em benefício da formação do profissional médico.

#### **5.1.4.8 O papel do professor-tutor**

A polêmica presente na literatura sobre o tutor especialista no conteúdo e o tutor facilitador em tutoria está contida nas falas dos docentes-tutores que defendem o conhecimento dos conteúdos, justificando-as: a) o professor-tutor precisa saber o conteúdo para não deixar os estudantes saírem da tutoria com conceitos errados; b) o professor-tutor precisa estudar um pouco o conteúdo para que a tutoria não se torne monótona para ele próprio, para poder acompanhar as discussões dos estudantes e fazer suas intervenções; e c) o professor-tutor precisa estudar para que a tutoria não se torne monótona para ele próprio e para ser modelo aos estudantes na busca das informações.

O que existe em comum na postura destes professores é o enfoque no conteúdo e no saber do professor, em vez de focalizar o próprio trabalho do grupo, a capacidade de o grupo identificar seus erros, e em o professor solicitar as evidências do que os estudantes estão discutindo na tutoria.

O tutor que procura ser exemplo, modelo, aos estudantes se justifica

[...] eu quando sou tutor, eu tento participar um pouco, eu me volto no sentido de estudar. Então, eu tentei participar no grupo, isso foi até, enfim, nas avaliações os alunos acharam bom, porque realmente você está no grupo e você tem de mostrar interesse, e se você também tem interesse em aprender, o aluno obviamente vai ter interesse, ele vai se espelhar em você, se o indivíduo está aí com anos e anos de medicina e está voltando a estudar, está voltando à Internet, enfim, eu tento como tutor também participar um pouco do aprendizado, quer dizer, eu também ganho naquelas manhãs que eu estou ali com eles. Porque senão se torna muito monótono, se você não tiver a vontade, como tutor, também de aprender, você tem dificuldade para ensinar ou até para montar a tutoria (D12).

Esse docente-tutor D12 assume que também estuda, apresenta aos estudantes as informações que ele encontrou e em qual fonte bibliográfica, como se fosse um estudante do grupo, os papéis ficam misturados. Esse tutor ainda traz uma perspectiva interessante sobre a impossibilidade de termos um tutor *standard* devido às diferenças pessoais, de formação, cultura e de valores. Existe aqui uma contradição entre ser o modelo e

a impossibilidade de seguirmos o modelo de tutor. Na postura desse tutor todos estudam e compartilham as informações. É necessário avaliar se essa atitude impede que os estudantes se dediquem a suas próprias buscas de informações, porque eles solicitam essa postura do tutor a todo o momento, ou seja, a de receber as informações, apesar de a avaliação de D12 ser a de que sua atitude estimula os estudantes a estudar.

O docente-tutor D11 parece ser um dos que se aproximam da postura mediadora na construção do conhecimento dos estudantes, porque ele procura estar atento às falas dos estudantes para poder intervir quando esses não conseguem evoluir diante de um conflito ou não fazem a articulação dos conhecimentos. D11 refere-se a essa função de facilitador, “[...] ela é extremamente ativa, você tem que ficar atenta a tudo o que acontece dentro da sala, cada linha que o aluno faz, porque você tem que ajudar a fazer as construções, você tem que ajudar o aluno na hora que ele não consegue fazer a articulação.”.

A maioria dos docentes-tutores, tanto médicos quanto os que não são médicos, ressalta que o papel de facilitador é o de conduzir, dirigir, acompanhar, guiar a aprendizagem segundo os objetivos da unidade educacional. Desse modo, apesar de a aprendizagem do estudante ser centrada nas suas necessidades, existe uma orientação institucional, uma intenção nas seleções dos problemas e nas elaborações das unidades. O problema, nas tutorias, é apresentado e o estudante deve encontrar os caminhos para percorrê-lo, explicá-lo e, às vezes, resolvê-lo com a mediação do docente-tutor.

O docente-tutor D4 ressalta a atitude ativa do facilitador que questiona, ajuda a construir objetivos de aprendizagem com alta taxonomia, com integração de conhecimentos, teoria-prática, e das ciências básicas e clínicas. Exemplifica com algumas de suas intervenções: “Será que vocês não estão fazendo questões que não são coerentes aos objetivos dessa unidade? Vocês estão conseguindo relacionar a prática à teoria? Vocês estão conseguindo relacionar a base com o mecanismo fisiopatológico, com a clínica? [...]”. Nessa

concepção sobre *o papel do tutor* o enfoque não é no conteúdo certo ou errado, mas na habilidade dos estudantes em elaborar questões, em discutir as questões no grupo, em buscar as várias formas de integração de conhecimentos.

O docente-tutor D2 ainda fala dos conteúdos das ciências básicas que são trabalhados em problemas da clínica médica na FAMEMA e expõe sua preocupação em relação ao desempenho do tutor em não estimular o estudo das ciências básicas. Segundo D2, “[...] para que você atinja esse básico, eles [problemas] são feitos através de dados clínicos e se o tutor não conseguir puxar que o aluno estude o básico, o aluno vai ficar na clínica”. Estudos de Barrows (1994) mostram que o fato de se estudarem os conteúdos das ciências básicas no ensino tradicional não garante que eles sejam recordados e aplicados na prática médica. Parece que o tutor D2 sentia-se mais tranquilo quando a função de transmitir o conhecimento ficava na responsabilidade do professor das ciências básicas, na sua responsabilidade, com a crença do dever cumprido. Há necessidade de se continuar investindo na construção de problemas que possibilitem o estudo das ciências básicas e na capacitação de tutores para que esses proponham conflitos cognitivos aos estudantes e despertem a necessidade de aprender os conteúdos das ciências básicas, tornando mais significativa a aprendizagem.

Resumindo, nessas falas dos docentes-tutores médicos e dos que não são médicos, esteve presente a polêmica do tutor ser ou não especialista em conteúdo, o que, nessas falas em específico, diz respeito à necessidade de o professor acreditar que pode dominar os conhecimentos e conduzir os estudantes aos acertos. A crença da supremacia do conteúdo em detrimento das habilidades de aprender a aprender deve ceder espaço para cada um aprender, a aprender a buscar, a selecionar e a realizar análise crítica dos conteúdos, e também aprender a se relacionar em grupo, estabelecer relações interpessoais que fortaleçam

o trabalho do grupo, com atitudes cooperativas e solidárias, estando aberto a receber e a fazer críticas.

Os estudantes têm a expectativa de contar com tutores que não os deixem sair com conceitos errados das tutorias, como desabafa o estudante E2, “[...] o tutor mesmo, ta lá. Eu acho que se ele notar que a gente tá falando uma besteira muito grande, eu creio que ele vai parar a discussão, não vai deixar a discussão progredir [...]”. Alguns estudantes ainda sugerem que os docentes-tutores deveriam saber o conteúdo discutido na tutoria para os questionar.

Poucos estudantes falam a respeito do *papel do tutor*, têm ainda a concepção do papel do professor como o detentor do conhecimento, a concepção existente no ensino tradicional. Aqueles tutores que não sinalizam os erros propiciam mais insegurança aos estudantes da 1ª série que ainda não confiam em sua capacidade de auto-aprendizagem com a facilitação do tutor, que não precisa ser um especialista no assunto, mas, segundo Komatsu (2003, p. 57), precisa ter a “capacidade de compreensão das peculiaridades do programa educacional, da metodologia de ensino-aprendizagem, dos objetivos de aprendizagem a serem alcançados pelos estudantes na unidade, e seu envolvimento e compromisso com o grupo de tutoria.”.

Na concepção construtivista de ensino-aprendizagem, segundo Mauri (1999, p.88), o professor ensina o estudante a “[...] aprender a aprender e o ajuda a aprender que quando aprende, não deve levar em conta apenas o conteúdo objeto de aprendizagem, mas também como se organiza e atua para aprender”.

Na ABP, o docente-tutor é este guia e orientador dos estudantes que constroem seus conhecimentos de maneira ativa, encontrando caminhos para aprender, buscando várias fontes bibliográficas, consultorias com especialistas no conteúdo, analisando as informações, utilizando seus conhecimentos prévios, compartilhando-os no grupo e



aplicando-os nos problemas simulados e na prática em outros cenários fora da tutoria. Para o estudante o grande impacto em relação ao *papel do tutor* é conviver com docentes-tutores que nem sempre são especialistas no conteúdo e encontrar outros caminhos para confirmar ou esclarecer dúvidas fora da tutoria na construção de seus conhecimentos. Desse modo, *o papel do estudante* é diferente também daquele assumido até o cursinho para o vestibular, quando o estudante estudava o que o professor transmitia e, muitas vezes, memorizava os conteúdos sem os compreender para aplicá-los nas provas que definiam se o estudante seria aprovado ou não.

#### 5.1.4.9 O papel do estudante

Os estudantes definem *o papel do estudante* como o do autodidata, como fala o estudante E2,

[...] aqui como a gente não tem aula, você vai atrás de suas fontes, você corre atrás, você se torna como se fosse um autodidata [...] você não vai ver a cara de seu professor todo dia, pra você chegar para o seu professor e perguntar: Professor, tá bom isso? Não. [...] eles dão um caminho, mais ou menos, aonde você tem que chegar, agora o caminho que você tem de fazer para chegar lá você escolhe [...] (E2).

O enfoque na responsabilidade sobre o estudante também é abordado por eles, enquanto sujeitos da sua aprendizagem. E5 diz, “[...] você se sente ativo, um trabalho que você tem que, a todo momento, tá correndo atrás, que é uma responsabilidade muito maior do que se fosse no tradicional [...]”. No curso médico tradicional a responsabilidade dos estudantes da 1ª série é assistir às aulas e estudar para as provas; na ABP, a responsabilidade

do estudante é mais ampla. O estudante precisa estar presente nas sessões de tutoria, participar ativamente das discussões, segundo os passos propostos pela tutoria e a dedicação à aprendizagem é diária. A aprendizagem depende de ele selecionar as informações, compreendê-las e, às vezes, buscar consultorias com especialistas no conteúdo. Além disso, os estudantes socializam no grupo o que aprenderam e, muitas vezes, aprendem com a ajuda do grupo, aprendem o conteúdo e aprendem a se relacionar com o grupo, a ouvir, a se comunicar e a avaliar.

O estudante E7, quanto à responsabilidade, fala que se o estudante for para a tutoria sem estudar, ficará com o seu conhecimento superficial e não cooperará com a construção dos conhecimentos do grupo. Ainda em relação à responsabilidade, E11 fala de uma minoria que não estuda para a tutoria e que não busca os recursos dos laboratórios morfofuncional e de anatomia. Provavelmente são esses estudantes que não se saem bem nas avaliações diárias e se conseguem “enganar” o grupo ou em específico o tutor, devem passar ainda pela avaliação cognitiva (EAC) e a prática (OSCE).

Apenas um dos docentes-tutores, D12, discorre sobre *o papel do estudante* na ABP, no sentido de apontar-lhe as características: “[...] é um aluno diferente, também é um aluno que exige mais, que tenta buscar algumas informações além de passar no estágio.”. Esse docente-tutor está se referindo à atividade prática ambulatorial com os pacientes em outras séries do curso médico, na qual ele percebe um comportamento diferente dos estudantes em relação aos do ensino tradicional. Parece haver uma mudança de atitude no sentido de serem mais ativos na busca de conhecimentos e no envolvimento com a prática, parece ainda que esses estudantes querem dar sentido à sua prática e não simplesmente passar por ela.

Os estudantes da 1ª série do curso médico da FAMEMA ainda vivem o conflito de indefinição sobre o seu papel, em serem passivos ou ativos na construção dos seus

conhecimentos, independentes ou dependentes - conflito básico vivenciado nesta fase de desenvolvimento denominada adolescência. Cabe aos docentes adultos acompanhá-los neste período de busca de identidade adulta, de independência, autonomia e de aprendizagem. Os docentes precisam saber entender o quanto este período, naturalmente, é difícil de ser vivido. Não de ajudá-los a facilitar a travessia por esse período evolutivo, a se formarem pessoas adultas, responsáveis e compromissadas com a aprendizagem contínua e com o cuidar das pessoas.

A FAMEMA, segundo o gestor G2, tem a intenção de formar os estudantes como “[...] elementos ativos do processo da construção dos conhecimentos” ao invés de passivos. Os estudantes, por sua vez, ao falarem sobre o seu *papel de estudante* falam sobre o processo de mudanças que vivenciam, como apresentado na subclasse temática o *processo de mudanças dos estudantes*. Essas mudanças implicam maior responsabilidade dos estudantes, provocam conflitos e favorecem o desenvolvimento da maturidade mais precocemente do que o ensino tradicional. O docente-tutor D12, que é médico, constata a mudança de atitudes (postura ativa) dos estudantes na prática assistencial, atividade que poderá ser fortalecida pelos profissionais da saúde que possibilitem essa busca de conhecimentos em vez de apenas os transmitir.

#### **5.1.4.10 Processo de construção das unidades educacionais**

As unidades educacionais são módulos onde se busca integrar as diversas disciplinas e as dimensões biológica, psicológica e social envolvidas em uma determinada situação ou problema de saúde. As unidades educacionais definem os objetivos

de aprendizagem a serem alcançados pelos estudantes durante seis semanas de atividades e são elaboradas por uma equipe interdisciplinar (KOMATSU, 2003; SILVA, 2000).

Essa temática está presente apenas nas falas dos docentes-tutores que já participaram do *processo de construção das unidades educacionais*. Todos os docentes-tutores que não são médicos são construtores de unidades educacionais, sendo um deles coordenador de unidade. Entre os docentes-tutores médicos, três nunca participaram do processo de construção de unidades e os outros três que participaram foram coordenadores de unidades educacionais.

Os docentes-tutores que não são médicos apresentam duas opiniões a respeito da construção das unidades. Uma é a que os conteúdos das disciplinas são distribuídos pelas unidades de acordo com o que o professor acha necessário para a formação do estudante, sem a clareza de que tipo de estudante se quer formar; a ênfase é dada ao conteúdo disciplinar, como fala o docente D1:

[...] o meu conteúdo eu preciso pôr um pouco na unidade de endócrino, na unidade de ataque e defesa, na unidade enfim, acho que isso não é o ideal, é o que acontece. Nós estamos em processo, vai melhorar muito quando nós tivermos a idéia do estudante que nós queremos formar (D1).

Esse docente não tem clareza sobre o propósito do Curso de Medicina da FAMEMA, apesar de isso estar prescrito nos documentos (FAMEMA, 1999; 2002a). Para esse docente D1 a decisão sobre os conteúdos das unidades educacionais é centrada no docente da disciplina e não na equipe interdisciplinar ou nos objetivos educacionais da série.

A outra opinião é a de que existe diferença no processo de construção das unidades no início da ABP e em 2002, no que diz respeito ao trabalho interdisciplinar. No início, os docentes recebiam orientações dos consultores e trabalhavam em equipe. Hoje os docentes dependem da decisão dos coordenadores de unidade.

O docente-tutor D2 informa que, no início, receberam orientação de um consultor de McMaster sobre o que abordar na unidade de ataque e defesa, por exemplo. No começo, sentavam professores das disciplinas de fisiologia, bioquímica, parasitologia, microbiologia e outras para elaborar e propor os problemas. Agora, após receberem as avaliações dos tutores e estudantes sobre como foi a unidade, o coordenador encaminha os problemas para os integrantes de cada disciplina lerem e sugerirem alterações que são endossadas por todas as disciplinas envolvidas na unidade. Parece ser esse um trabalho que envolve algumas disciplinas, principalmente as das ciências básicas no caso desse exemplo, mas no qual as pessoas não sentam juntas para discutir os problemas. É um trabalho dividido e a interdisciplinaridade fica comprometida, porque parece que se perdeu o espaço de reflexão em grupo, e que se limita pelas opiniões parciais colocadas no papel, no problema escrito. De acordo com Pinho (1999), a formação interdisciplinar,

[...] não ocorre mecanicamente; depende de uma transformação. É um *processo reflexivo*, de reconstrução que implica transformação. Um processo lento, que exige mudança de atitude, flexibilidade, confiança, paciência, capacidade de aceitação (do outro, da divergência, do novo) (PINHO, 1999, p.120, grifo nosso).

É necessário preservar os espaços de encontros com as disciplinas das diversas áreas de conhecimento, para que se comuniquem, troquem e (re)construam conhecimentos, encontrem-se em suas semelhanças e diferenças e se transformem com as parcerias. Esse exercício permanente do docente poderá transformar a sua prática com os estudantes, levando-os, a buscar sair das fragmentações do conhecimento e ainda, segundo Pinho (1999), sair da segurança das disciplinas para o pensamento complexo.

O docente-tutor D4 se refere a unidades nas quais os coordenadores fazem questão de que ele participe da re-construção dos casos, da elaboração e da correção dos EAC(s). Existem, na visão desse docente-tutor, posturas diferentes dos coordenadores para a reconstrução das unidades: alguns tomam decisões praticamente sozinhos e outros solicitam a presença das disciplinas. Ao avaliarmos a postura dos docentes, percebe-se que

existe a submissão ou acomodação diante dos coordenadores de unidades porque os professores esperam ser convidados a participar, numa postura passiva diante dos coordenadores das unidades, em um currículo em que está colocada a importância das equipes interdisciplinares.

Os conteúdos das unidades, segundo o docente-tutor D6, foram definidos quando se mudou o currículo e se começou a pensar em nova mudança para o ano de 2003. Esse docente-tutor é também coordenador de unidade e sempre se refere à reconstrução da unidade com a equipe. Primeiro, lêem as avaliações dos tutores e estudantes sobre a unidade e, depois, a equipe faz as mudanças. Considera que na unidade da qual é coordenador existe maior enfoque nos conteúdos das ciências básicas e que essa unidade dará suporte às Unidades por Sistemas da 2ª série. Apesar de o grupo de professores se reunir nessa unidade educacional, a concentração de docentes da área das ciências básicas, com pequena representação de outras disciplinas, facilita pouco a interdisciplinaridade entre as ciências humanas e as sociais.

O docente-tutor D9 reconhece que, quando foi coordenador de unidade educacional, o critério para a seleção de temas baseava-se na sua opinião. Ele ouvia os professores das ciências básicas, clínicas e das cirúrgicas e decidia qual seria o conteúdo dos problemas. Admite que hoje faria diferente, porque conhecia pouco a ABP na época em que foi coordenador. Hoje acredita que o enfoque não deve ser no conteúdo, mas no processo de aprendizagem.

O docente-tutor D11, que também é coordenador de unidade da 4ª série, refere que a decisão sobre o que é abordado na unidade está diretamente relacionada com o cenário da prática dos estudantes da 4ª série, ou seja, como os estudantes passam na prática pelas USF(s) e UBS(s) e atendem pacientes com diabetes ou hipertensão, por exemplo, então, eles constroem problemas com essas temáticas. Além disso, D11 fala que além de “[...] olhar

para dentro da 4ª série, eu tenho que olhar dentro do currículo como um todo”, evitando repetições, e olhando para onde o estudante irá, ou seja, o internato. Esse trabalho é realizado, segundo D11, por uma pequena equipe cujo número de docentes é considerado insuficiente.

Nesse momento do currículo na 4ª série, parece haver a preocupação de construir unidades com maior proximidade à prática profissional dos estudantes, mas a queixa do docente está na sobrecarga de trabalho para a construção da unidade. O docente-tutor, que é também coordenador de unidade, sente necessidade da ajuda de outros docentes. Não foram investigadas as áreas de conhecimentos envolvidas neste processo de construção de unidade.

O docente-tutor D12, que já foi coordenador de unidade da 1ª série do curso médico, afirma que nas unidades que ajudou a construir havia uma equipe multidisciplinar. D12 fala sobre a eleição dos temas para a unidade,

[...] temas relacionados à prevalência na sociedade ou na situação que você vive, e segundo temas no currículo, porque algumas coisas têm que ser abordadas, a gente tem que pensar que tem que se tentar, durante esses seis anos, abordar, pelo menos a maior parte da... do currículo médico, da situação médica. [...] E algumas coisas na medicina são muito raras, mas às vezes têm que ser abordadas [...] até para eles entenderem que, às vezes, a gente se depara com coisas muito difíceis [...] eu vou me atualizar nesse fato [...] (D12).

Nessa concepção sobre o processo de construção de unidades, os temas selecionados seriam os mais prevalentes na sociedade e a maioria dos temas que pudesse ser contemplada no currículo, desde os casos raros aos mais comuns. Não havia uma preocupação de os temas estarem relacionados com a prática profissional dos estudantes, mas com os conteúdos e a prática profissional dos médicos.

Resumindo, entre os docentes-tutores médicos e aqueles que não são médicos, todos consideram que o processo inicial de construção das unidades envolveu equipes interdisciplinares. As (re)construções das unidades, porém, não têm sido mantidas dessa forma por todas as equipes, segundo os docentes-tutores que não são médicos.

Consideram o processo atual centrado na decisão do coordenador, como se o processo interdisciplinar já estivesse pronto e precisasse apenas de alguns reparos individuais. Almejar que os estudantes realizem a integração dos conhecimentos entre as disciplinas e suas várias dimensões é algo que parece ficar incoerente com o processo de construção das unidades educacionais verbalizados por esses docentes entrevistados. Além disso, provavelmente o modo como estão (re)construindo as unidades deve estar repercutindo na qualidade dos problemas elaborados. Parece haver, então, a mensagem subjacente: faça o que eu digo e não o que eu faço.

Parece haver, também, a presença da relação de poder entre os que são médicos e os que não são médicos, porque esses últimos reclamam de uma não participação na (re)construção das unidades, fato não mencionado pelos docentes-tutores médicos. A maioria da coordenação das unidades é de responsabilidade de médicos.

Além disso, a construção das unidades educacionais da 4ª série enfocam temas mais próximos da prática profissional dos estudantes, enquanto que as unidades da 1ª série tentam retratar a prática profissional do médico e não a dos estudantes.

#### **5.1.4.11 Concepções e mudanças sobre o processo de ensino-aprendizagem**

Na ABP, como o enfoque é na aprendizagem e não no ensino como transmissão de conhecimentos, considera-se que a aprendizagem é um processo de (re)construção de conhecimentos, que pode ser mediada pelo professor ou por outras pessoas como os próprios estudantes do grupo. Outro aspecto que difere essa metodologia da do ensino tradicional é o fato de ela ser centrada no estudante que assume um papel ativo para a



busca, seleção e análise crítica dos conhecimentos. A meta do processo de ensino-aprendizagem é a do estudante aprender a aprender.

Nas falas dos estudantes, apenas um deles, o estudante E4, considera o professor como o centro do processo de ensino-aprendizagem e se lastima por não o ter na ABP, porém valoriza nessa metodologia a maior integração da teoria e a prática, com as atividades práticas e na comunidade, “[...] tem que ter atividades práticas, atividades com a comunidade, tudo isso é muito válido. Estimular o aluno a buscar também, eu não discordo. O que eu discordo é de tirar o professor totalmente e deixar a gente perdido [...]” (E4).

Os demais estudantes reconhecem que estudaram até o cursinho em um processo de ensino-aprendizagem centrado no professor e que o conhecimento do professor era uma “verdade absoluta” - na prova, reproduziam aquilo que o professor tinha transmitido nas aulas. Porém, consideram que na ABP estão vivenciando um novo processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante e que precisaram se desenvolver em relação à auto-aprendizagem, sendo ativos e responsáveis para aprender, estabelecendo relações entre os conhecimentos, em vez de realizar uma aprendizagem mecânica por memorização. O estudante E7 ainda acrescenta a importância de todo o grupo aprender, ou seja, da socialização do conhecimento no grupo,

[...] agora aprendizagem eu vi que depende muito de você mesmo, foi o que eu mais percebi e que você tem aqui o compromisso com o grupo né? Porque ali tá eu vou aprender tudo bem, quando você tá em grupo todo mundo tem que ter entendido, então você tem o compromisso com a aprendizagem dos outros também (E7).

Ainda sobre a aprendizagem no grupo, o estudante E12 afirma que se torna mais sólida quando os estudantes a utilizam e a socializam, “[...] é diferente de você ler e só ler, você ler e falar e discutir é bem mais sólido [...]”.

Segundo Vygotsky (1962 apud CACHAPUZ, 1995), a linguagem é um

instrumento da aprendizagem, o que implica a valorização da relação intersubjetiva, necessariamente solidária dos estudantes sobre uma dada situação do mundo como ponto de partida para a construção do conhecimento. Parece que esses estudantes, E7 e E12, valorizam esses aspectos - a linguagem e a solidariedade com os seus pares para a construção dos seus conhecimentos.

A transformação da concepção de que o professor é o detentor de todo conhecimento para aquela em que ele não tem a “verdade absoluta”, admitindo a existência de outros saberes, está presente na fala do estudante E11, que assim explicita a sua mudança da concepção de ensino-aprendizagem não centrada no professor,

[...] Então para eu aprender era daquele jeito, o professor falava, eu lia aquilo se tava... se tinha alguma coisa que não tava da maneira como ele tinha falado, eu já achava que o negócio tava errado, eu acreditava no professor pronto e acabou, a opinião dele valia pra mim. E depois aqui eu vi que não é bem assim, não é porque ta escrito no livro que ta certo e que têm opiniões diferentes (E11).

A mudança de concepção sobre o processo de ensino-aprendizagem é também explicitada pelo estudante E9, que diferencia o produto da aprendizagem memorizado, sem significado e a aprendizagem significativa,

[...] quando a gente sai do cursinho a gente acha que aprendeu tudo aquilo que foi visto, que foi jogado, e a gente estudou, fez milhares de exercícios e acha que tá sabendo, mais eu tive várias, várias oportunidades de algum amigo meu perguntar como que eu tinha feito e eu não conseguir explicar o que eu tinha feito, eu só sabia que eu tinha feito, eu era bem mecânico, e agora não, agora eu consigo [...] raciocinar em cima de coisas que eu já vi no começo do ano e que tem a ver, e ai a gente vai vendo o que relaciona e a gente consegue raciocinar [...] (E9).

Esse estudante explicita o que geralmente acontece quando a aprendizagem é mecânica, sem a compreensão do significado e quando a aprendizagem é significativa quando o estudante precisa estabelecer relações dos seus conhecimentos com os novos e os (re)constrói, atribuindo-lhes um sentido e uma funcionalidade.

Poucos docentes falam sobre as suas *concepções e mudanças sobre o processo de ensino-aprendizagem*.

Os docentes que não são médicos citam a sua preocupação com o conteúdo, a preocupação com o que os estudantes estão estudando na tutoria e o que eles acham que será avaliado no EAC, ou seja, os estudantes continuam estudando para a prova, para passar de ano. Segundo o docente-tutor D6, os estudantes estão guiando a sua aprendizagem na tutoria pelo conteúdo que poderá ser avaliado no EAC e “[...] não realmente no que devia ser do conteúdo das unidades [...] porque é o EAC que está reprovando ou não”. Pode-se questionar a atitude do tutor nesse momento que o grupo toma este posicionamento. Discutir com o grupo sobre isso é função do tutor. Além disso, visto que o processo tutorial pode reprovar também um estudante, por que eles não consideram isso? Sabemos que quando avaliamos a aprendizagem dos estudantes estamos também avaliando o processo de ensino (COLL; MARTIN, 1999). No caso da FAMEMA, estamos avaliando o processo tutorial. Se estes estudantes estão estudando nas tutorias para os EAC(s) os tutores podem não estar conseguindo desempenhar satisfatoriamente o seu papel.

O docente-tutor D3, com outro olhar sobre o conteúdo no processo de ensino-aprendizagem da ABP na FAMEMA, informa que antes o estudante utilizava o conteúdo da sua disciplina de maneira mecânica em função de uma prova, “[...] hoje a qualidade é melhor, o raciocínio da fisiologia, hoje é muito maior [...] o conteúdo que ele vê é com mais raciocínio, com mais condição de usar esse conteúdo do que antigamente [...]”. Esse tutor reconhece que, apesar de ter diminuído o conteúdo da sua disciplina, ele melhorou na qualidade da aprendizagem dos estudantes, na aplicabilidade. D3 defende que o tutor saiba minimamente o conteúdo das tutorias para se motivar a acompanhar a discussão do grupo, “[...] se eu estou participando de uma atividade que eu desconheço totalmente, ela fica muito monótona, eu não consigo, eu não conseguiria [...] você conhecendo minimamente você

consegue administrar melhor essa discussão, não que você vai direcionar ou dar respostas [...]”.

O docente-tutor D9, que é médico, considera que “[...] na ABP o conteúdo não é o mais importante, o problema é um pretexto, o processo, se o aluno sabe formular questões, se o aluno sabe fazer busca, se ele sabe fazer análise crítica da informação, isso é mais importante.”. Esse docente compreende que mudou a sua *concepção sobre o processo de ensino-aprendizagem* que antes era centrado no professor e no conteúdo e atualmente é centrado no estudante e no aprender a aprender.

O docente-tutor D11 ainda pôde complementar a concepção anterior ao considerar que a aprendizagem se dá “[...] a partir de uma situação concreta, real e que ele provavelmente vai vivenciar”. Essa concepção também vai ao encontro da que valoriza a integração teoria-prática na ABP, externada por E4. Quando o estudo de um assunto (conteúdo) é contextualizado em uma situação problema, isso também facilita a compreensão do significado dos conhecimentos, a aprendizagem significativa.

No ensino tradicional o erro não era permitido ou era desvalorizado no processo de ensino-aprendizagem. O que era valorizado era a repetição, a cópia do que o professor transmitia; na ABP, segundo o docente-tutor D10, o erro faz parte do processo de ensino-aprendizagem, “[...] eu acredito que quando o aluno faz isso, quando ele percebe ‘eu falei besteira, isso que eu disse não, nada disso! Eu descobri lá no livro que é totalmente diferente!’. Acho que esse é o caminho, ele aprender com os erros, com os próprios erros [...]”. O estudante pode reconhecer que erra e vai buscar caminhos para superar os seus erros na construção de seus conhecimentos, atitudes e habilidades.

Por esses depoimentos, a maior preocupação dos estudantes parece que é a de serem ativos no processo de ensino-aprendizagem e aprenderem de maneira significativa e não mecânica. Entre os poucos docentes-tutores que falam sobre o processo de

ensino-aprendizagem, a preocupação dos que não são médicos é com os conteúdos que estão sendo trabalhados nas tutorias e, entre os docentes-tutores médicos, ainda que alguns se refiram ao conteúdo, a preocupação é com a facilitação do aprender a aprender.

As falas dos estudantes e dos docentes-tutores mostram que está havendo mudanças nas concepções sobre o processo de ensino-aprendizagem e que, às vezes, têm dificuldade em exercer seu papel neste processo como tutores e como estudantes. Ainda assim, o desafio está colocado com a ABP. Fica agora o reconhecimento dos limites de cada um e as possibilidades de mudança a serem construídas e confirmadas nos fazeres docente e discente.

#### **5.1.4.12 Procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem**

A subclasse temática *procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem no desenvolvimento da ABP na FAMEMA* fica restrita aos docentes-tutores, que dão depoimentos sobre a prática como docentes. Os procedimentos e estratégias vivenciados na FAMEMA dizem respeito tanto aos utilizados no contexto das tutorias quanto a outras atividades que contribuem para facilitar a aprendizagem dos estudantes do curso médico como, por exemplo, as consultorias e as atividades laboratoriais.

Um dos procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem utilizados nas sessões de tutoria são os passos a seguir para o estudo do problema. O docente-tutor D6 fala, entretanto, que trabalha com o seu grupo de maneira mais livre, sem “engessar” o grupo,

[...] eu sempre trabalhei com o grupo mais livre, antes olhar o grupo do que seguir determinados passos de tutoria e você não conseguir que realmente o aluno aprenda, porque ele fica tão engessado porque tem de seguir um passo “x” para levantar problema, escrever questões numa determinada forma etc, que muitas vezes, é o que os alunos, entre aspas, eles falam que são os ‘tutores pebelistas’, e que o tutor aí ele não consegue, na verdade, ajudar o grupo. [...] Quando o problema está bem escrito ele possibilita isso, você não precisa nem mostrar para os alunos: - Olha vocês têm que escrever, fazer questões integradas de alta taxonomia, não precisa, porque quando o problema é bom, isso é natural é explícito no problema [...] (D6).

Na concepção desse tutor, se os problemas estiverem redigidos com clareza, talvez contemplando as dimensões biopsicossociais, o grupo se desenvolve bem e os estudantes aprendem. Para D6 os passos da tutoria são apenas regras a serem seguidas, que não levam à construção de conhecimentos interdisciplinares. Se assim fosse, apresentar um problema bem feito já poderia propiciar o olhar interdisciplinar sobre o problema. Acontece, porém, que a pessoa real que procura o médico e se apresenta de maneira integral, na maioria das vezes, é percebida e avaliada de maneira fragmentada, pelo olhar da especialidade e, apesar de o médico saber que essa pessoa possui aspectos emocionais e sociais, nem sempre os considera na sua abordagem. Assim, seguir passos como se fossem regras, sem ter a sua compreensão significativa parece não ser o ideal, mas, esperar que o grupo livremente chegue a atingir objetivos integrados e de alta taxonomia também pode ser um equívoco, porque essa habilidade precisa ser facilitada pelo tutor de maneira significativa.

Às vezes, o docente-tutor se depara com a resistência dos estudantes em seguir os passos, talvez porque esses não tenham ainda um significado e um sentido pessoal para eles, que, então, tentam evitá-los e seguir um caminho aparentemente mais fácil. Diante dessa situação, o docente-tutor D5 tenta instigar as discussões, questiona se estão fazendo questões coerentes com os objetivos da unidade, se estão integrando os conhecimentos básico-clínicos e teórico-práticos e, procura trabalhar com o grupo a participação de cada um, considerando a qualidade da participação e não a quantidade. Segundo D5,

[...] não se esquecendo que muitas vezes, o fato de que o aluno que fala mais é o mais participativo é melhor estudante, ao que se contrapõe ao aluno que, muitas vezes, fala menos, mas ele estudou, e ele traz argumentos convincentes e consegue pontualidade, através dessas frases pontuais, fechar uma discussão que estava sendo gerada em vão (D5).

O tornar significativo os passos da tutoria é uma atitude a ser trabalhada já no grupo de capacitação dos docentes e no dos docentes-tutores com os estudantes para que a orientação deixe de ser entendida por alguns como uma regra a ser seguida de maneira mecânica. No que se refere à participação dos estudantes no grupo, almeja-se com a ABP na FAMEMA que a cooperação seja valorizada bem como a qualidade das relações interpessoais em vez da quantidade da participação do estudante.

Uma das estratégias valorizadas por alguns docentes-tutores são as atividades práticas laboratoriais não programadas pelos construtores das unidades. Segundo os docentes-tutores D12 e D3, os tutores deveriam ir junto com os estudantes aos laboratórios para apresentarem este recurso de aprendizagem e não ficar apenas na sala de aula em tutoria. Afirmam que o laboratório morfofuncional, por exemplo, precisa ser conhecido pelos tutores para poder servir de estratégia de ensino-aprendizagem utilizada pelo docente-tutor. O docente-tutor D12 destaca a importância da prática laboratorial e da prática em forma de consultoria,

[...] E o que eu acho que é estimulante, tem que ser bastante valorizado é a prática, então nesse grupo que eu fiz tutoria, nós fizemos prática de histologia duas vezes ou três vezes aqui no morfo com a televisão, [...] não é difícil de vir aqui [morfo] e tomar informação e conhecer o acervo, não é uma coisa impossível. [...] eu estimulei algumas consultorias e, uma consultoria até que teve prática junta no dia, de fisiologia e de imuno [...] nós fizemos tutoria no morfo, usamos peças, usamos cartazes, quer dizer, usamos alguns artigos da biblioteca que eles foram buscar, eu falei: -Olha, talvez tenham artigos sobre isso; os alunos trouxeram artigos [...] (D12).

Para esse tutor, a prática em laboratório é utilizada por ele para facilitar o estudo teórico sobre o problema da tutoria e acredita que qualquer tutor pode conhecer o que os laboratórios oferecem. Defende a necessidade que, na 1ª série, o docente-tutor deve ir

junto com o grupo a este cenário de ensino-aprendizagem, em vez de apenas sugerir que eles o procurem, em vez de ficar restrito apenas à sala de tutoria. Mais uma vez, esse tutor defende um papel ainda mais ativo do tutor também, no sentido de se aproximar dos novos conhecimentos, de estudar, de conhecer os recursos educacionais para ajudar o estudante a se aproximar deles e utilizá-los na construção dos novos conhecimentos.

Com opinião semelhante, o docente-tutor D3 também acredita que o docente-tutor deve ir junto com os estudantes nos laboratórios. Acha que, com essa atitude, desmistifica-se este recurso educacional para o estudante que tem uma certa resistência em ir sozinho nos laboratórios. A concepção de ensino-aprendizagem existente é a de que o professor precisa saber um pouco sobre os conteúdos e os recursos disponíveis para que isso possibilite o seu trabalho de coordenação do grupo de estudantes e facilite a aprendizagem.

O docente-tutor D1 também utiliza atividades práticas laboratoriais em consultorias, em vez de trabalhar a dúvida do estudante apenas com a informação. Esses docentes defendem procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem que aproximem a prática laboratorial a conteúdos teóricos presentes nos problemas que os estudantes estudam.

A postura ativa do docente-tutor na tutoria é revelada com temor pelo docente-tutor D11, que fica atento às discussões do grupo e interfere quando os estudantes vão mudar de assunto sem concluir um raciocínio. Esse tutor se preocupa com esta atitude ao referir, “Não sei se isso está certo!”. Talvez pelo temor de estar corrigindo os estudantes, mas parece que nessa situação ele está exercendo o seu papel de mediador do conhecimento, de alguém que está acompanhando a discussão e percebe que o grupo precisa de ajuda. Intervém fazendo a síntese do que os estudantes tenham discutido e elabora questão no sentido de facilitar a integração dos conhecimentos dos estudantes, procurando também solicitar dos estudantes a indicação de quais foram às fontes bibliográficas utilizadas por eles, “Aonde é que você viu isso, de que lugar, você está baseado em que para dizer essas coisas?”. Trata-se



de estar sempre atento para que os estudantes reconstruam seus conhecimentos prévios baseados em conhecimentos científicos.

A preocupação com os conhecimentos prévios dos estudantes está presente também na fala do docente-tutor D10: “[...] a estratégia é sempre essa, estar tentado usar o que eles têm, o que eles sabem daquele problema, para resgatar esse conhecimento e a partir daí eles perceberem, darem conta do que falta.”. Esse tutor também falou que os objetivos da unidade educacional apresentados por aqueles que construíram a unidade, orientam-no a facilitar o trabalho do grupo nas discussões, porque o tutor ficará atento para verificar se os estudantes estão atingindo os objetivos propostos, senão irá intervir. A função do docente-tutor é portanto ativa.

A estratégia de criar conflitos cognitivos nos estudantes nem sempre é atingida pelos docentes-tutores. O docente-tutor D8 comenta que, quando os estudantes deixam passar alguma discussão importante, ele levanta uma questão ou dá exemplo clínico interessante para motivar os estudantes naquele assunto a ser estudado, porque, às vezes, os estudantes pensam: “Ah! Isso é besteira!”. O tutor procura criar uma necessidade de estudo. A estratégia desse tutor é criar uma situação de conflito que possa mobilizar o interesse de pesquisa no assunto, em vez de falar que é preciso estudar tal assunto porque é importante. Existem situações, entretanto, nas quais o tutor D7 tenta gerar um conflito nos estudantes e não consegue, “Olha, vocês não abordaram tal conceito, isso é necessário e é importante. Já fiz isso, porque eu não consegui entrar de uma forma, assim... fui de um lado, fui para o outro e não consegui, acho, me fazer entender”. D7 mostra o seu limite, a sua dificuldade, apesar de considerar que foram raras as situações ocorridas. Explicitar tais situações e trabalhar isso na capacitação docente é um dos desafios dos responsáveis, sem assumir a atitude de julgar estes tutores, como se tivessem cometido um pecado ao infringir uma regra. A dificuldade deve ser considerada um limite entre tantos outros que podem existir e precisam ser superados.

Para concluir essa subclasse temática, os docentes-tutores apresentam questionamentos em relação a obedecer aos passos propostos das tutorias. Alguns os entendem como uma regra rígida a ser seguida e, como tal, pode prejudicar o trabalho do grupo, exercendo, talvez, influência negativa na aprendizagem do estudante. Parece ser necessário um trabalho com docentes e estudantes para tornar mais significativos estes passos da tutoria e para que então possam ser utilizados como estratégia de ensino-aprendizagem que contribua para a aprendizagem significativa.

Outra questão detectada nas falas citadas anteriormente é a que diz respeito ao tutor utilizar atividades práticas em vez de sugerir aos estudantes que as busquem. Na primeira série ainda, estes estudantes talvez precisem ser assessorados mais de perto, pois demonstram falta de iniciativa diante de alguns recursos de aprendizagem, como os laboratórios. Essa utilização é algo a ser trabalhado com os tutores para que não tenha caráter de obrigação ou regra imposta. O tutor deve compreender o seu significado e a sua funcionalidade para orientar os estudantes.

Parece haver, também, uma certa insegurança presente ainda nos tutores sobre a correção ou não de suas intervenções nas tutorias. Esse aspecto indica que o espaço de educação permanente precisa ser mantido, sendo um espaço confortável para que as pessoas revelem suas inseguranças, temores e dúvidas e reflitam sobre isso com seus pares, em que possa ser trabalhada a dimensão afetiva dos docentes no que diz respeito ao seu papel de tutor, e possam receber continência às suas ansiedades.

#### **5.1.4.13 Avaliação da aprendizagem**

Com os novos procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem na ABP se tem um novo desafio: a avaliação do processo e do produto da aprendizagem. De acordo com Zabala (1999, p.193), o processo de avaliação é entendido “[...] como o conhecimento sistemático de como os alunos estão aprendendo ao longo de uma seqüência de ensino-aprendizagem que está estreitamente relacionado à metodologia utilizada por ele.”.

Para a realização da *avaliação da aprendizagem dos estudantes* na ABP, segundo o gestor G2, deve-se considerar todo o processo de tutoria e não só a dimensão cognitiva, mas, a de atitudes também, “[...] eu avalio não só a aquisição de conhecimentos, mas eu avalio todo o processo, todo o processo de interação em função dessa aprendizagem, das atitudes [...]”. Percebe-se que a aprendizagem está sendo considerada como processo de construção de conhecimentos e atitudes e dessa forma é avaliada de maneira formativa durante as tutorias. Novos instrumentos de avaliação são necessários. No caso da FAMEMA, utiliza-se o Formato 3 (ANEXO B, p.220) para a avaliação formativa e somativa do desempenho do estudante no meio e ao final das unidades educacionais, formato que serve de referência também para as avaliações diárias formativas nas sessões de tutoria, ou seja, a avaliação do processo de aprendizagem.

O docente-tutor D2 fala de sua dificuldade em avaliar as atitudes de alguns estudantes nas sessões de tutoria. Esse tutor não consegue perceber quando um estudante o está enrolando, “[...] tem gente que fala que consegue [identificar], [...], mas, você percebe também, quando o aluno é bom, quando o aluno discute, eu percebo quando o aluno é bom [...] Eu tenho uma dificuldade grande de falar esse aqui está enrolando, ele está só dando umas entradinhas.”. Identificar quem engana não é fácil mesmo, às vezes é preciso convivência com essas pessoas para as identificar. Essa dificuldade já não ocorre na avaliação do EAC, segundo o docente-tutor D2, por considerar que é mais fácil avaliar “[...] porque ali

está descritivo e tal”. Desconsidera que também neste tipo de avaliação alguns estudantes conseguem enganar o professor por meio das famosas “colas”.

Esses estudantes foram denominados pelo docente-tutor D3 de “Vivaldinhos, os manipuladores de tutores”. Segundo ele, esses estudantes são poucos e consegue identificá-los nas tutorias. Estudantes com este perfil também estavam presentes no ensino tradicional. D3 entende que “[...] a avaliação, de uma certa forma, é o ponto mais complexo de um... processo de ensino-aprendizagem. A avaliação, quer dizer, ninguém gosta de avaliar ninguém e ser avaliado.”. O processo de avaliação envolve um juízo de valor, um julgamento que, muitas vezes, é feito de modo negativo ou, às vezes, recebido ou compreendido negativamente. O tutor fala sobre essa dificuldade em avaliar e ser avaliado, incluindo-se, porque na ABP o professor também é avaliado nas suas atitudes e habilidades, de acordo com o Formato 4 (ANEXO C, p.221), enquanto facilitador do processo de ensino-aprendizagem. No que diz respeito à avaliação do estudante, a sua avaliação não é apenas da dimensão cognitiva, mas também das atitudes e habilidades esperadas dele, no trabalho em grupo, na comunicação, no respeito ao grupo, na sua responsabilidade e na sua auto-avaliação.

Com relação à avaliação somativa, ou seja, do produto da aprendizagem cognitiva que é avaliada nos EAC(s), o docente-tutor D2, que é das cadeiras básicas, critica os EAC(s) por terem poucas questões que avaliam as ciências básicas “Eu acho que até os próprios alunos também reclamam um pouco disso. [...] eles reclamaram que acharam que devia ter uma cobrança maior do básico [...]”. Nas falas dos estudantes entrevistados isso não foi confirmado. Na percepção deste tutor uma das metas da ABP, que é a integração básico-clínica, tem sido comprometida pela primazia da clínica.

O docente-tutor D4 reconhece que os EAC(s), embora apresentem mudanças em alguns aspectos das questões, são repetitivos de um ano para o outro e, por isso, muitas vezes os estudantes estudam pelo gabarito do ano anterior. D4 mostra preocupação

com isso, apesar de saber que alguma coisa sempre fica para o estudante, visto que ele consegue responder corretamente à questão. Em relação à *avaliação da aprendizagem* na sessão de tutoria, essa é uma incógnita para esse tutor, por considerá-la subjetiva em avaliar o desempenho do estudante no que diz respeito a “[...] comunicação verbal, comunicação não verbal, atitudes, envolve todo o processo de trabalhar em equipe, envolve o fato de ele estar ou não discutindo corretamente, não só visando a conteúdo, mas se ele está integrado com o grupo [...]”. Justifica que a subjetividade está “[...] em dar o conceito S ou I porque não dá chance ... ou é um aluno zero ou é um aluno 100%, quer dizer que os alunos intermediários você não consegue avaliar [...]”, receia também, como o docente-tutor D2, em não identificar o estudante que não estudou e tenta enganá-lo. Essa questão dos conceitos S ou I já foi discutida na subclasse temática - aspectos negativos da ABP - mas vale a pena salientar que a ABP apresenta uma nova perspectiva de avaliação, porque se avalia o processo de construção de conhecimentos, a comunicação, a relação interpessoal e as atitudes, desempenhos que não eram avaliados no ensino tradicional, em que o esperado era que o estudante fosse bem comportado, permanecesse em silêncio ouvindo o professor e respondendo nas provas o que o professor havia transmitido. Portanto, seria surpresa se os docentes-tutores avaliassem como fácil ou tranqüila essa nova perspectiva de avaliação. Uma circunstância agravante para esse tipo de avaliação que é a do docente se expor diante do grupo ao ser avaliado por ele e ao se auto-avaliar. Nessa perspectiva, tanto os estudantes quanto os docentes estão em processo de construção de conhecimentos, atitudes e habilidades e o processo de *avaliação de aprendizagem* deve ser reconhecido como instrumento de referência para essas construções.

Retomando, a concepção de *avaliação de aprendizagem* do docente-tutor D4 é ainda a quantitativa, com a preocupação em relacionar o conceito à porcentagem, de maneira linear, pois liga o conceito Insatisfatório ( I ) ao “0” e o Satisfatório ( S ) ao “100”. O foco de atenção deve ser o de identificar como o estudante se apresentou na dimensão

cognitiva, afetiva e psicomotora no início da tutoria, como ele está se desenvolvendo e, ao final da tutoria, se ele conseguiu atingir o esperado para aquela série, se ele evoluiu. Cabe aqui a pergunta: existe uma pessoa 100% em tudo ou existe uma pessoa que não sabe nada ou 0%?

O docente-tutor D6 informa que avalia os estudantes nas sessões de tutoria pelos passos realizados ou não, sem, entretanto, explicitar como os realizam. O Formato 3 (ANEXO B, p.220), para a avaliação do desempenho do estudante nas sessões de tutoria, apresenta campos abertos para serem preenchidos sobre o desempenho do estudante no processamento dos problemas em grupo, sobre atitudes na relação interpessoal e na capacidade de aprender a aprender. Para alguns tutores, porém, ele parece servir como um *checklist* que aponta o que o estudante realizou ou não, lembrando uma avaliação quantitativa – o que confirma mais uma vez a necessidade de se trabalhar com os passos da tutoria e as atitudes no grupo para que se revistam de maior significado e façam sentido aos docentes-tutores. No que diz respeito aos EAC(s), o docente-tutor D6 assegura que: “[...] preserva a questão de ter uma avaliação integrada, não uma avaliação com baixa taxonomia, de memória, de... de memória, mas a gente sempre tenta fazer as questões integradas de alta taxonomia [...]”. Desse modo, parece ser mais fácil essa avaliação para esse docente-tutor, na qual ele consegue perceber a possibilidade de elaborar questões integradas e que não sejam apenas de memorização. Mais uma vez se torna mais fácil evoluir na avaliação da dimensão cognitiva do que das outras dimensões, talvez porque é a mais conhecida pelo docente-tutor e já faz parte da sua experiência.

Em relação às avaliações ao final das sessões de tutoria, o docente-tutor D7 as classifica como pontuais e adequadas, fazendo uma crítica ao Formato 3 de avaliação dos estudantes,

[...] Aqueles formatos que a gente preenche que eu acho que é o problema, porque eu acho que eles têm alguns direcionamentos, daquilo que você precisa escrever em cima do aluno, mas fica muito quadrado, não sei explicar, é um formato que o pessoal discute, discute, mas, parece que não consegue sair muito daquilo ali [...] (D7).

Esse instrumento de avaliação ainda não fez sentido aos docentes.

Novas reflexões sobre o mesmo se fazem necessárias para identificar as dificuldades e buscar as soluções. A avaliação do docente-tutor D7 em relação ao instrumento de avaliação cognitiva (EAC) é positiva, cuja correção considera criteriosa, “[...] Com relação à correção dos EAC(s), que agora eu tenho visto com um grupo de orientandas com quem eu comecei esse ano também, eu acho que elas são feitas de uma forma muito criteriosa e bastante rígida mesmo, que eu acho até que é adequado. [...]”. Acrescenta ainda que na ABP os estudantes aprofundam mais seus conhecimentos, tem um bom nível de raciocínio, “[...] acho que eles têm que trabalhar muita questão do raciocínio para dar conta de responder [...]” (D7).

A avaliação ao final das tutorias é valorizada pelo docente-tutor D8, visto que essa avaliação ajuda-o a melhorar o desempenho para a próxima tutoria, além de ser um espaço aberto para se falar de outras coisas, como, por exemplo, conferências, habilidades profissionais, laboratório. Considera-as como “[...] um espaço que eles usam bastante para colocar a ansiedade”. O tutor fala também de avaliar o comportamento no grupo, não só o conhecimento, mas a maturidade e a responsabilidade, “Lógico que o conteúdo é importante, mas não adianta ele chegar e saber muito o conteúdo e ser super infantil, quer dizer, tem que ter um..., você percebe, o respeito mútuo, toda essa questão ética”. A avaliação das aprendizagens não se restringe ao conteúdo apenas.

A participação dos estudantes nas tutorias é um dos aspectos trabalhado na avaliação ao final das tutorias. O docente-tutor D10 relata que trabalha tanto a participação daqueles que dão pouca oportunidade aos tímidos para falar, quanto desses que pouco se colocam. Percebe que alguns desses estudantes que falam mais, na tutoria seguinte, solicitam que os outros participem. O tutor avalia ainda como o grupo se desenvolveu na sessão de

tutoria, a qualidade das questões, se há uma ponte entre o biológico, social e psicológico onde eles têm dificuldade também e se eles estão fazendo análise. Esse tutor mostra seguir o roteiro para preenchimento do Formato 3 para a avaliação dos estudantes na tutoria, mas o mesmo não ocorre com os estudantes. Eles têm mais dificuldade em avaliar o tutor, segundo o docente-tutor D10, e, quando o fazem, restringem-se a aspectos como se ele ficou em silêncio ou falou, se prestou atenção, se apontou quando não estavam no caminho certo. Essa é também uma experiência nova para os estudantes: avaliarem diretamente os seus professores. Apesar de se tentar, na FAMEMA, romper com essa relação de poder, as experiências anteriores foram sempre marcadas por essa pressão sobre os estudantes.

O docente-tutor D11 elogia a aprendizagem dos estudantes em ABP, “[...] a aprendizagem é realmente bastante ativa, eles têm mesmo a possibilidade de estudar, de ler, de construir o conhecimento deles baseado na literatura. Eu vejo que isso é possível”. Em relação ao EAC, reconhece que é um instrumento de avaliação muito interessante, que permite verificar taxonomias mais altas, ainda que o seu grande limite seja o da quantidade de conteúdo que pode ser avaliado. Além disso, é um instrumento muito dispendioso de tempo tanto para elaborá-lo quanto para a correção. Esse tutor apresenta limites do EAC, mas esses são limites da avaliação, na qual não é possível avaliar, em uma prova, todos os conteúdos estudados, sendo então uma avaliação parcial, porque envolve um recorte, uma situação apenas, e que não é a da prática profissional.

Diferentemente do docente-tutor D2, o docente-tutor D12 defende que a avaliação da tutoria é a melhor, porque ele “[...] sabia de cada um, quer dizer, como é que estava, quem estuda, quem não estuda [...] e se você estudar acho que dá para você avaliar, enfim, você não precisa ser médico, acho até para estudar algumas coisas [...]”. Esse tutor elogia também a avaliação do EAC, que é completamente diferente do ensino tradicional “[...] é muito mais completa. Às vezes, aluno da 4ª ou 5ª série não faz uma prova da FAMEMA da



1ª série, porque há uma grande integração.”. Na concepção desse docente, o tutor precisa estudar o conteúdo mesmo não sendo médico para poder avaliar a aprendizagem do conteúdo na sessão de tutoria; justifica também que o pequeno grupo facilita que o docente possa conhecer cada um dos estudantes.

Desse modo, na percepção dos docentes-tutores médicos, a avaliação cognitiva realizada nos EAC(s) são adequadas, avaliam a integração dos conhecimentos dos estudantes e a alta taxonomia dos conhecimentos, com questões que não são só de memorização, mas de análise e aplicação dos conhecimentos; porém, na opinião de um docente-tutor, que não é médico, existem poucas questões nos EAC(s) com conteúdos das ciências básicas com primazia da clínica. Parece que na concepção dos docentes-tutores sobre a *avaliação da aprendizagem* somativa é consenso que esperam verificar conteúdos integrados nas respostas que implicam alto grau de raciocínio, análise e aplicação dos estudantes. Ainda é difícil para os docentes-tutores avaliarem o processo de construção dos conhecimentos, atitudes e habilidades, durante as sessões de tutoria, por envolver aspectos subjetivos, tanto em relação ao que avaliam como em relação ao como avaliam. Percebe-se, porém, uma certa valorização dessa avaliação no grupo, porque os docentes observam mudanças de atitudes dos estudantes durante as tutorias no aspecto da comunicação oral, do respeito e do trabalho em grupo. Parece que esses docentes estão se aprimorando neste instrumento de avaliação formativa, que pode ser melhorado, segundo o docente-tutor D7, que o considera muito “quadrado” e com certo direcionamento.

Os estudantes tecem considerações sobre o momento em que percebem que aprenderam, ou seja, quando conseguem aplicar os seus conhecimentos cognitivos e habilidades de comunicação e de semiologia no contato com os pacientes do hospital, na visita domiciliar, na prática. Segundo o estudante E12, “[...] quando a gente vai ao hospital, quando a gente junta com as habilidades [Habilidades Profissionais] que está muito ligado, na

interação [Interação Comunitária] também, assim, pega tipo... casos que a gente está agora, então você consegue relacionar bem entendeu? [...]”. Além disso, considera que aprende quando consegue ler um artigo científico e entender o que ele quer dizer. O estudante E3 avalia também que aprende na própria sessão de tutoria, “[...] sabe ao final que você discutindo com os outros membros do grupo tudo, você vai percebendo que você vai construindo um raciocínio assim, né? Vai chegando [...]”. Considera que aprende também quando relaciona o conteúdo da tutoria com a prática,

[...] quando a gente tá fazendo uma anamnese no hospital e alguém fala alguma coisa e você pensa ah! Isso me lembra tal coisa e tal coisa e aí você vai analisar melhor os caminhos desse paciente e você vai ver que é isso mesmo que você está conseguindo ter um raciocínio clínico, tudo à custa do que você estudou, né, na tutoria (E3).

Esses estudantes referem-se à integração teoria-prática e à capacidade de aplicar o conhecimento das tutorias na prática médica. Coll e Martin (1999, p. 212) também defendem que, “[...] Só podemos ter certeza de que aprendemos algo quando podemos utilizá-lo [...]”.

Os estudantes do curso tradicional somente podiam ter essa percepção no 3º ano médico, período que realizavam os primeiros contatos com os pacientes hospitalizados. Nesse sentido, aprendem quando conseguem aplicar a teoria na prática. Entretanto, o estudante ainda não concebe que a própria prática pode ser mobilizadora de dúvidas e de questões de aprendizagem a serem estudadas. Ainda a concepção de aprender é a de primeiro estudar a teoria e depois a prática, com a diferença de que, na FAMEMA, desde a 1ª série, existe maior aproximação da teoria à prática médica. Não existe ainda a compreensão de que o cenário da prática pode gerar a possibilidade de buscar a teoria.

Uma opinião divergente desses estudantes é a da estudante E4,

No meio do ano agora, eu cheguei na minha casa, eu pensei assim eu estou a seis meses na faculdade e eu não sei o que eu sei. Eu tenho a impressão disso [...] Eu sei tudo meio bagunçado, sem seqüência, parece que eles [alunos do tradicional] têm uma seqüência maior, eu acho que quando tem seqüência e tem um docente que lógico é uma pessoa que teoricamente sabe mais do que eu vai dando uma continuidade maior ao curso do que aqui que é mesmo eu por eu mesma [...] (E4).

Para essa estudante, esta forma de aprender por estudo de problemas em vez de disciplinas, deixa-a desorganizada e a impressão que tem é de confusão e desintegração, sem a segurança de que está aprendendo, mesmo que obtenha conceitos satisfatórios.

O parâmetro para o estudante E2 de que ele aprendeu é do seu próprio grupo, “[...] desses oito é impossível que os oito tenham lido uma coisa errada ou tenham compreendido de uma maneira errada, você vai acompanhando as discussões e você fala, não eu entendi errado, vou voltar, vou reler, não entendi certo [...]”. Esse estudante consegue avaliar que o grupo e não o tutor em específico é a sua referência se ele aprendeu nas sessões de tutoria.

Os estudantes se referem à *avaliação da aprendizagem*, principalmente na dimensão cognitiva, diferente dos docentes que se referem às dimensões de atitudes e habilidades também. Porém, apesar de os docentes se preocuparem com essas dimensões, ainda parece ser difícil exercer essa avaliação no sentido de atribuir o conceito insatisfatório no Formato 3 de avaliação dos estudantes no processo de tutoria, como afirma o docente-tutor D3. Essa opinião é confirmada pelo estudante E1 também, “[...] a avaliação que vale mesmo é a cognitiva, no primeiro e segundo ano pelo menos, você consegue a dos anos anteriores e aí você estuda um pouquinho aquela avaliação e vai fazer a prova e você passa [...]”.

A *avaliação da aprendizagem* em processo com a avaliação formativa é um fazer novo para esses docentes que estão tentando transformar o seu fazer e as suas concepções sobre ensino-aprendizagem e avaliação. Desse modo parece que, tanto para os docentes que estão há alguns anos neste novo método de ensino-aprendizagem e de avaliação,

quanto para os estudantes que estão há poucos meses nesse processo, a mudança não é fácil ou automática/mecânica. Portanto, são necessárias várias ações e várias reflexões sobre esse fazer.

#### **5.1.4.14 Avaliação do currículo**

A avaliação do currículo, no que se refere às ciências básicas, é apontada como falha pelo docente-tutor D2,

[...] o currículo era muito amplo, agora é muito, assim, pontual. Tem falhas, eu acho, na anatomia, eu acho que o pessoal está saindo muito falho nas básicas, a gente trabalha com aluno do 2º ano, tem alunos do 5º ano e a gente sente essa necessidade deles, eles vêm isso e comentam com a gente (D2).

O docente-tutor D1 também fala a esse respeito, “[...] às vezes eu tenho a sensação que as coisas são muito aprofundadas em certos aspectos, em outros, muito superficial, então como aprofundar isso de uma forma uniforme e a contento ainda me causa uma certa preocupação.”. A preocupação presente é com a não uniformidade, com as

diferenças, com as faltas e desigualdades de conteúdos no currículo, na perda do espaço das ciências básicas no currículo.

O docente-tutor D5 fala a respeito da nova mudança para aperfeiçoamento curricular cujo início passa a ser discutido em 2002 (para aplicação em 2003). No que diz respeito à constituição das unidades por sistemas e ciclo de vida considera que tenha sido uma estratégia política, para que inicialmente as pessoas se reconhecessem no currículo. Atualmente a discussão se atém à construção de um currículo mais articulado entre as unidades e disciplinas, para evitar separar o indivíduo em “caixinhas” e favorecer o trabalho conjunto dos especialistas.

[...] Agora, nesse momento, a gente já tem uma discussão grande e já está partindo para uma coisa mais articulada, assim, mais integrada, porque a gente está vendo, assim, que essa divisão continua sendo bastante tradicional em certo sentido, porque você ainda separa o indivíduo em caixinhas, assim: Agora você vai estudar o digestório, agora você vai estudar o urinário, agora [...] (D5).

A FAMEMA tem realizado várias análises sobre o seu desenvolvimento curricular para possibilitar a identificação de limites e potencialidades da organização curricular, para atingir maior articulação e integração de disciplinas e das dimensões biológica, psicológica e social, maior integração teórico/prática e uma qualificação da avaliação orientada às aprendizagens. O currículo deixa de ser orientado por objetivos educacionais e passa a ser baseado em áreas de competências. Acredita-se que, com essa mudança, os conteúdos curriculares sejam explorados de forma integrada, visando ao desenvolvimento de capacidades que fundamentam a prática profissional (FAMEMA, 2003b). Com o seu desenvolvimento esse currículo se modifica e se transforma de acordo com as necessidades da comunidade acadêmica que o efetiva a partir da prática e o reconstrói constantemente para atingir o propósito do Curso de Medicina da FAMEMA

[...] a formação de profissionais capazes de desenvolver elevados padrões de excelência no exercício da medicina, na geração e disseminação do conhecimento científico e de práticas de intervenção que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde e com os direitos das pessoas (FAMEMA, 2003a, p.13-14).

O docente-tutor D1 ainda aborda outra questão referente ao currículo que se refere ao seu temor em relação à arquitetura do curso,

[...] o que é prioritário, o que deve vir primeiro, o que deve vir depois? É claro que o curso pressupõe a questão das aproximações sucessivas, da... o fato de não esgotar o assunto e fazer com que o estudante vá crescendo e com isto vai ganhando os conteúdos ai, mas ainda é uma preocupação para mim, se essas coisas estão acontecendo a contento, se a pessoa realmente tem um embasamento [...] (D1).

D1 traz a concepção de que o pensamento caminha linear e gradativamente na aquisição do conhecimento. Essa concepção, segundo Moreira (1997), tem sido questionada, porque,

[...] já se sabe que o pensamento pode dar saltos, que nem sempre a melhor ordem corresponde à seqüência lógica dos conteúdos e que os estudantes aprendem certas coisas antes de outras que lhes deveriam anteceder, desde que estimulados por processo de interação/atividade mental na escola (MOREIRA, 1997, p.100).

Moreira (1997) faz uma crítica aos desenhos curriculares elaborados segundo a prescrição de Coll, que defende o estabelecimento de seqüências que envolvam do mais simples e geral ao mais complexo e detalhado, considerando uma concepção mecânica do conhecimento e da realidade e defendendo o “[...] ‘conhecimento em rede’, que corresponde a uma nova forma de construir o conhecimento em todas as áreas de atividade humanas – das ciências aos movimentos sociais, do mundo do trabalho à comunicação social.” (GALLO, 1996 apud MOREIRA, 1997, p. 101).

As falas dos docentes-tutores sobre a avaliação do currículo mostram:

a) colocação pontual, como a do docente-tutor sobre as falhas nos conteúdos das ciências básicas; b) o envolvimento da arquitetura do currículo e da concepção do desenvolvimento do pensamento, ou seja, de maneira linear *versus* de maneira complexa e nem sempre organizada, e c) estar presente o novo movimento que começa a ser realizado na FAMEMA a

respeito do desenvolvimento curricular de unidades educacionais baseadas em sistemas e em objetivos educacionais para as unidades educacionais baseadas em problemas da prática profissional e no desenvolvimento de competências.

#### **5.1.4.15 Dificuldade de aprendizagem do estudante e estratégia para a sua superação**

Considera-se nessa temática a dificuldade diretamente relacionada com a dificuldade de o estudante aprender e não com o método. Apenas um dos estudantes entrevistados E9, considera ter dificuldade de aprendizagem.

O estudante E9 identifica a sua dificuldade de aprendizagem com o conteúdo da unidade de neurolocomotor, justifica que, “[...] nas outras unidades eu não tive dificuldade [...] Eu acho que, pra mim, que sistema nervoso é uma coisa assim, que me assusta. [...] neuro parece que eu nunca vou entender [...]”.

Como *estratégia para superação da sua dificuldade de aprendizagem* conclui,

[...] eu acho que seria muito possível assim eu resolver as minhas dúvidas numa consultoria, a hora que eu tivesse uma dúvida formulada, porque até agora tudo para mim é dúvida, mais... [...] eu percebo assim é mais uma dúvida minha. É mais uma dificuldade minha de entender do que do grupo. Mas que no fim acaba sendo resolvida na tutoria, eu acho que é mais ansiedade do que..., enquanto eu tô estudando sozinha eu fico desesperada [...] (E9).

Para essa estudante, o conteúdo relativo ao sistema nervoso é muito difícil e, ao estudá-lo sozinha, o desespero toma conta dela e não consegue compreendê-lo. Nesse momento o grupo colabora para clarear suas percepções e organizar seu pensamento, ajudando-a a aprender. O grupo serve, então, como apoio emocional e, por sua vez, cognitivo

para essa estudante, fortalecendo ainda a sua rede social de apoio com as relações estabelecidas com o grupo de estudo. Nesse momento, o grupo serve de apoio para uma problemática pessoal que tem repercussão nas dimensões cognitiva, afetiva e social. Além disso, essa estudante sabe que, se não conseguir superar sua dificuldade de aprendizagem com o grupo, existe a possibilidade de solicitar uma consultoria com um professor desta área de conhecimento.

Apesar de considerar que possui dificuldade de aprendizagem, o próprio método é visto como uma estratégia para a superação da sua dificuldade.

#### **5.1.4.16 Estratégias para superação das dificuldades dos estudantes com o método**

Todos os estudantes que se referem às *estratégias para superação das dificuldades com o método de ensino-aprendizagem* destacam o recurso da consultoria como algo que esclarece suas dúvidas, orienta-os sobre o que estudar ou até onde estudar determinado assunto. Segundo E11,

[...] a gente tava com dúvida principalmente do que estudar, porque neuro tem tanta coisa é muito complexo e a gente tava meio perdido, aí a gente marcou consultoria e além de eles tirarem as nossas dúvidas que eram pequenas eles deram uma orientada, eles falaram: ‘Olha, vocês não precisam ir tanto, vocês estão se aprofundando muito em certas coisas e deixando outras coisas importantes’.[...] foi muito válido (E11).

A consultoria é um dos recursos educacionais disponibilizado pela FAMEMA e, para esses estudantes, tem atingido a sua finalidade.



O estudante E12 estabelece um padrão para o seu estudo. Destaca os pontos mais relevantes e não se atém a detalhes e, além disso, está sempre se orientando pelo problema, “[...] eu tento ficar muito ligada com o problema, não sair muito fora do problema, [...]. Porque senão se perde mesmo, tem gente que não consegue então, eu tento sempre ficar muito ligada com o problema, eu falo: Mas, precisa estudar isso, tem relevância, está ligado?”.

Esse estudante, que tinha um padrão de estudo até o cursinho de estudar “tudo” sobre o assunto, agora seleciona o que estudar pela relevância do conteúdo em relação ao problema em estudo, atitude muito parecida com o que fazemos na prática profissional diante de uma situação problema. Desta forma, guia-se pelo problema para dirigir o seu estudo e a sua aprendizagem.

Outras estratégias destacadas pelos estudantes são a busca de apoio dos monitores, principalmente da anatomia, a utilização do laboratório morfofuncional e as conferências - oportunidades que eles têm para ouvir um professor transmitir seus conhecimentos, e onde podem esclarecer suas dúvidas sobre os temas.

Outra estratégia interessante é o reconhecimento de que, no trabalho em grupo de tutoria ou em consultorias com os estudantes veteranos, os estudantes podem superar suas dúvidas ao discutirem um problema. Como fala o estudante E7,

[...] a sessão de tutoria assim, quando todo mundo assim estudou tudo assim é uma beleza, uma coisa que eu li assim, nossa! Eu não tinha entendido desse jeito! Sendo que a possibilidade de uma pessoa esclarecer sua dúvida é muito maior, nossa, verdade! Eu não tinha entendido desse modo, então é assim. Esclarece as dúvidas mesmo (E7).

Esses estudantes começam a perceber que não estão sozinhos e começam a construir novas redes sociais, o estudante E8 fala, “[...] os veteranos ajudam bastante, ajudam muito!”.

Nas falas dos poucos docentes que se referem às *estratégias para a superação das dificuldades dos estudantes com o método de ensino-aprendizagem ABP na FAMEMA*, percebe-se a atribuição de um grande valor às consultorias para sanar as dúvidas dos estudantes. Porém, o docente D2 reconhece: “[...] as consultorias são mais frequentes no primeiro ano, depois dá uma diminuída boa [...]”, sem saber o porquê.

Considerando que um dos motivos de os estudantes buscarem a consultoria é a insegurança diante do que estudar ou o quanto estudar para aquele problema, como refere o estudante E11, pode-se supor que, nos outros anos, eles só buscam a consultoria quando têm dúvidas na compreensão do conteúdo e não sobre “o que estudar” ou “até onde estudar”. Pode-se inferir que as crises com o método diminuem.

O papel do consultor também é o de mediador do conhecimento, porque o estudante, ao procurá-lo, já estudou o assunto e chega com uma dúvida específica para o consultor que, ao responder, pode levá-lo a estudar mais um pouco sobre o assunto, ajuda-o a fazer relações entre os conhecimentos e (re)construir significativamente aqueles conhecimentos, habilidades e atitudes.

Uma das funções docentes não mencionadas e que poderia ajudar os estudantes diante das dificuldades com o método é a do orientador que, segundo a FAMEMA (2003a), sempre que necessário contribuiria para a melhoria dos desempenhos dos estudantes. Parece que essa função docente ainda não conseguiu se fazer presente no dia-a-dia dos estudantes porque nenhuma referência foi feita a ela.

#### **5.1.4.17 Expectativa em relação à ABP**

Com essa última subclasse temática finaliza-se a classe temática relativa ao *desenvolvimento da ABP no currículo da FAMEMA*. Apresenta-se o que se espera na continuidade desse desenvolvimento e quais são as ansiedades e as preocupações presentes.

Na fala do gestor aparece a expectativa de continuidade e, mais do que isso, de proliferação da ABP para outras instituições, “[...] eu acho que eu gostaria de ver isso aí multiplicado, e eu acho que tem poder de multiplicação”. Seu desejo poderá ser realizado, pois, depois de seis anos de experiência com a ABP no currículo da FAMEMA, sua credibilidade é evidente.

O docente-tutor D7 fala de sua ansiedade a respeito do desempenho futuro da 1ª turma formada em ABP no mercado de trabalho,

[...] A gente tem que estar, bem assim, com uma expectativa bem grande de saber, principalmente, de saber como é que eles vão se colocar aí, no mercado, porque o exame de residência é em cima do método tradicional, então será que eles conseguem, não conseguem, como é que vai ser isso aí? Eu acho que essa é a ansiedade maior (D7).

O estudante E6 fala desse também seu desejo, “[...] os estudantes do 1º ano querem é a segurança [...]”. Em busca desse desejo de obter a segurança também está o estudante E4, sugerindo que se os dois primeiros anos sejam com ensino tradicional, quando eles receberiam a “base” e, a partir do 3º ano, em que se trabalha com a clínica no ensino tradicional, utilizar-se-ia a ABP. O estudante E1 tem, entretanto, uma expectativa mais positiva em relação à ABP, “Aqui na FAMEMA, como eu disse, eu acho que o método tem tudo para dar certo [...]. Acho que vale a pena investir no método, mesmo com todo mundo criticando, mas com o tempo, acho que com o tempo vai melhorar, tá melhorando!”.

Desse modo, percebe-se que os que mais se angustiam com o desenvolvimento da metodologia na FAMEMA são os estudantes, apesar da opinião otimista

do estudante E1. Os docentes-tutores também se preocupam, porque se sentem responsáveis pelos estudantes/médicos que estão formando. Já o gestor, que foi um dos que impulsionaram essa mudança de currículo em ABP, continua com a certeza de que o caminho é esse e que outros poderão construir caminhos semelhantes.

Em cada expectativa está enraizada a crença na sua concepção de ensino-aprendizagem. Alguns mudaram as suas concepções, outros estão em processo de mudança e ainda expressam a dúvida e outros, bastante resistentes em mudar. A prática poderá ajudá-los a resolver seus conflitos com o método e fortalecer ou não a crença de que esse pode ser o caminho.

## **5.2. Formação médica e a ABP**

Neste momento do trabalho, será apresentada a 2ª classe temática denominada a *Formação Médica e a ABP*, que é constituída por duas subclasses temáticas: a) mudança de concepção e prática e a ABP e b) aspectos relevantes para a formação profissional do médico e a ABP.

Feuerwerker (2002) afirma que há pelo menos trinta anos, nos fóruns de discussão e reflexão sobre a educação médica, acumulam-se os argumentos favoráveis à necessidade de mudar o processo de formação do médico. O objetivo seria formar profissionais com formação geral, capazes de “[...] prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes.” (FEUERWERKER, 2002, p.1-2). A FAMEMA é uma das escolas que tem procurado investir na mudança da formação médica por meio da mudança

curricular e do método de ensino-aprendizagem e de parcerias com os serviços de saúde entre outras.

A formação médica tem sido forte e tradicionalmente centrada no biológico e, segundo Lima (2000), a abordagem biopsocossocial proposta por Engel (1997 apud LIMA, 2000) veio como modelo alternativo ao modelo biológico hegemônico. Nessa abordagem considera-se que,

[...] as condições de vida são necessárias no desenvolvimento de doenças, assim como os fatores sociais e psicológicos são cruciais na significação do estar doente e na obtenção de sucesso no trabalho das desordens orgânicas. Além disso, também a relação médico-paciente é considerada um fator importante para a mudança de comportamento do paciente e adesão deste ao tratamento (ENGEL, 1997 apud LIMA, 2000, p. 85).

Desse modo, mudar a formação médica implica mudança de concepção sobre ensino-aprendizagem, em mudança de concepção sobre saúde-doença, sobre a prática docente-discente e sobre a prática médica. Feuerwerker (2002) ainda acrescenta que são necessárias mudanças nas relações entre médicos e população, entre médicos e demais profissionais da saúde, nas relações de poder entre os departamentos e disciplinas e também nas relações da universidade com os serviços de saúde, do território local, além de mudanças no espaço social, no campo das políticas.

Pelas falas dos gestores e docentes percebe-se a presença de algumas dessas mudanças diretamente relacionadas com a ABP.

### **5.2.1 Mudanças de concepção e prática e a ABP**

O gestor G1 fala sobre a *mudança de concepção de ensino-aprendizagem e da prática na ABP*,

[...] a partir..., que se começou a tratar a educação na graduação de uma maneira mais séria e embasada em teorias pedagógicas e não simplesmente ensinar porque eu aprendi assim e todo mundo vai aprender assim, eu acho que este foi um grande salto de tentar mudar a mentalidade dos docentes e dos discentes também, dos estudantes no sentido da busca da informação [...] (G1).

Pela opinião desse gestor, os docentes passaram a um processo de reflexão sobre sua prática e concepções, passaram a fazer a sua prática sem ser meramente cópia ou reprodução de como eles foram ensinados e, por sua vez, os estudantes também o fizeram. Pelo menos uma parte dos docentes deixa de pensar “se sei fazer, sei ensinar.”. Os docentes se preocupam em como os estudantes aprendem e quais seriam as suas novas funções no papel docente na ABP. O docente-tutor D3 afirma, inclusive, que com o processo da ABP mudou sua maneira de pensar como educador e não sabe se conseguiria mais só dar aula teórica.

*A mudança de concepção e prática e a ABP na formação médica é enfatizada pelo docente D10,*

[...] eu acredito que no ensino tradicional é muito centrado, principalmente nos últimos anos de medicina, fica centrado na doença. E assim, o aluno, ele até entra numa escola de medicina com uma... com a questão social, com a questão psicológica, eu não sei tanto, mas a questão social, reconhecer um ser humano, ele até entra com essa capacidade afetiva dele, preocupado com o outro. E aí no transcorrer do curso, existe uma inversão, isso vai diminuindo, e o que ele vai ganhando de bagagem é uma questão mais técnica. Então, eu entendo, que acho que o PBL, ele seria uma tentativa para se manter isso, e fortalecer essas questões mais humanas mesmo do médico (D10).

Essa fala confirma o que escreveu Lima (2000) sobre o modelo biológico e o desafio de se construir a abordagem biopsicossocial na formação médica. Existe até o momento a crença de que a ABP poderá ajudar a fazer essa mudança na formação do

médico, com uma perspectiva mais ampliada sobre o paciente, como ainda fala o docente-tutor D10 “[...] mais preocupada com a pessoa de uma forma geral, como um todo, não como uma parte desse todo, [...]”.

Na concepção de saúde-doença desse docente-tutor D10, que é médico e da área da psiquiatria, é clara a percepção de que a doença não é centrada apenas na dimensão biológica. Já existe, portanto, a intenção de um fazer como docente-tutor que considera as outras dimensões, como ele mesmo reconhece ao afirmar que os estudantes no ensino tradicional iam perdendo a valorização da dimensão social com o transcorrer do curso.

Para haver transformação na formação médica são necessárias, segundo FEUERWERKER (2002), outras mudanças além das identificadas pelos entrevistados. O caminho começa a ser construído e os percursos podem mostrar novas necessidades neste processo de (re)construção curricular.

## **5.2.2.Aspectos relevantes para a formação profissional do médico e a ABP**

A seguir serão apresentados vários aspectos considerados relevantes para a formação profissional do médico e que são considerados possíveis de serem trabalhados na ABP da FAMEMA. Os gestores não falaram a esse respeito.

### **5.2.2.1 Visão da pessoa nas dimensões biológica, psicológica e social**

A FAMEMA propõe que a organização do conhecimento dos estudantes deve ser facilitada para a exploração, em cada situação ou problema, das três dimensões - biológica, psicológica e social.

Segundo um dos Guias do processo de ensino-aprendizagem (FAMEMA, 1998), para o estudo da dimensão biológica nas unidades educacionais podem ser acionados subsídios de disciplinas como anatomia humana, biologia celular, histologia, embriologia, genética e evolução, fisiologia, biologia molecular, bioquímica, farmacologia, patologia, parasitologia, microbiologia, imunologia, nutrição, clínica médica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia e pediatria, dentre outras.

A dimensão psicológica diz respeito à subjetividade do ser humano, aos processos mentais (cognitivos e emocionais) que influenciam sua maneira de ser de maneira singular. Incluem também o estudo das inter-relações destes indivíduos com a família, no trabalho e em outros grupos. A relação médico-paciente deve caracterizar-se pelo respeito à autonomia do paciente e por uma adequada dinâmica de comunicação com o mesmo, pautada pelo respeito e pela ética, articulando as interfaces com os processos biológicos.

Para reconhecer a dimensão social nos problemas deve-se buscar compreender o caráter social do processo saúde-doença. Nesse momento, está presente a concepção de saúde-doença que considera outros determinantes além do biológico. Outros aspectos importantes da dimensão social dizem respeito à compreensão da organização social, da estrutura social, dos fatores singulares presentes em cada pessoa na explicação de sua saúde ou doença e como cuida da promoção ou recuperação da sua saúde. Ainda nos aspectos singulares, pode-se identificar a herança genética e constitucional de cada indivíduo (dimensão biológica) e seu afeto em relação a si mesmo, a seu processo saúde-doença e às pessoas com as quais se relaciona (dimensão psicológica). Nos documentos da FAMEMA consta que,



Ao integrar as três dimensões, o programa do curso de medicina visa à formação de um profissional de saúde mais adequado às necessidades da sociedade, capaz de identificar sua história e seus determinantes e, acima de tudo, de comprometer-se socialmente com essas pessoas, trabalhando para a melhoria de suas condições de saúde e de vida (FAMEMA. 2003a, p. 16).

Apesar de terem sido introduzidas no currículo as disciplinas de Psicologia, Antropologia e Sociologia, o ensino dessas disciplinas, no ensino tradicional, é fragmentado e, muitas vezes, os professores tentam ensinar os conteúdos como se ensinassem suas profissões (FEUERWERKER, 2002). Também muitas vezes, esses docentes pouco se comunicam com os docentes de outras disciplinas.

Assim, uma das possibilidades de integração dos conhecimentos e das referidas dimensões é trabalhar esses conteúdos, habilidades e atitudes em “situações problemas”, situações que simulam as práticas médicas, que propiciem a articulação dos conteúdos para a compreensão e explicação do problema. O tutor precisa facilitar a construção desse olhar dos estudantes sobre a pessoa de maneira global nas três dimensões. Concomitantemente, deve haver a mudança no olhar do tutor, também, já que provavelmente, antes da ABP, tinha um olhar mais dirigido a sua área de conhecimento especializado.

As falas dos docentes-tutores e estudantes mostram como estão as concepções quanto à compreensão do paciente. O docente-tutor D1, das ciências básicas, assim se expressa sobre a ampliação do olhar sobre a pessoa,

[...] eu tenho uma tendência natural a uma competência biológica, as competências biológicas, o indivíduo que consegue entender a fisiopatologia das doenças, uma série de coisa. É... então, mas o que acontece? Muitos médicos também, eu acho a maioria esmagadora ainda tem esta questão [...] É... pra mim foi um avanço muito grande o fato de se colocar neste bojo todo as competências não biológicas né? [...] (D1).

Nessa fala se nota a mudança no olhar do docente que não é médico e sim especialista de uma área das ciências biológicas. Como o seu olhar começa a se ampliar sobre a pessoa, este tutor é um dos facilitadores da transformação dos olhares dos estudantes.

O docente-tutor D6 explicita um pouco o que é esta *visão da pessoa nas dimensões biológica, psicológica e social*: “[...] uma visão ampliada do ser humano [...] a gente espera que ele possa olhar para esse indivíduo enquanto um ser social, que pensa, que sente, que age e não só que fica doente”.

Entretanto, o docente-tutor D3 alerta para o fato de que a integração dos conhecimentos destas dimensões pode estar acontecendo nas tutorias, mas, não tem ocorrido na prática médica, “[...] existe uma distância entre o que se discute, o que se estuda do que se aplica nos serviços aqui na Faculdade [...]”. Com isso, pode-se inferir que os docentes e estudantes embora estejam começando a mudar o seu discurso, e suas concepções sobre o processo saúde-doença, a ação, a prática médica, ainda não mudou. Parece que a FAMEMA está em um período de várias transições como aponta a fala do docente-tutor D7, que é médico e defende o estudo das três dimensões, “[...] porque no dia-a-dia ele não vai fazer outra coisa a não ser atender e se relacionar e ter que trazer uma resolução para o problema que o paciente está trazendo para ele [...]”. Nesse sentido, apesar de defender a compreensão global do paciente na relação estabelecida, o paciente encontra-se na situação de passivo. Terá um médico que se relaciona com ele e não só com a doença, mas desconsidera que este paciente pode tomar decisões e encontrar soluções. A relação parece esta: o médico decide e transmite, o paciente recebe e “faz”. O direito à autonomia não foi valorizado, porque o usuário, como sujeito, não foi considerado. Esta tem sido uma prática hegemônica entre os profissionais da saúde, porém, o que se observa é que nem sempre o paciente faz o que o médico orienta.

A visão ampliada da pessoa parece se referir apenas ao patológico, sem considerar os aspectos saudáveis da pessoa. Segundo docente D10, “[...] não só pensando na questão só biológica, mas tentando enxergar o ser humano, e que ele tem outras instâncias, que não só a biológica, que não há só a doença, que por trás dessa doença provavelmente tem

a questão psicológica, tem a questão social né? [...]”. Parece que nessa fala o docente associa a dimensão biológica com a doença e desqualifica essa dimensão quanto a aspectos saudáveis que também apresenta. Acreditamos que no fazer médico também deve estar sendo valorizado o aspecto saudável do paciente, como um aspecto positivo entre outros negativos presentes no ser humano, como estratégia de fortalecimento da auto-estima e por sua vez do auto-cuidado.

Retomando a questão da mudança na formação médica do ensino tradicional centrado na doença e da ABP da FAMEMA, que valoriza as três dimensões na compreensão e no manejo do cuidar das pessoas, o docente-tutor D12 faz uma auto-crítica:

[...] a visão global do indivíduo, não só do biológico, e isso também, eles têm estímulo desde o 1º ano, não só na tutoria, mas também na Interação Comunitária, onde eles começam a ver a sociedade, o doente, a doença desde o início [...] *ver o indivíduo como um todo*, acho que a gente, *eu demorei muito para enxergar isso* e hoje eu estou estimulando que os alunos enxerguem isso ou vejam isso o mais breve possível, acho que isso é importante (D12, grifo nosso).

Mais uma opinião favorável à *visão da pessoa nas dimensões biológica, psicológica e social*, de alguém que possui alguns anos na prática médica e cuja experiência provavelmente lhe mostrou essa necessidade de compreensão global do paciente. É um docente-tutor médico que está exercendo a flexibilidade cognitiva e da ação na prática médica. Como referiu Sá-Chaves (2002), o professor também se transforma, aprende, e exerce a reconstrução permanente de seus conhecimentos e práticas.

Os estudantes, por sua vez, valorizam também a integração das três dimensões. Conforme o estudante E12, “[...] para a gente não ver o paciente como um pé quebrado, como uma mão quebrada, ver o paciente como um todo [...]”. Esses estudantes estão no 2º semestre do 1º ano médico na Unidade Educacional de Neurolocomoção e apresentam provavelmente esta compreensão por influência também dessa unidade educacional, como endossa o estudante E8: “[...] não adianta nada você cuidar da doença se você não está cuidando da pessoa, a pessoa doente não é só porque está doente é uma pessoa

que está sentindo falta de outra pessoa, está carente, ta precisando e não só do remédio, de uma pessoa pra poder às vezes só conversar [...]”.

Alguns estudantes não conseguem valorizar a dimensão social, talvez porque essa dimensão é a que os deixa mais impotente. Como são adolescentes e de classe sócio-econômica diferente da maioria dos pacientes, lidar com a complexidade dessa dimensão é algo que terá de ser construído ao longo das séries. O estudante E3 não explicita na sua fala a dimensão social como algo importante para a formação do médico, “[...] eu acho que um médico competente é aquele que vai saber analisar todos os aspectos da medicina, da psicologia, do corpo, é... da mente tudo! Esse vai ser o bom médico”.

O estudante da 1ª série do curso médico da FAMEMA inicia em 2002 os primeiros contatos com a realidade de saúde das pessoas, no problema escrito, simulado e nas atividades práticas de Interação Comunitária e Habilidades Profissionais. Acreditamos que essas atividades podem ajudá-lo a sair da sua alienação e ir construindo caminhos para intervir na melhoria das condições de saúde e de vida da população. Segundo E8,

[...] você tem uma outra visão de mundo, a maioria [estudante] é classe média né, você não tem idéia de gente que mora em barraco, de gente que mora em uma casa sem luz, sem esgoto, sem móveis, então você tem contato com uma outra realidade, eu acho que isso faz você crescer muito [...] (E8).

Alguns estudantes acreditam que é importante conhecer e intervir nesta realidade; outros querem fugir dela, não gostam de se aproximar e preferem os consultórios e as enfermarias protegidas. Ajudá-los a enfrentar esses desafios é função dos docentes da FAMEMA, bem como intervir na prática profissional para melhorar a qualidade dos atendimentos e, por sua vez, as condições de vida.

A visão da pessoa nas dimensões biopsicossociais não pode ficar restrita apenas às discussões e ao estudo nas tutorias, precisa ser utilizada na prática profissional.

### 5.2.2.2 Humanização

Os termos humanismo e humanização têm sido muito utilizados atualmente na área da saúde, inclusive com a Política Nacional de Humanização. Como afirma Gallian (2001/2002), durante muitos anos da História da Medicina, o saber humanístico se constituiu em fonte quase exclusiva do saber médico, mas isso começou a mudar a partir do século XIX, em que a “biologização” e a “cientificação” passaram a vigorar. Percebe-se, atualmente, a existência de um movimento de retomada desse saber humanístico. Marañón apud Gallian (2001/2002, p.3), afirma que ‘o humanismo é muito mais gesto e conduta que, em seu sentido estrito, saber’.

O Ministério da Saúde define humanização como

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- identificação das necessidades sociais de saúde;
- mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como

foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;  
- compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004, p.17).

Essa definição mais ampla sobre humanização está inserida nas políticas públicas de saúde no atual governo federal.

Na opinião de alguns estudantes, a *formação médica em ABP na FAMEMA* possibilita que eles tenham uma formação mais humanista. Segundo o estudante E1, “[...] o método da FAMEMA, não sei os outros lugares, eu acho que ele humaniza muito mais a nossa formação, porque tem muita coisa voltada ao psicológico ou psicossocial [...] eu vou ser uma estudante muito mais humana vendo o indivíduo como um todo mesmo.”.

O estudante E9 dá exemplo desta compreensão global da pessoa nas dimensões psicossociais,

[...] e a gente consegue visualizar que tem tudo a ver né, se a pessoa... Onde a pessoa vive? Como que ela vive? Qual a situação que ela tá passando e o que que aquilo tem a ver? Eu acho que isso contribui bastante, vai me formar um profissional diferenciado eu acho. [...] Eu acho que ajuda bastante a você se formar uma pessoa assim mais ligada na realidade [...] (E9).

Os estudantes E1 e E9 consideram, então, que sua formação médica será mantida nesta perspectiva humanista durante todo o curso.

O resgate do *humanismo* na formação médica, como refere Gallian (2001/2002), está presente na fala do docente D10, “Olha eu acho que humanismo, eu acho que a principal é o humanismo, se a pessoa conseguir manter essa questão do humanismo, aí ela vai ser um bom médico, ela conseguir enxergar o outro, se colocar no lugar do outro, acho que é o básico. [...]”. Esse docente-tutor médico elege essa visão humanística, como um dos *aspectos mais importantes na formação médica* e acredita que a ABP pode ajudar nessa formação.

Os docentes-tutores que não são médicos, em sua maioria, também salientaram a importância do *humanismo* na formação médica, confirmando o movimento que está sendo incentivado inclusive pela política nacional de humanização.

Todos falam do humanismo do médico para com o paciente. E como será que está o humanismo para o estudante e para o professor dentro da FAMEMA? Estes se sentem tratados como pessoa? Quais as suas necessidades no desempenho destes papéis? Falar em humanismo e trabalhar em prol desta filosofia requer modificações em várias relações, não só na do médico para com o paciente, mas na relação professor-estudante, instituição de ensino e professor, funcionários, professores e estudantes. Uma demanda vai gerando outra até que o resgate do ser humano seja valorizado nas relações interpessoais e as técnicas médicas possam ser temperadas com o ingrediente afetivo, sendo mais prazeroso o sabor do fazer médico.

### **5.2.2.3 Aprendizagem auto-dirigida e contínua (aprender a aprender)**

O resgate na literatura mostra que a ampliação da habilidade de aprendizagem auto-dirigida é uma das metas da ABP como afirmam Norman e Schmidt (1992). Segundo as propostas da FAMEMA (1998), também se reconhece que a ABP é apoiada nessa habilidade de aprendizagem. Os estudantes devem desenvolver a habilidade de identificar continuamente as necessidades de aprendizagem diante de um problema, levantar questões, identificar os melhores e disponíveis recursos (humanos, bibliográficos, institucionais, eletrônicos e comunitários) e o seu uso adequado, desenvolver um método próprio de estudo e avaliar criticamente os progressos obtidos.

Os estudantes e docentes-tutores entrevistados salientam esse aspecto como relevante para a formação profissional do médico.

A autonomia adquirida em aprender a estudar determinado tema ou problema é destacada pelo estudante E9, “[...] o simples fato de eu ter que pesquisar as coisas pra estudar, eu acho que já é uma coisa que vai me ajudar me virar quando eu não estiver aqui, [...]”. Na fala desse estudante, o que parece a princípio um fato negativo (não receber do professor as informações dos conteúdos das disciplinas) é referido como um “simples fato” e reconhecido como algo de valor para a sua vida profissional. Fica clara nessa fala a compreensão de que a aprendizagem deve ser contínua por toda a vida.

A mudança de hábito diante do estudo, em estudar sempre e, não apenas na véspera das provas, é valorizado pelo estudante E2, que se sente independente para estudar apesar de não estar sozinho porque a Faculdade oferece o apoio do orientador,

[...] se você cria o hábito de estudar e você vê que... numa Faculdade você não tá mais dependendo de ninguém você tem de andar com as suas próprias pernas, você tem que se virar porque é a sua vida que tá em jogo, então se este método proporciona a você escolher o que estudar, dedicar o seu tempo melhor, dedicar o seu tempo a uma aprendizagem mais efetiva que você achar melhor para o seu futuro, você pode se formar igual, no mínimo em igualdade com o tradicional, senão até melhor porque você trabalhou seis anos aquilo. E eu acho que você tem os orientadores que a Faculdade dispõe [...] um serviço que a Faculdade põe a nossa disposição (E2).

Esses estudantes compreendem que ir à busca das informações e estudar contínua e independentemente, se bem que contando com o apoio da Faculdade, são estratégias que poderá fazê-los profissionais diferentes de quem estuda no ensino tradicional, inclusive mais preparados a realizar pesquisa, como fala o estudante E1.

Os docentes-tutores destacam também que um aspecto importante relativo a esse tipo de aprendizagem na ABP é que eles vão sair da Faculdade sabendo que terão de estudar para o resto da vida. Como destaca o docente-tutor D10, a aprendizagem contínua é o segundo aspecto mais relevante na formação do profissional médico. O docente-



tutor D8, que também é médico, acredita que a ABP é um “terreno perfeito” para que essa aprendizagem contínua aconteça, “[...] porque de uma certa forma você vai ensinar essas pessoas, esses alunos, esses estudantes a estarem sempre ligados com o processo de se... de reverem, de melhorarem, de aprimorarem.”.

Os docentes-tutores que não são médicos também esperam que os estudantes em ABP sejam capazes de ir à busca de conhecimentos sempre que não souberem alguma coisa, como fala o docente-tutor D6, “[...] não sair da Faculdade e achar que ele já aprendeu tudo, mas que ele está em constante aprendizado.”. Aprendam a aprender, como fala o docente-tutor D3, que fez a defesa do *aprender a aprender* pautada na impossibilidade óbvia de todos os conhecimentos sobre a medicina serem ensinados.

O aspecto da responsabilidade pessoal em estudar é associado a esta *aprendizagem contínua*, segundo o docente-tutor D5, “[...] ele vai sair não se sentindo pronto, ele não acabou, certo? [...] no final do curso, ele vai... terminar um período mais tutorado vamos dizer, mas, ele sabe que vai sair com uma responsabilidade grande de estar continuando o desenvolvimento dele pelo resto da vida.”.

Desse modo, tanto na concepção de aprendizagem dos docentes-tutores médicos e dos que não são médicos, a aprendizagem é algo contínuo. A transmissão de conteúdo cede sua importância ao desenvolvimento da capacidade de buscar as informações, selecioná-las, utilizá-las na aplicação do problema e avaliar o próprio processo de aprendizagem.

Os estudantes da 1ª série que se sentem adaptados à ABP percebem também benefícios com a mesma, no que diz respeito à mudança de hábito para estudar, aprender a pesquisar, e aprender que sempre terão de aprender. Desenvolvem autonomia para aprender e melhoram sua auto-confiança.

#### 5.2.2.4 Trabalho em equipe (grupo)

A FAMEMA, em relação à estratégia de se trabalhar em ABP, optou por pequenos grupos nas tutorias, visto que

[...] propicia que o pensamento crítico seja encorajado e argumentos levantados; idéias podem ser construídas de maneira criativa, novos caminhos podem ser estabelecidos, permitindo a análise coletiva de problemas que espelhem a prática profissional futura. [...] um laboratório para aprendizagem sobre a interação e integração humana, onde estudantes podem desenvolver habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal e a consciência de suas próprias reações no trabalho coletivo, constituindo uma oportunidade para aprender a ouvir, a receber e fazer críticas, e por sua vez, oferecer análises e contribuições produtivas ao grupo [...] promovem a oportunidade para a auto-avaliação [...] (FAMEMA, 2003a, p.7).

Aprender a trabalhar em pequenos grupos é preparação para o trabalho profissional em equipe e para o trato com a diversidade humana. Contribui também para alargar a compreensão e definir a ação nas situações simples e complexas do mundo do trabalho.

Dois estudantes falam de maneira semelhante sobre esta aprendizagem de se *trabalhar em grupo*, destacando-a como um dos *aspectos relevantes da sua formação médica em ABP*, a *formação para o trabalho em equipe*. Segundo o estudante E9,

[...] e uma capacidade de trabalhar em grupo que se você não conseguir até o final, você não termina o curso né? Então é uma coisa que você vai desenvolvendo, mesmo que não seja o seu forte. Aí depois você vai precisar de uma equipe e discutir o caso e um profissional de outra área, então eu acho que isso também contribui (E9).

Nas falas dos docentes-tutores também está presente a valorização da *formação para o trabalho em equipe*, característica essencial para a formação profissional do médico. O docente-tutor D1, que não é médico, fala, “[...] trabalhar em grupo faz parte também, é uma coisa quase que única que ele aprenda a se relacionar com os colegas e coletivamente chegar e ir melhorando.”. O docente-tutor D11, que é médico, considera isso um grande desafio, “[...] o trabalho em equipe é um grande desafio, não é? Eu não sou melhor do que ninguém, eu tenho a minha posição, eu tenho a minha função, eu tenho que desempenhá-la por mim, mas articulado junto com outras pessoas. [...]”. Quando esse médico, o único que destaca o trabalho em equipe e que o coloca como um desafio, dá esse depoimento, talvez esteja falando das relações existentes entre médicos e outros profissionais e entre os próprios médicos, em que alguns se apropriam de conhecimentos especializados e se consideram sabedores e auto-suficientes no seu fazer. Ele está falando da mudança na prática do fazer médico, da hierarquia existente na área da saúde, e principalmente do desrespeito entre os profissionais existente ainda hoje. São aprendizagens que, na ABP, se tenta trabalhar e dizem respeito principalmente à dimensão afetivo-relacional, a troca da competição pela cooperação e solidariedade, a mudança de concepção sobre o processo de saúde-doença e a possibilidade de se trabalhar com a diversidade entre os profissionais.

Os estudantes iniciantes, por outro lado, têm uma expectativa positiva de que irão conseguir até o final do curso trabalhar em grupo e em equipe. Talvez para eles seja mais fácil acreditar porque são adolescentes e têm a tendência, nesta etapa do desenvolvimento, em se agrupar, porque ainda não estão impregnados do fazer médico

tradicional e, finalmente, porque estão tendo mais oportunidades, desde a sua formação médica, para vencer este desafio do trabalho em grupo que precisa lidar com as diferenças.

#### **5.2.2.5 Habilidades de raciocínio crítico e clínico**

Durante o curso médico em ABP, desenvolver a habilidade de raciocínio crítico significa envolver a compreensão de conceitos fundamentais, princípios e mecanismos pela utilização dos métodos dedutivo e indutivo e da análise de evidências e inferências na formulação e aplicação do conhecimento. É necessário refletir, comparar, avaliar e fazer um julgamento (FAMEMA, 2002a).

Os estudantes adquirem uma auto-percepção de que são mais críticos diante das informações e da prática, como fala o estudante E7, “Eu acho que você acaba tendo uma visão assim bem mais crítica, você acaba selecionando, eu acho que isso contribui bastante, [...]” para a formação médica. O estudante E12 diz que desde a 1ª série o estudante já tem contato com o paciente e é “[...] uma responsabilidade enorme, mas é muito interessante porque já formam médicos mais críticos [...]”. O fato de os estudantes entrarem em contato com a realidade do paciente no cenário de atendimentos e nas visitas domiciliares amplia a compreensão sobre o paciente e eles se consideram com mais capacidade de analisar

a situação. O estudo sobre a realidade amplia o seu raciocínio, e essa habilidade será desenvolvida ao longo do curso.

O estudante E9 tem a compreensão de que a habilidade de raciocínio crítico e clínico é desenvolvida a partir dos problemas de tutoria.

Para a minha formação eu acho que primeiro, o raciocínio que a gente é obrigado a fazer a partir de um problema, porque a gente recebe o problema sem saber nada dele né, nunca vimos aquilo, e a gente tem de tirar ali aonde a gente vai chegar né. Então eu acho que isso dá pra gente um raciocínio que é diferente do que seria no método tradicional, eu acho que é bem melhor (E9).

O docente-tutor D6, que não é médico, define a pessoa com raciocínio crítico como, "[...] não é fazer tudo mecanicamente, mas parar e pensar no que eu estou fazendo, como posso fazer para ser melhor, etc. Então é isso que eu defino mais crítico, não é só aquele que fala, mas é aquele que age de maneira diferente.". Esse docente espera que, ao final do curso médico em ABP, um dos aspectos desenvolvidos no estudante seja o de ser um profissional de fazer mais crítico.

A utilização da *medicina baseada em evidências* contribui para o *raciocínio clínico e crítico* é valorizada pelo docente-tutor D1, "[...] a questão de você fundamentar o seu raciocínio na literatura, nas evidências e tudo mais". A *medicina baseada em evidências* tem sido mais um dos recursos utilizados pelos estudantes e docentes da FAMEMA, tanto que alguns docentes fazem especialização na área para implementar essa ferramenta nas tutorias, contribuindo com a seleção e análise crítica da literatura, selecionando os trabalhos que trazem evidências sobre a tomada de decisões clínicas.

No ensino tradicional, o *raciocínio clínico* era trabalhado a partir da 3ª série e, na ABP, essa habilidade começa a ser desenvolvida desde a 1ª série, possibilitando aos estudantes maiores oportunidades.

#### **5.2.2.6 Habilidades clínicas e de comunicação**

As habilidades clínicas compreendem a coleta de dados e informações por meio de entrevista (anamnese) e exames, envolvendo habilidades de comunicação, realização de exame clínico, indicação de exames complementares, raciocínio fisiopatológico, análise de decisões clínicas, formulação de hipóteses diagnósticas, comunicação de resultados/diagnóstico/prognóstico, prescrição terapêutica e orientação ao paciente, ao cuidador e aos familiares (FAMEMA, 2002a).

Venturelli (1997) afirma também que a área da comunicação é deficitária na formação médica, e a habilidade de aprender a se comunicar com as pessoas e grupos humanos é fundamental para a competência médica.

O desenvolvimento das *habilidades clínicas* é importante não só como técnica, mas para que o estudante compreenda o modo (como), a causa (o porquê) e a finalidade (para quê) está fazendo uma atividade prática, ou seja, que essas habilidades possam ser significativas para os estudantes. Em busca desse significado, os estudantes

desenvolvem habilidades e atitudes profissionais em vários cenários da prática profissional, tais como hospitais, ambulatórios, UBSs, USFs e nas visitas domiciliares.

Na opinião do estudante E12, as atividades na prática médica desde a 1ª série proporcionam saber lidar com o paciente, o que considera muito importante para a sua formação profissional. As atividades práticas no ano de 2002 eram previstas nas Unidades Horizontais - Interação Comunitária e Habilidades Profissionais - e em algumas atividades programadas das Unidades Verticais.

Outro aspecto destacado na comunicação médico-paciente é o da empatia. E5 é um estudante que se coloca com a preocupação na pessoa, na relação médico-paciente e não na doença em específico.

[...] empatia pelo paciente que consegue sei lá, atender as expectativas que o paciente vai lá né? O paciente quer resolver o problema dele, tanto o social, como o psicológico, como o biológico [...] o médico competente é aquele que além de ter o conhecimento, consegue mostrar para o paciente: 'Oh eu tenho o conhecimento, eu to interessado em você e quero te ajudar' (E5).

Os estudantes destacam, entre as *habilidades clínicas*, a *habilidade de comunicação* com o paciente. O que também não significa que os outros aspectos trabalhados nessas unidades não sejam importantes para eles. Parece que na situação-problema, simulada no papel, a preocupação dos estudantes é com os seus conhecimentos e, nos problemas reais dos pacientes, a preocupação concentra-se inicialmente na comunicação, na relação médico-paciente, talvez porque essa é a porta de contato entre eles, ou seja, primeiro precisam se comunicar para, depois que se fizerem compreender, levantar hipóteses e intervir.

Na sua experiência com a tutoria, o docente-tutor D2, que não é médico, fala a respeito de terem discutido como coletar uma história do paciente, considerando importante também para a formação profissional a habilidade técnica de como abordar o paciente e como se comunicar com ele.

A *habilidade de comunicação* também é destacada pelo docente-tutor D3 no aspecto da relação médico-paciente como algo importante a ser trabalhado na formação profissional do médico. O docente-tutor D11, que vivencia a prática médica, considera importante a área da *comunicação na formação profissional do médico*, “[...] a área do respeito pelo paciente [...]” e acredita que isto é um grande desafio a ser conquistado. Mais uma vez o desafio está colocado e não é à toa que se tenta resgatar o *humanismo*.

A relação médico-paciente é um conteúdo trabalhado nas discussões dos problemas das tutorias e na Unidade de Interação Comunitária e, em específico, na Unidade de Habilidades Profissionais, na área de comunicação, enquanto conhecimento, atitudes e emoções dos estudantes. A relação médico-paciente é trabalhada em todos os cenários de aprendizagem e prática médica, porque é uma habilidade a ser construída durante todo o curso médico.

Já o docente-tutor D12, que é médico, não fez menção a uma habilidade em específico, mas, considera a *destreza* como o terceiro *aspecto mais importante na formação profissional do médico*, “[...] destreza, que é uma coisa muito pessoal, quer dizer, então, eu acho que isso cada um vai ter que ver aquilo que se identifica melhor e tentar encaminhar suas destrezas, o que ele se sente mais apto para ser [...]”. D12 defende que o estudante deve identificar as suas *destrezas*, aquilo para que ele tem mais facilidade e investir na área, em oposição à proposta de formação generalista da FAMEMA, ou seja, não se preocupar com as especializações e, sim, enfrentar os desafios diante de sua formação, procurando superar as dificuldades até mesmo no aspecto das destrezas para uma formação generalista do médico, de acordo com o perfil das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina (BRASIL, 2001). Talvez a concepção sobre a formação profissional do docente-tutor D12 ainda esteja pautada na sua formação enquanto especialista de uma área



do conhecimento médico, apesar de defender também a compreensão biopsicossocial do paciente.

### **5.2.2.7 Formação generalista**

*A formação generalista é a que se contrapõe às atuais formações de especialistas médicos. Os médicos, atualmente, ao completarem a graduação ainda vão se dedicar à sua formação especialista. Como o mercado de trabalho acaba não conseguindo absorver todos estes profissionais especialistas, eles retornam, então, ao mercado de trabalho como médicos gerais. Tal ciclo se mostra altamente ineficiente, tanto pelo custo quanto pelo tempo de investimento na formação. Venturelli (1997) acredita que a formação médica pode ser feita com melhor qualidade na formação da graduação, e o importante é que os médicos saibam aprender a aprender e responder às necessidades de saúde da população. Ainda afirma que a universidade não precisa dar toda a informação ao estudante, mas deve formar um indivíduo capaz de formular perguntas e de encontrar suas respostas.*

O docente-tutor D2, que não é médico, tem essa compreensão sobre a formação profissional do médico pela FAMEMA. Ele fala que o médico formado na FAMEMA vai ser “[...] um médico generalista mesmo, não assim, não voltado a alguma especialidade [...]”, pelo menos no que diz respeito à sua formação na graduação, porque,

apesar de formar um médico geral, isto não impede que os médicos formados procurem as especializações. A criação das Ligas, existentes tanto na FAMEMA quanto em outras escolas médicas, denuncia esse percurso para a especialização. Na opinião do docente-tutor D4, alguns estudantes muitas vezes “[...] se preocupam mais com as Ligas do que as sessões de tutorias [...]”. O estudante desde a 1ª série já quer participar e se submete a uma prova para participar das Ligas. Como sabemos, esse processo de transformação é lento e não é determinado apenas pelo currículo prescrito. O currículo da FAMEMA possibilita ao estudante participar daquilo que o estudante considera importante para a sua formação, inclusive verificar se o caminho da especialização será o dele.

O docente-tutor D5, que não é médico, defende a *formação geral* para “[...] atender em nível de primeiros cuidados e prevenção, conhecimentos abrangentes para dar conta de um trabalho, por exemplo, numa UBS, no Programa de Saúde da Família, onde você vai atender criança, adulto, idoso... [...]”, endossando a proposta da FAMEMA.

Os docentes-tutores médicos não elegem a *formação generalista* do médico como um dos aspectos relevantes para a formação profissional do médico, talvez, como foi mencionado anteriormente, pela forte influência da sua própria formação como especialistas sendo esses docentes os que conseguiram se manter e sobressair no exercício de suas especializações.

Na opinião do estudante E11, a formação geral é importante, mas não invalida a escolha de uma especialidade, “Eu acho que você pode se especializar, mas eu acho que você tem de saber de tudo um pouco, porque senão você deixa o seu paciente angustiado ao dizer ‘Olha isso eu não sei, então você procura outro’.”. A fala do estudante foi simplista, mas, geralmente o que acaba acontecendo na prática médica é isso, - um especialista encaminha o paciente para o outro especialista ou para outros. O médico que a FAMEMA pretende formar é o que tem a formação geral e permanente e que saiba ir à busca do que ele

não sabe para atender as necessidades dos usuários. Embora assuma o seu limite, saiba encontrar estratégias para lidar com esse limite.

#### **5.2.2.8 Integração teórico-prática e básico-clínica**

O currículo em ABP da FAMEMA busca a integração teórico-prática e básico-clínica para atingir essa formação generalista, humanista, integral e com maior resolutividade diante das situações de saúde das pessoas. A realidade exige a integração de conhecimentos, capacidades e atitudes. Assim sendo, trabalhar com problemas da realidade da prática médica é uma das estratégias para facilitar a aprendizagem dos estudantes, no exercício com excelência da prática profissional. Os problemas simulados no papel e as atividades práticas na Unidade Educacional de Interação Comunitária e nas Habilidades Profissionais no currículo em ABP visam à integração da teoria e a prática. *A integração da teoria e a prática é um dos aspectos considerados relevantes na formação do profissional médico e a ABP* referido tanto por estudante quanto por docente-tutor.

O estudante E12 fala sobre a integração teoria-prática que é realizada desde a 1ª série do curso médico: “[...] a gente está sempre já lidando com problemas da vida real, que pode a gente sair, ir ao hospital e ver [...] a teoria é muito importante que a gente aprenda, uns ficam mais perdidos outros não, mas consegue e... saber juntar as duas coisas [...]”.

No ensino tradicional o estudante ia ter contato com os pacientes somente no 3º ano médico. Antes disso, apenas com o cadáver. Começavam o contato com o ser inanimado, em vez do contato com a vida, com as pessoas e o que se refere a conhecer *in loco* o contexto de vida das pessoas era algo mais distante ainda.

O docente-tutor D12, que é médico, valoriza a possibilidade que o estudante tem para a sua formação profissional em ABP de conhecer o contexto de vida das pessoas desde a 1ª série, “[...] a visão global do indivíduo, não só do biológico, e isso também, eles têm estímulo desde o 1º ano, não só na tutoria, mas também na Interação Comunitária, onde eles começam a ver a sociedade, o doente, a doença desde o início [...]”. Esse docente-tutor D12 considera relevante a compreensão do processo saúde-doença, do contexto de vida da pessoa, para as intervenções na doença da pessoa. É importante destacar que a busca da integração teoria-prática desde o início do curso, um dos aspectos almejados pelo curso médico da FAMEMA, foi mencionado por apenas um docente e um estudante.

*A integração básico-clínico é mencionada por um dos docentes-tutores como sendo um dos aspectos relevantes na formação profissional do médico e a ABP.* Nenhum estudante fez menção a esse aspecto, talvez porque a maioria dos estudantes fala da sua dificuldade em lidar com os conteúdos das ciências básicas nos problemas das tutorias e alguns ainda expressam o desejo de ter atividades com aulas expositivas sobre esses conteúdos. Parece que não conseguem perceber a integração básico-clínico na 1ª série. São estudantes que comparam a ABP com o ensino tradicional da anatomia, bioquímica, embriologia, entre outras disciplinas, e expressam o seu pesar de estarem perdendo estes conteúdos, como se eles tivessem que ser aprendidos antes dos conteúdos clínicos e na 1ª série. Ainda não perceberam que esses conteúdos serão estudados durante todo o curso médico e por toda a vida no contexto da prática médica em problemas clínicos ou da saúde

coletiva, ou seja, integrando sempre as ciências básicas com as clínicas. Barrows (1994) mostra que o ensino tradicional não garantia que os estudantes aplicassem os conteúdos das ciências básicas na prática clínica ou médica.

Na ABP procura-se providenciar um contexto de aplicação dos conhecimentos das ciências básicas, articulando-os com os da ciências clínicas numa abordagem interdisciplinar.

O currículo prescrito na FAMEMA contém esta intenção, porém, o planejamento, a execução e a prática mostram desafios no sentido do trabalho interdisciplinar, segundo as falas dos entrevistados e nas concepções de ensino-aprendizagem presentes no cenário da prática, que continuam influenciando o fazer integrado das disciplinas e dos conhecimentos.

O docente-tutor D5 reconhece a intenção da FAMEMA em promover a integração, “[...] acho que a metodologia aprendizagem baseada em problemas de um modo geral tem uma preocupação com a integração de disciplinas básico-clínicas, das dimensões biológica, psicológica e social [...]”. A busca da integração é uma meta a ser conquistada na formação do médico na FAMEMA.

#### **5.2.2.9 Promoção de saúde**

O docente-tutor D6, que não é médico, considera importante destacar o cuidado com as pessoas para a manutenção da saúde das mesmas, como sendo um dos aspectos fundamentais na formação do médico, que deve exercer a sua função de maneira integral. Esse docente é o único que menciona o olhar do médico sobre o aspecto saudável da

pessoa, “[...] olhar o indivíduo enquanto ser sadio, ele tem que saber também olhar para o indivíduo enquanto promoção de saúde e não só curar doença [...]”, significa a compreensão global sobre as pessoas e a promoção de ações que possibilitem a intervenção na promoção da saúde até o nível mais complexo de atendimento nas situações de doenças. Nesse sentido, a concepção presente sobre a saúde-doença é mais ampliada do que apenas a de se ater à doença, mas também a de promover saúde. O médico interfere com ações na dimensão social, coletiva e não só na dimensão psicológica e biológica individual. Essa concepção se contrapõe à concepção organicista que enfoca a doença.

#### **5.2.2.10 Responsabilidade social**

A valorização da dimensão social no processo saúde-doença como um dos seus determinantes implica um compromisso maior do médico com a população e não só com o indivíduo, com *responsabilidade social*. Esse é outro *aspecto considerado relevante na formação profissional do médico e a ABP*, presente também no perfil do formando médico nas diretrizes curriculares nacionais do curso médico (BRASIL, 2001). O docente-tutor D5 fala sobre este aspecto da *responsabilidade social*, “[...] a idéia eu acho que é formar um médico muito mais responsável socialmente também, entendeu? Assim, muito mais comprometido, muito mais... muito mais envolvido com a responsabilidade social dele mesmo, no exercício da profissão.”. A responsabilidade sobre a pessoa não é apenas na dimensão biológica, mas também social. O compromisso dos estudantes com as famílias dos usuários do Sistema de Saúde desde a 1ª série na Unidade de Prática Profissional pode propiciar um maior vínculo e responsabilidade por parte dos estudantes e futuros profissionais

médicos, porque eles serão responsáveis por um certo número de famílias por dois anos, no contexto onde vivem essas pessoas.

#### **5.2.2.11 Solucionar problemas**

Para o estudante E7 um dos *aspectos relevantes para a formação do profissional médico* está na capacidade de solucionar problemas. Ainda que não especifique os tipos de problemas e nem a forma de solucioná-los, esse estudante já tem sua experiência com problemas de tutoria e provavelmente a utilizará diante dos problemas da vida real. Ou seja, irá identificar o problema, levantar o que ele sabe e o que precisa saber, onde poderá buscar estas informações e soluções para definir suas ações e avaliá-las. O estudante E7 tem talvez a crença de que todos os problemas possam ser solucionados, “[...] solucionar qualquer problema [...]”, desconsiderando aqueles que ainda não têm solução ou até mesmo explicação, o que revela que esse estudante provavelmente não se tenha deparado com os seus limites, os da própria natureza humana, e os da área da saúde.

#### **5.2.2.12 Conhecimentos teóricos**

O docente-tutor D7, que é médico, considera os *conhecimentos teóricos* como um dos *aspectos relevantes na formação profissional do médico* e sobre esse aspecto ele diz se sentir tranquilo porque percebe que os estudantes da FAMEMA saem bem preparados do curso. Mesmo assim, expressa sua preocupação de como eles se colocarão no mercado de trabalho e nas provas para residência. Parece que, apesar de falar que confia na formação teórica do curso médico em ABP da FAMEMA, resta-lhe ainda a dúvida a respeito do desempenho na prova de residência, basicamente teórica, tendo em vista que, a partir de 2005, será introduzida a prova prática simulada para a seleção de residentes, em algumas escolas médicas, sendo uma delas a FAMEMA. Talvez exista na fala do docente-tutor D7 a valorização em relação ao que estes estudantes aprendem de conteúdo e não ao como eles aprendem ou, se desenvolvem habilidades para o aprender a aprender e com isso enfrentar, além dos desafios de provas de residência, os desafios de um mundo do trabalho em constante mudança científica, tecnológica e humana.



## **CAPÍTULO 6 – Considerações Finais**

Nesta pesquisa buscamos as concepções de docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes, inseridos no processo de implementação de uma inovação curricular, sobre o método de ensino-aprendizagem ABP no Curso de Medicina da FAMEMA. Por meio das falas dos entrevistados, foram identificadas concepções sobre a metodologia, concepções de ensino-aprendizagem e também concepções sobre o processo de saúde-doença, que estão presentes e diretamente relacionadas com a formação profissional do médico a ser formado pela FAMEMA.

Os entrevistados compreendem a ABP como uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem utilizada em todo o currículo, cujo objetivo é o aprender a aprender e cuja principal estratégia são os problemas abordados em grandes e pequenos grupos, segundo um dos gestores. O estudo dos problemas permite a exploração integrada de conteúdos de diversas disciplinas, articulando os aspectos das dimensões biológica, psicológica e social. Na FAMEMA, a ABP desenvolve-se em pequenos grupos como estratégia para se aprender a conviver e realizar a análise coletiva de problemas que espelham a prática profissional. Outro aspecto relevante dessa metodologia é a aprendizagem orientada à comunidade, o que amplia a prática profissional além dos hospitais-escola.

A prática da ABP em pequenos grupos de tutoria e a utilização dos problemas que simulam à realidade desde a 1ª série permitem os primeiros ensaios com a realidade do profissional médico, com vantagens: a teorização dos problemas, o trabalho em grupo, o estabelecimento de novas relações interpessoais (a lida com os novos papéis do professor e do estudante no pequeno grupo, a mudança de atitudes frente ao grupo) e alterações nos hábitos de estudos dos estudantes. A tutoria propicia também a proteção que nem sempre a prática profissional permite, pois sabemos que o problema simulado, não está acontecendo de fato na interação do estudante com a prática profissional, tornando-lhe mais fácil não entrar em contato com as emoções e ser mais racional, sem se dedicar à aprendizagem relativa à dimensão afetiva. Este, no entanto, é um dos limites das sessões de tutoria, ou seja, a dimensão psicológica no aspecto emocional em relação ao paciente e família fica distante. A dimensão emocional e a social são, portanto, apêndices no problema. Nada substitui a prática com os pacientes e as famílias. O estudo destas dimensões, psicológica e social, que precisa ser orientado pelo tutor, às vezes é esquecido, como referiu um dos docentes na queixa de nem sempre aparecer questões no EAC sobre as dimensões psicológica e social. Todavia, nas atividades de prática médica com os pacientes, como as realizadas na Interação Comunitária e nas Habilidades Profissionais, os estudantes e docentes entram em contato com o contexto de vida das pessoas, principalmente nas visitas às residências dos pacientes, quando entram no cenário da vida deles.

O Guia do processo de ensino-aprendizagem: aprender a aprender (FAMEMA, 2003a) aponta a nova implementação no currículo em ABP iniciada em 2003. Essas implementações foram decididas após várias reflexões e avaliações do programa educacional e das unidades educacionais, que revelaram a dificuldade na integração das dimensões, da teoria e a prática e das unidades educacionais, fato confirmado também nas falas dos entrevistados deste estudo. As unidades de Interação Comunitária e Habilidades

Profissionais passam a constituir a Unidade de Prática Profissional, que tem o objetivo de propiciar a maior integração da teoria-prática, maior responsabilização e vínculos dos estudantes com as famílias que irão acompanhar por dois anos, intervindo na prática e não apenas o contato com a família como um cenário de aprendizagem, mas de ação social.

Com isto, a aprendizagem protegida nas salas da FAMEMA amplia-se para o cenário da prática profissional, por meio das parcerias da academia com os serviços de saúde e a comunidade, rumo à efetivação dos objetivos da escola - uma prática educativa como ação social, compromisso da escola.

O currículo em ABP na FAMEMA continua em construção permanente e, neste momento de 2004, está mais próximo da aprendizagem baseada na prática profissional com a utilização de problemas vivenciados por estudantes na prática e que passam a ser estudados nas tutorias. Este fazer, entretanto, mereceria outro estudo.

Sabemos que alguns discursos dos entrevistados podem estar coerentes com as intenções da FAMEMA, ou seja, a formação de médicos ativos na construção de conhecimentos, nas ações sociais e, com postura crítica e reflexiva diante de suas aprendizagens e das realidades de saúde, guiados, ainda, por uma formação generalista e humanista. A confirmação deste discurso, na prática, só poderá ocorrer com o exame desta prática e de seus resultados em uma futura investigação.

Nesta pesquisa, procuramos identificar e abstrair as concepções de docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes presentes nas falas sobre a ABP, ou melhor, sobre esse conceito, sua compreensão do processo de implementação e desenvolvimento nos seis primeiros anos do curso médico. As entrevistas foram realizadas no momento que estava próxima a graduação da primeira turma formada neste currículo em ABP.

A melhor compreensão deste processo de mudanças na formação médica, na visão das pessoas que estão na prática pedagógica e em formação inicial e

permanente, só foi possível por ouvir as pessoas e por refletir sobre suas falas manifestas e latentes. Dirigir a atenção para as concepções sobre a ABP possibilitou-nos identificar que tanto estudantes quanto docentes começam a questionar o ensino-aprendizagem centrado no professor, no saber do professor, no conteúdo disciplinar e na reprodução dos conteúdos por memorização. Significou ouvir docentes que iniciaram a ABP, muitas vezes, sem sua exata compreensão e que, após a experiência com a ABP, alteraram a concepção em relação ao processo de ensino-aprendizagem conseguindo reconhecer que o que a escola pode ensinar de melhor é o aprender a aprender, porque a escola nunca deu e nem vai dar conta de socializar todos os conhecimentos.

Quantas vezes cada um de nós questionou a utilidade do conhecimento adquirido na educação tradicional e o porquê de ser daquela maneira? A maioria dos conteúdos que aprendemos foi para passar de ano e, talvez, somente alguns deles pudemos utilizar na nossa vida e no nosso fazer profissional. Um dos estudantes questionou a sua aprendizagem progressiva à ABP, em que o estudante reproduzia o conteúdo transmitido pelo professor sem compreender o porquê daquilo que reproduzia. Hoje reconhece, felizmente, que é capaz de explicar, de estabelecer relações entre os conhecimentos.

A busca de aprendizagens significativas e não por memorização ou mecânica, em problema que simulam à realidade e na prática profissional, contextualizada e apresentada cada vez mais cedo no currículo, marca a mudança curricular: a integração da teoria e da prática, mais próxima desde a 1ª série. A responsabilidade do estudante, o futuro profissional, não é só com a aprendizagem cognitiva e técnica, mas com o fazer médico que lida com pessoas, com o cuidar, com o humano, com a comunicação, com as relações interpessoais no contato com a realidade das pessoas assistidas por ele, com os valores e crenças presentes nas relações, dimensões pouco trabalhadas no currículo tradicional e, mesmo quando trabalhadas por disciplinas, desarticuladas entre si.

Os conteúdos da Psicologia, da Antropologia, da Sociologia, da Medicina Comunitária, da Saúde Mental hoje são mais valorizados na formação do médico na FAMEMA. Antes estes conteúdos eram abordados muitas vezes para garantir a aprovação de ano, sem um sentido pessoal ao estudante para o seu fazer médico, porque as mensagens no internato eram outras: olhar a doença, tratar a doença, com os melhores recursos possíveis, não se aproximar dos sentimentos dos pacientes e não identificar os seus próprios, não se envolver com a realidade da vida social do outro. O compromisso social com a saúde das pessoas ficava para outras pessoas, talvez, para os políticos, para a sociedade da qual os médicos se excluía, porque já tratavam da doença e davam a sua contribuição, com exceção dos poucos médicos com formação social.

A ampliação da concepção de aprendizagem que abarca as dimensões de atitudes, valores e habilidades com sentido para o estudante esteve presente nas falas dos docentes entrevistados. Os docentes percebem o processo de mudança do seu fazer, ao justificar que toda a sua vida eles ensinavam e aprendiam por transmissão de conteúdos e técnicas e que ainda se percebem agindo, às vezes, como transmissores.

O processo de capacitação permanente, que está ocorrendo na FAMEMA, pode ajudar diretamente estes docentes-tutores que ainda hoje se mostram inseguros ou céticos em suas ações ou intervenções no processo tutorial. É um espaço de reflexão sobre as suas práticas e deve ser preservado um cuidado especial com estes profissionais que antes eram responsáveis por suas disciplinas e trabalhavam sozinhos, sem articulação com as outras disciplinas. Hoje essas pessoas constroem juntas suas ações e desenvolvem um processo de auto-avaliação constante. Parece existir ainda aquele docente que não aceita totalmente este processo de ensino-aprendizagem nas tutorias e age de maneira perversa com os estudantes, desrespeitando-os como sujeitos de construção de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores, segundo a fala de estudantes. Lidar com as

oposições e com as diferenças é algo que, acredito, sempre fará parte da nossa prática. Encontrar estratégias para lidar com isso é importante. Compreendemos que identificar, no caso, estes docentes que não apóiam o trabalho nas tutorias é importante para que eles possam exercer funções em outras atividades docentes, como nas consultorias, nas conferências, entre outras, já que não se identificam com o processo tutorial.

Acreditamos que a prática e a reflexão crítica sobre a mesma podem propiciar mudanças nas concepções de ensino-aprendizagem e no fazer, seja no fazer das tutorias, seja no fazer da prática médica. Acreditamos ainda que esta reflexão possa ser pautada sempre pelo objetivo maior que é o perfil do médico que a FAMEMA pretende formar. A capacitação dos docentes, que inicialmente era feita por temas de estudo, a partir de 2001, passa a incorporar a reflexão permanente das práticas. Alguns docentes entrevistados solicitam, agora, a reflexão sobre suas práticas no cenário da educação permanente, sempre buscando interlocução com as teorias que possam iluminar esta reflexão.

Os estudantes, ao externarem preocupação com as diferenças entre os tutores e os grupos, apontam para a concepção de igualdade, de homogeneização presente no ensino tradicional, em que, na transmissão de conteúdos e técnicas, todos poderiam aprender igualmente, basta memorizar. Na concepção construtivista, que parte do princípio da diversidade, a aprendizagem ocorre diferentemente. Parece que ainda existe a crença de que a capacitação dos docentes também possa igualá-los, ou seja, a concepção de ensino-aprendizagem por transmissão e cópia.

Os estudantes, apesar de verbalizarem a valorização da aproximação teórica com a prática, ainda a percebem como um cenário em que vão aplicar o que aprenderam na tutoria. Não expressaram a compreensão de que esta prática pode suscitar novas questões de aprendizagem e, por sua vez, impulsionar ações nesta prática com responsabilidade social.

Com este estudo foi possível ouvir alguns estudantes e identificar seus temores iniciais, como o de não conseguirem aprender desta forma ativa em ABP. No final do ano, porém, estes temores se modificaram e por isso se tranquilizaram. Isso significa a possibilidade de socializar o resultado das reflexões sobre estas falas com os próximos estudantes iniciantes, relatar-lhes as experiências, desmistificar um pouco o novo, acolhê-los com a experiência dos outros e as nossas. Aqueles que, no 2º semestre da 1ª série ainda se sentem inseguros e perdidos, a FAMEMA precisa olhar com atenção. A instituição precisa poder contar com os tutores e orientadores para ajudar os estudantes neste percurso que para alguns é muito sofrido. Talvez estes estudantes precisem ser mais bem acolhidos, considerando as diferenças pessoais entre eles, as necessidades individuais e seus recursos adaptativos. Não podemos dizer: Isto passa! A autonomia desses estudantes precisa ser assistida, precisa ser construída de maneira colaborativa neste período da adolescência e de conflito entre dependência e independência.

No cenário da FAMEMA constatou-se, em algumas falas, divergência quanto à concepção de ensino-aprendizagem: está presente tanto a concepção de ensino-aprendizagem por transmissão e com enfoque no conteúdo, quanto a concepção de (re)construção ativa dos conhecimentos, habilidades, atitudes e valores.

A concepção sobre o ensino-aprendizagem dos gestores, de alguns docentes-tutores e de poucos estudantes enfatiza o processo de aprendizagem, o aprender a aprender, enquanto que outros docentes-tutores e estudantes dão ênfase à aprendizagem do conteúdo, resquício do enfoque no ensino tradicional e da concepção de transmissão de conhecimentos.

Em relação à pesquisadora, o estudo sobre a ABP foi ocorrendo desde os primeiros contatos com a ABP em 1996, na experiência piloto em uma disciplina no curso médico da FAMEMA, com as capacitações docentes e, de maneira sistematizada, na

investigação desta pesquisa. Desta maneira, o processo de aproximação com o currículo em ABP, tanto na prática profissional quanto na pesquisa, propiciou a mim mudanças internas e de atitudes tais como: participar de práticas que não são as da saúde mental, compartilhar idéias, valores e atitudes com vários profissionais da saúde, ouvir e ser ouvida na construção do currículo em ABP, assumir perante as pessoas as minhas limitações (Isto eu ainda não sei, mas vamos tentar saber e fazer), participar do processo de auto-avaliação e avaliação diária, desenvolvendo a capacidade de fazer e receber críticas, saber ter tolerância com as diferenças e conviver. Percebemos que houve evidente desenvolvimento pessoal e profissional, como acreditamos que tenha ocorrido com outras pessoas envolvidas com o currículo em ABP da FAMEMA.

A pesquisa mostra que as pessoas percebem que se modificam tanto no que diz respeito às concepções quanto no seu fazer, mas, como na vida, algumas ações mostram resquícios do passado vivido. Identificar essas contradições em nosso fazer é uma necessidade constante se queremos a mudança, a auto-reflexão e o compartilhar com os outros, a multiplicação de nossas novas ações na formação de médicos humanistas, que respondam, de maneira solidária e em parceria com a equipe e com os usuários, às necessidades de saúde individuais e coletivas da população. O fazer médico não precisa ser solitário e pode ser compartilhado com uma equipe que toma decisões juntas, inclusive considerando a opinião na tomada de decisões dos usuários como sujeitos também do processo saúde-doença.

Detectam-se algumas crenças presentes na concepção dos entrevistados - a da imaturidade dos estudantes para a ABP; a da homogeneização da aprendizagem das pessoas; a do dever cumprido quando se transmite o conhecimento e a supremacia dos conhecimentos na área de especialidade. Todas essas crenças parecem estar mais próximas da concepção tradicional de ensino-aprendizagem por transmissão, do estudante como uma



*tabula rasa*, cujos espaços mentais vazios o professor preenche com informações igualando-os, sem considerar os conhecimentos e experiências já existentes e as diferenças pessoais, além do fato de que o significado pessoal de uma aprendizagem é diferente de uma pessoa para a outra.

Algumas barreiras foram destacadas a respeito da implementação da ABP na FAMEMA. Uma delas é a falta de docentes para exercer a contento todos os papéis necessários neste currículo, tanto na prática pedagógica quanto na prática profissional e na assistência à saúde das pessoas.

O desafio da integração das disciplinas e das dimensões (biopsicossociais) é algo ainda almejado pelos entrevistados. Até 2002 continuava na percepção desses sendo um desafio não alcançado. Isso pode indicar que a prática profissional no processo saúde-doença está pautada na concepção centrada no biológico, com um fazer voltado para o aspecto orgânico do paciente, visto que nas tutorias não se conseguiu ainda atingir a integração biopsicossocial e das disciplinas.

A construção das unidades, centradas muitas vezes na decisão do coordenador da unidade, também indica a relação de poder e não do compartilhar e da coresponsabilidade. Há estudantes que esperam um docente-tutor que os dirija no grupo e que lhes transmita seus conhecimentos.

A construção coletiva e permanente do currículo em ABP na FAMEMA continua sendo um desafio, porque, embora existam alguns espaços de construção e reflexão organizados, nem sempre são utilizados pelos docentes e estudantes. O aproveitamento dos espaços de reflexões sobre a prática em um currículo ABP, a manutenção das avaliações do programa educacional e o investimento em pesquisas sobre a prática podem ser caminho para se preservar e efetivar este processo de construção coletiva e permanente do currículo em ABP.

Há necessidade de se proporcionar aos docentes o fortalecimento da educação permanente, espaço de reflexão sobre a prática, em que suas dimensões cognitiva, psicomotora e afetiva possam ser trabalhadas no seu fazer como professor e profissional da área da saúde. É um espaço fundamental para apoiar a transformação da prática profissional e indica, por parte da FAMEMA, um cuidar especial com estes docentes que trabalham vinculados a este projeto político-pedagógico, com todas as suas emoções e saberes na construção de um profissional mais humano, crítico, reflexivo e sempre em busca de aprender para poder exercer o seu fazer, o seu ser, junto com outras pessoas.

Atingir os objetivos almejados na formação do médico, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Médico (BRASIL, 2001), implica também sair do cenário das tutorias, dos problemas que simulam à realidade, tendo em vista que as tutorias têm os seus limites porque estão restritas às práticas pedagógicas no cenário escolar. É necessário não só mudar o discurso, mas o fazer médico. Para alcançar esse objetivo, é necessário que as ações educativas sejam continuadas na prática profissional, no aprender fazendo e no aprender a ser, no aprender a viver junto com outros profissionais, em equipe. Ainda que a ABP desenvolvida na FAMEMA, na concepção dos entrevistados, possibilite novas aprendizagens, tais como: a) aprender a trabalhar em grupo, a compartilhar; b) aprender por problemas que simulam à realidade; c) aprender a criar novos hábitos de estudos; d) aprender a se reconhecer como sujeito no processo de ensino-aprendizagem; e) aprender a aprender por toda a vida; f) aprender a olhar a pessoa nas dimensões biológica, psicológica e social, entre outras, faz-se necessário desenvolver um processo ainda mais desafiador, o de efetivar novos fazeres na prática profissional, o que diz respeito a outras relações da academia com os serviços de saúde, e dos serviços de saúde com os usuários, de forma que esses novos fazeres se façam presentes também no campo das políticas de saúde.

Intervir na formação do médico apenas no cenário escolar não responde

plenamente às necessidades de saúde da população. A FAMEMA amplia seu cenário de ensino-aprendizagem para a prática profissional, na Unidade de Prática Profissional, com parcerias nos cenários da prática o que a torna diferente de outras Instituições de Ensino que têm um currículo em ABP. A ABP que a FAMEMA tem construído é a que a realidade social a ajudou a construir, a da aproximação com a prática profissional fora dos muros da escola, em parcerias da instituição com o SUS e a comunidade.

Felizmente a realidade é dinâmica. As concepções e práticas existentes neste recorte do estudo sobre a ABP na FAMEMA, hoje, já podem ser diferentes e a compreensão que tivemos sobre as falas dos entrevistados também pode ser outra para quem as lê e interpreta. Ao concluirmos este trabalho, fica-nos a certeza de aprimoramento pelos contatos interpessoais e a reflexão sobre as diversas falas, sentimentos, envolvimento, encontros, desencontros, estudos e aprendizagens. Este trabalho poderá dar abertura a novos estudos e a novas compreensões sobre a ABP e a sua relação com a formação médica.

## REFERÊNCIAS\*

ALBANESE, M. A.; MITCHELL, S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. **Academic Medicine**, Washington, v. 68, n.1, p. 52-81, Jan. 1993.

ANGELI, O.A. **A aprendizagem baseada em problemas e os recursos adaptativos de estudantes de um curso médico**. 2002. 158 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Psicología educacional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. 625p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.

BARROWS, H. S.; TAMBLYN, R. M. **Problem-based learning**. New York: Springer, 1980.

BARROWS, H. S. A Specific, problem-based, self-directed learning method designed to teach medical problem-solving skills, self-learning skills and enhance knowledge retention and recall. In: **Tutorials in problem-based learning**. Netherlands: Van Gorcum, 1984.

\_\_\_\_\_. **Practice-based learning: problem-based learning applied to medical education**. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine, 1994. 145p.

\_\_\_\_\_. **The tutorial process**. Springfield: University School of Medicine, 1988. 63 p.

BERNSTEIN, P. et al. Shifting students and faculty to a PBL curriculum: attitudes changed and lessons learned. **Academic Medicine**, Washington, v. 70, n.3, p. 245-247, Mar. 1995.

BLEGER, J. A entrevista psicológica. In: **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. Tradução Rita Maria Manso de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1980. p.10-41.

BRANDON, J. E.; MAJUMBAR, B. An introduction and evaluation of problem-based learning in health professions education. **Family & Community Health**, Germantown, v. 20, n. 1, p.1-15, Apr.1997.

---

\* Organizadas segundo a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação – referências – elaboração**: NBR 6023, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001**: Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm>>. Acesso em: 29 out. 2004, 15:00.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 60p.

CACHAPUZ, A. F. A procura da excelência na aprendizagem. In: CARVALHO, A. D. (Org.). **Novas metodologias da educação**. Porto: Porto Editora, 1995. p. 349-385.

CACHAPUZ, A. F.; PRAIA, J. F.; JORGE, M. P. Perspectivas de ensino. **Formação de professores/ciências**. 2. ed. Porto: Centro de Estudos de Educação em Ciência, abr. 2001. 77p.

CAPLOW, J. A.H. et al. Learning in a problem-based medical curriculum: students' conceptions. **Medical Education**, Oxford, v.31, n. 6, p. 440-447, Nov. 1997.

CHARLIN, B.; MANN, K.; HANSEN, P. The many faces of problem-based learning: a framework for understanding and comparison. **Medical Teacher**, London, v.20, n.4, p. 323-330, July1998.

CHAVES, J. F.; LANTZ, M. S.; LYNCH, M. D. Tutor and student perceptions of the tutor's role in problem-based learning. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 65, n. 3, p. 222-230, Mar. 2001.

COLL, C.; MARTÍN, E. A avaliação da aprendizagem no currículo escolar: uma perspectiva construtivista. In: COLL et al. **O Construtivismo na sala de aula**. 6.ed. São Paulo: Ática, 1999. cap.7, p.197-221.

COLL, C. **Psicologia e currículo**: uma aproximação psicopedagógica a elaboração do currículo escolar. 5. ed. São Paulo: Ática, 2000. 200p.

COLLIVER, J. A effectiveness of problem-based learning curricula: research and theory. **Academic Medicine**, Washington, v.75, n.3, p. 259-266, Mar. 2000.

DAS, M. et al. Self and tutor evaluations in problem-based learning tutorials: is there a relationship? **Medical Education**, Oxford, v. 32, n. 4, p. 411-418, July 1998.

DE GRAVE, W. S.; DOLMANS, D. H. F.M.; VAN DER VLEUTEN, G. P. M. Profiles of effective tutors in problem-based learning: scaffolding student learning. **Medical Education**, Oxford, v. 33, n. 12, p.901-906, Dec.1999.

DOLMANS, D. H. J. M.; SCHMIDT, H. G. What drives the student in problem-based learning? **Medical Education**, Oxford, v. 28, n.5, p. 372-380, Sept. 1994.

DOLMANS, D. H. J. M. et al. Solving problems with group work in problem-based learning: hold on to the philosophy. **Medical Education**, Oxford, v. 35, n. 9, p. 884-889, Sept. 2001.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Caderno de avaliação**: curso de medicina. Marília: FAMEMA, 2001. 79 p.

\_\_\_\_\_. **Guia do processo de ensino-aprendizagem**: “aprender a aprender”. 2. ed. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Guia do processo de ensino-aprendizagem**: “aprender a aprender”. 2. ed. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999.

\_\_\_\_\_. **Guia do processo de ensino-aprendizagem**: “aprender a aprender”. 3. ed. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Guia do processo de ensino-aprendizagem**: “aprender a aprender”. 4. ed. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2003a.

\_\_\_\_\_. **Manual FAMEMA, 2002**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Manual FAMEMA, 2003**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2003b.

\_\_\_\_\_. **Manual de avaliação do estudante, 2003**: curso de medicina, Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2003c.

\_\_\_\_\_. **Necessidades de saúde:** 1ª série. Curso de Medicina e Enfermagem. Marília, 2004. 38 p.

\_\_\_\_\_. **Unidade 5-6:** neurolocomoção. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2002c.

FAGUNDES, A. J. F. M. **Descrição, definição e registro do comportamento.** 12. ed. São Paulo: EDICON, 1999. 126 p.

FASCE, E., RAMIREZ, L., IBANEZ, P. Resultados de uma experiência educacional basada em problemas aplicada a estudantes de primer año de medicina. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 122, n. 11, p. 1257-1262, nov. 1994.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica:** processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002. 306 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000. 134 p.

FROST, M. An analysis of the scope and value of problem-based learning in the education of health care professionals. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 24, n. 5, p. 1047-1053, Nov. 1996.

GALLIAN, D. M C. O papel da humanidades na medicina. **Psiquiatria na prática médica**, v. 34, n.4, p. 1-4, São Paulo, 2001/2002. Disponível em: < <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/index.htm>>. Acesso em: 2 out. 2004, 17:20:12.

GILBERT, G. N. Being interviewed: a role analysis. **Social Science Information**, London, v. 19, n.2, p. 227-236, 1980.

GUILBERT, J. J. Comparison of the opinion of students and teachers concerning medical education programmes in Switzerland. **Medical Education**, Oxford, v.32, n.1, p. 65-69, Jan. 1998.

KAUFMAN, D. M.; HOLMES, D. B. Tutoring in problem-based learning: perceptions of teachers and students. **Medical Education**, Oxford, v. 30, n. 5, p. 371-377, Sept. 1996.

KAUFMAN, D. M.; MANN, K.V. Basic sciences in problem-based learning and conventional curricula: students' attitudes. **Medical Education**, Oxford, v. 31, n.3, p.177-180, May 1997.

KAUFMAN, D. M.; MANN, K.V. Students' perceptions about Their Courses in Problem-based-Learning and Conventional Curricula. **Academic Medicine**, Washington, v. 71, n.1, p. S52-S54, Jan. 1996. Supplement.

KOMATSU, R. S. **Aprendizagem baseada em problemas na Faculdade de Medicina de Marília**: sensibilizando o olhar para o idoso. 2003. 234 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, São Paulo, 2003.

KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B.; LIMA, V. V. Aprendizagem Baseada em Problemas. In: MARCONDES E.; GONÇALVES, E. L. (Coord.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 223-237.

LIEBERMAN, S. A. et al. Medical student perception of the academic environment: a prospective comparison of traditional and problem-based curricula. **Academic Medicine**, Washington, v. 72, n.10, p.313-315, Oct. 1997. Supplement 1.

LIMA, V. V. **Educação Médica**: a dimensão social no currículo do curso da Faculdade de Medicina de Marília em 1998 e 1999. 2000. 296 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas, São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MAHEUX, B. et al. Medical faculty as humanistic physicians and teachers: the perceptions of students at innovative and traditional medical schools. **Medical Education**, Oxford, v. 34, n. 8, p. 630-634, Aug. 2000.

MAMEDE, S. Aprendizagem Baseada em Problemas: Características, Processos e Racionalidade. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Org.). **Aprendizagem baseada em problemas**: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001. cap.1, p.25-48.

MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Org.). **Aprendizagem baseada em problemas**: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001. 231 p.



MANN, K.V.; KAUFMAN, D. M. A comparative study of problem-based and conventional undergraduate curricula in preparing students for graduate medical education. **Academic Medicine**, Washington, v. 74, n. 10, p S4-S6, Oct. 1999. Supplement.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. São Paulo: **Didática**, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Org.). **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, p. 11-25, 2003.

MAURI, T. O que faz com que o aluno e a aluna aprendam os conteúdos escolares? In: COLL et al. **O Construtivismo na sala de aula**. 6.ed. São Paulo: Ática, 1999. cap. 4, p. 79-122.

MIGUEL, J. C.; VILLANI, V. G. **Nos bastidores da história, a origem da Faculdade de Medicina de Marília**. Marília, [1987]. 53 f.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. 269 p.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 12.ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 80 p.

MIRAS, M. Um ponto de partida para a aprendizagem de novos conteúdos: os conhecimentos prévios. In: COLL et al. **O construtivismo na sala de aula**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1999. cap. 3, p. 57-77.

MORAES, M. A. A. de **As crianças com dificuldades escolares na concepção da família, do professor e dos especialistas de saúde**. Marília. 1995. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade do Estado de São Paulo, Marília, 1995.

MOREIRA, A. F. B. A psicologia... e o resto: o currículo segundo César Coll. **Caderno de Pesquisa**, n.100, p.93-107, mar. 1997.

MOREIRA, M.A. **Teorias de aprendizagem**. São Paulo: EPU, 1999.195 p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Tradução Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. 336p.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Tradução Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. Brasília, DF: UNESCO, 2000. 118p.

NORMAN, G. The essential role of basic science in medical education: the perspective from psychology. **Clinical and Investigative Medicine**, Oxford, v.23, n.1, p. 47-51, Feb. 2000.

NORMAN, G. R.; SCHMIDT, H. G. Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. **Medical Education**, Oxford, v.34, n. 9, p. 721-728, Sept. 2000.

\_\_\_\_\_. The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. **Academic Medicine**, Washington, v. 67, n. 9, p. 557-565, Sept. 1992.

PADILHA, R. Q. **Os hospitais de ensino e a previdência social:** estudo de um caso. 1996. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PBL DIRECTORY. 2004. Disponível em :<http://interact.bton.ac.uk//pbl/index.php>. Acesso em: 2 nov. 2004.

PENAFORTE, J. C. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Org.). **Aprendizagem baseada em problemas:** anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001. cap. 2, p. 49-77.

PINHO, C. A virtude da força na formação do professor. In: FAZENDA, I (Org.). **A virtude da força nas práticas interdisciplinares.** Campinas: Papirus, 1999. 174 p.

PINTO, P. R. Aprendizagem por análise e resolução de problemas: fundamentos pedagógicos e estratégias de formação. **Educação Médica**, Lisboa, v. 4, n.1, p.10-17, fev. 1993.

PONTES, R. H. P. **Reforma Curricular no Ensino Médico:** estudo de caso de uma escola de medicina. São Paulo. 2001. 198 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

REGEHR, G. et al. The effect of tutors' content expertise on student learning, group process, and participant satisfaction in a problem-based learning curriculum. **Teaching and Learning in Medicine**, Mahwah, v. 7, n.4, p. 225-232, 1995.

RENDAS, A. B. et al. Aplicações da aprendizagem por problemas no ciclo básico do curso de medicina. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 8, n. 7/8, p. 459-462, jul./ago. 1995.

RICHARDS, B. F. et al. Ratings of students' performances in a third-year internal medicine clerkship: a comparison between problem-based and lecture-based curricula. **Academic Medicine**, Washington, v.71, n.2, p.187-189, Feb. 1996.

ROSA, A. R. O componente acadêmico dos Projetos UNI. In: KISIL, M.; CHAVES, M. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. KELLOG, 1994. cap. 3, p.25-36.

SÁ-CHAVES, I. S. C. **A construção de conhecimento pela análise reflexiva da práxis**. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian-Fundação para a ciência e a tecnologia, 2002. 564p.

SANTOS, S. R. O aprendizado baseado em problemas (problem-based learning – PBL). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p. 121-124, set./dez., 1994.

SILVA, R. F. **Prática educativa transformadora: a trajetória da Unidade educacional de interação comunitária**. 2000. 143 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOBRAL, D. T. Grupo Pequeno sob Tutoria Estudantil na Aprendizagem Baseada em problemas: Fatores e Desfechos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.11, n.1, p. 61-65, jan. abr. 1995.

SOLÉ, I.; COLL, C. Os professores e a concepção construtivista. In: COLL et al. **O construtivismo na sala de aula**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1999. cap. 1, p. 9-28.

THOMAS, R. E. Problem-based learning: measurable outcomes. **Medical Education**, Oxford, v. 31, n. 5, p.320-329, Sept. 1997.

TOMAZ, J. B. O papel e as características do professor. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Org.). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2001. cap. 6, p. 156-182.

VENTURELLI, L. **Education medica: nuevos enfoques, metas y metodos**. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud-OPAS/PAHO, 1997. 295p.

VERNON, D. T. A.; BLAKE, R. L. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. **Academic Medicine**, Washington, v. 68, n.7, p. 550-563, July 1993.

VERNON, D. T. A.; HOSOKAWA, M. C. Faculty attitudes and opinions about problem-based learning. **Academic Medicine**, Washington, v. 71, n. 11, p. 1233-1238, Nov. 1996.

VON DÖBELN, G. Four years of problem-based learning: a student's perspective. **Postgraduate Medical Journal**, London, v. 72, n. 844, p.95-98, Feb. 1996.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. Tradução Jeferson Luiz Camargo, São Paulo: Martins Fontes, 1993. 135 p.

WEINBERG, M. As notas no provão dos 260 melhores cursos superiores. **Veja**, São Paulo, v.37, n.13, p.84-94, mar. 2004.

ZABALA, A. Os enfoques didáticos. In: COLL et al. **O construtivismo na sala de aula**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1999. cap. 6, p. 153-196.

**ANEXO A – Aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa**



**FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

Marília, 30 de janeiro de 2001.

Ilma Sr.<sup>a</sup>

Profa Magali Ap. Alves de Moraes

Marília/SP.

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, analisou em Reunião de 29/01/01 o protocolo de estudo n<sup>o</sup> 0335/00, intitulado: “Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL): Uma Abordagem da Ciência-Tecnologia-Sociedade (CTS)?”, considerou **APROVADO**, de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente

Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

## Envolvendo Seres Humanos

---

Av. Monte Carmelo, 800- Marília - S.P. - CEP: 17.519-030  
Fone: (014) 421 1827- E-mail: dirpos@famema.br

ANEXO B

## ANEXO C



**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, .....

R.G. nº ....., abaixo assinado, concordo em participar deste estudo com o título: “Aprendizagem baseada em problemas: uma abordagem da Ciência-Tecnologia-Sociedade”, cujo objetivo é analisar as concepções e prática de ensino-aprendizagem numa experiência voltada a aprendizagem baseada em problemas, e estou ciente de que terei:

- A garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação;
- A segurança de que a minha participação não trará qualquer prejuízo a mim;
- As informações sobre os resultados de estudo quando solicitado.

Marília,..... de .....de 2002.

---

Assinatura do Entrevistado

Pesquisadora: Magali Ap. Alves de Moraes. [dmagali@uol.com.br](mailto:dmagali@uol.com.br)

## APÊNDICE B - Roteiro para entrevista com docentes-gestores da FAMEMA

Objetivo de caracterizar a percepção dos docentes-gestores da FAMEMA sobre o contexto de implementação e desenvolvimento da metodologia da aprendizagem baseada em problemas.

- 1) Para quem não conhece a aprendizagem baseada em problemas-PBL como você a definiria?
- 2) Qual a razão da opção pelo PBL na FAMEMA?
- 3) Houve adaptações do modelo PBL para a FAMEMA? Se houve de que tipo?
- 4) Quais as pessoas responsáveis por estas adaptações? (cargos, funções, práticos de ensino, etc).
- 5) Como os professores e alunos reagiram à implantação de um novo método?
- 6) Os professores e estudantes têm sido ouvidos a respeito do reflexo dessas mudanças na FAMEMA?
- 7) Quais são os pontos positivos da implementação do PBL na FAMEMA?
- 8) Quais são os pontos negativos da implementação do PBL na FAMEMA?
- 9) Quais são os objetivos ainda não alcançados?
- 10) Como você avalia a implementação do PBL aqui na FAMEMA do ponto de vista da formação do professor?
- 11) Algo mais a acrescentar a respeito do processo de implementação e desenvolvimento do PBL?

Sexo (  ) F ou (  ) M

Idade:

Qual a sua graduação?

Há quanto tempo você está graduado?

Qual a sua área de especialidade?

Você tem pós-graduação?

Em que área?

Qual o tempo de docência na FAMEMA?

Qual é a sua carga horária semanal na Instituição?

Você realiza alguma pesquisa?

Qual é o tempo destinado à pesquisa?

Qual é o tempo de assistência junto à comunidade (hospitalar, ambulatorial, UBS, entre outros)?

## APÊNDICE C - Roteiro para entrevista com os docentes-tutores da FAMEMA

A) Objetivo de caracterizar as concepções dos professores da FAMEMA sobre o processo de ensino-aprendizagem das ciências e sobre o PBL no curso médico:

- 1) Para quem não conhece a aprendizagem baseada em problemas-PBL como você a definiria?
- 2) Como você caracteriza a formação do médico no âmbito de um curso com currículo PBL?
- 3) Qual a realidade do método para a aprendizagem dos alunos? Por quê?
- 4) Quais os papéis do professor nesta metodologia para a aprendizagem dos estudantes?
- 5) Qual é o critério de escolha de temas na elaboração de uma unidade educacional?
- 6) Quais são as suas estratégias de ensino para que os estudantes aprendam melhores os temas curriculares?
- 7) Como você avalia a aprendizagem dos seus estudantes?

B) Objetivo de caracterizar as concepções dos professores sobre Ciência-Tecnologia e Sociedade.

- 1) Como você entende a relação entre a pesquisa médica, a tecnologia, o ensino e a formação do médico?
- 2) A formação de tutores na FAMEMA enfoca esta relação? De que forma?

C) Objetivo de caracterizar as concepções dos professores sobre as competências profissionais no campo da saúde.

- 1) Quais as competências que você considera importantes para uma boa formação médica?
- 2) O PBL é adequado para a aquisição dessas competências da prática médica? Por quê?
- 3) Para finalizar a entrevista você gostaria de acrescentar algo mais sobre a aquisição de competências?

Sexo ( ) F ou ( ) M

Idade:

Qual a sua graduação?

Quanto tempo de formação?

Qual a sua área de especialidade?

Você tem pós-graduação?

Em que área?

Qual o tempo de docência na FAMEMA?

Qual é a carga horária semanal na Instituição?

Você realiza alguma pesquisa?

Qual é o tempo destinado à pesquisa?

Qual é o tempo de assistência junto à comunidade (hospitalar, ambulatorial, UBS, entre outros)?

## APÊNDICE D - Roteiro para entrevista com estudantes da FAMEMA

Objetivo de caracterizar as concepções dos estudantes sobre o PBL:

- 1) Para quem não conhece a aprendizagem baseada em problemas-PBL como você a definiria?
- 2) Qual é a validade do método PBL para a aprendizagem do estudante? Exemplifique.
- 3) Você possui alguma dificuldade de aprendizagem?
- 4) Caso afirmativa a questão anterior. Você atribui ao método PBL essa(s) dificuldade(s) de aprendizagem? Por quê?
- 5) Esta metodologia trouxe alguma mudança na sua maneira de entender aprendizagem? De que modo?
- 6) Em que sentido o método de ensino e aprendizagem PBL contribui para a sua formação profissional?
- 7) Você acredita que este método é capaz de formar um médico competente? Por quê?
- 8) Como você avalia que está a formação do docente nesta metodologia?
- 9) Como os estudantes da 1ª série estão desempenhando o seu papel nesta metodologia?
- 10) Você gostaria de acrescentar algo mais sobre o método PBL?

Você possui outro curso de Graduação? Qual?

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Realiza pesquisa:

Financiada:

Realiza assistência:

Carga horária:

Orientador:

Carga horária e Local:

Tipo de pesquisa:

Especialidade:

**Quadro 5 - APÊNDICE E – Apresentação das classes temáticas e os exemplos das falas dos sujeitos**

Classes Temáticas	Sub-classes	Sub-classes	Exemplos
1. A ABP na FAMEMA	1.1 ABP – método de ensino-aprendizagem	1.1.1 o que é	<p>G2: “é uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, o que isto significa? Significa que eu tiro o professor do centro do processo de ensino, colocando ele como mais um ator e coloco os alunos, em vez de elementos passivos para elementos ativos do processo da construção dos conhecimentos. [...] não é uma coisa de um conceito muito simples é um conceito que envolve ai uma postura diferente dentro de tudo isso.”</p> <p>D1: “[...] o PBL é uma metodologia em que você é... coloca como um instrumento para agregar a atenção do estudante, para motivar o estudante, então você usa o problema. [...] o PBL que nós queremos então ele é centrado no estudante, então o que quer dizer isso? O estudante passa a ser o agente principal do processo e o docente ele é muito importante mas ele trabalha ai..., num nível horizontal com o estudante, o estudante é quem assume em primeira pessoa depois, nós queremos também é... ver o indivíduo como um todo nas dimensões psicológicas, biológicas e sociais [...]”.</p> <p>E4: “Para mim é um método mais voltado para a prática, um método que a gente tem que ser bem autodidata e que tem várias falhas!”</p>

1. A ABP na FAMEMA	1.1 ABP – método de ensino-aprendizagem	1.1.2 procedimentos e estratégias de ensino/aprendizagem	<p>G1: “[...] são (problemas) discutidos em pequenos grupos ou pode ser em alguns lugares é praticado em até grandes grupos, que vão discutir problemas da realidade e a partir destes problemas, identificar objetivos de aprendizagem que vão ser as lacunas de conhecimentos que eles têm.”</p> <p>D7: “É uma metodologia onde eu exponho um problema e em cima desse problema os alunos têm que fazer uma discussão em busca de tentar resolver e aí em cima dessa discussão vão surgir “n” dúvidas, essas dúvidas, elas podem se transformar em questões ou não, vai depender da condução e, ai a partir do momento que eles formulam as questões eles vão tentar responder.”</p> <p>E2: “A Faculdade ela te dá os problemas e te dá os laboratórios, uma coisa mais geral, um espaço, uma estrutura, eles te dão uma estrutura, você tem que ir atrás você tem que se aprofundar, correr pelos objetivos é procurar seus próprios livros, optar pelas suas próprias fontes, não é como no tradicional que eles vão lá e te dão [...]”.</p>
1. A ABP na FAMEMA	1.1 ABP – método de ensino-aprendizagem	1.1.3 atitudes do professor-tutor	G2: “[...] eu respeito as individualidades, apesar de trabalhar muito na obrigatoriedade, na coletividade, quer dizer, trabalhar em grupo, mas eu respeito os tempos das pessoas [...]”.

1. A ABP na FAMEMA	1.1 ABP – método de ensino-aprendizagem	1.1.4 avaliação da aprendizagem	G2: “[...] a metodologia envolve um processo de avaliação que tira aquela formação punitiva com uma avaliação motivadora e formativa.”
1. A ABP na FAMEMA	1.2 Motivos da implantação da ABP		G2: “[...] o que estava não satisfazia, não só em termos de modelo de ensino, mas no modelo de atenção à saúde”.  D11: “[...] você tem a escolha por esta metodologia crendo que ela é capaz de formar um profissional um pouquinho mais pronto para atender as necessidades da população.”
1. A ABP na FAMEMA	1.3 A implementação da ABP na FAMEMA	1.3.1 estratégias de implementação	G1: “[...] houve toda uma questão de sensibilização docente que começou um ano antes, mais ou menos um ano e meio antes de começar o currículo quando foram criados grupos que estudavam [...]”.  D5: “ Eu sei assim, que teve, a história foi a seguinte, foi visto currículo de um monte de lugares e aí foi montado um que atendia nossas necessidades [...]”.
1. A ABP na FAMEMA	1.3 A implementação da ABP na FAMEMA	1.3.2 adaptações do modelo	G1: “[...] fundamentalmente em Maastricht eles utilizam a figura do estudante coordenador que a gente não utiliza aqui [...] a gente utilizou algumas coisas de McMaster e algumas coisas de Maastricht [...]”.

1. A ABP na FAMEMA	1.3 A implementação da ABP na FAMEMA	1.3.3 concepções sobre o modelo ABP	D1: “[...] nós queremos algo mais do que centrado nos problemas, trabalhar com os problemas, algumas coisas nós conseguimos, outras ainda precisamos melhorar.”
	1.4. O desenvolvimento da ABP no currículo.	1.4.1 processo de mudança dos/sobre os professores	G1: “Inicialmente muito mal, pela questão, então vamos começar pelos docentes, eu acho que é uma questão nova que mexia com todas as, as posições, ou seja, ela mexia um pouco com o poder, [...]”.  D2: “[...] eu não entrei logo de cara que começou o PBL, eu demorei acho que dois anos para começar. No começo eu ficava: -Gente é uma loucura! Isso para mim era a maior loucura do universo. [...] Eu me surpreendi.”
1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.3 avaliação dos aspectos positivos da ABP	G1: “[...] temos a criação de diferentes, [...] são mais críticos, são mais autônomos para a busca de informação, são mais exigentes também em decorrência disso, [...]. Do ponto de vista do currículo, eu acho que o currículo se tornou mais organizado [...] do ponto de vista externo, o fato de sermos os pioneiros, isso fez, criou uma..., tornou a... Famema um... ponto de referência com relação a aprendizagem baseada em problemas no Brasil e na América Latina, porque foi o primeiro a fazer isso [...]”.  D3: “Eu entendo que esse método, ele tem uma grande vantagem nesse sentido, quer dizer, nós damos a ferramenta para que o aluno consiga se virar na sua vida profissional.”



			E11: “Eu considero válido, porque eu acho que tudo o que a gente estuda, pelo fato de ter de apresentar, falar para os outros colegas, então eu acho que você aprende muito, você fixa de apresentar, falar para os outros colegas, então eu acho que você aprende muito, você fixa bastante o que você estuda”.
1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo.	1.4.4 avaliação dos aspectos negativos da ABP	G2: “[...]a questão da articulação com o serviço ou os nossos próprios serviços poderiam ter avançado muito mais e eu acho que eles pioraram um pouco, se eu pensar na assistência [...]”.  E2: “[...] eu acho que anatomia por exemplo, é uma coisa difícil de você aprender sozinho, e que é pelo radicalismo que Marília impôs, a gente acaba sendo um pouco prejudicado nesta parte.”  D4: “[...] a parte mais complicada senão uma incógnita ainda, é o processo de avaliação. Até mesmo esse processo de correção de prova, o critério S (satisfatório) ou I (insatisfatório), quer seja na sessão de tutoria [...]”.
1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.5 sugestões para manejar os aspectos negativos da ABP na FAMEMA	E5: “[...] ou se orienta mais os orientadores para que eles consigam passar mais tranquilidade para a gente ou se não, sei lá, faz uma palestra sobre o estudo de anatomia, faz alguma coisa nesse sentido de como estudar, como você desenvolver essa capacidade [...]”.  D6: “[...] eu acho que essa questão de construir o conhecimento no grupo de tutoria, talvez, eu acho que seja uma estratégia mais razoável do que só o aluno que fica falando, entendeu?”

1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.6 avaliação dos objetivos a serem alcançados	<p>G2: “[...] o grande desafio é essa questão de integrar a questão do cuidado a saúde, de trabalhar numa lógica de maior vínculo com o paciente, melhorando o cuidado, incorporando as tecnologias que tem que ser incorporadas, mas sempre centrado no paciente e não no especialista, sempre centrado no paciente, esse é o grande desafio [...]”.</p> <p>D3: “[...] tem tentado se colocar ao aluno a importância de uma medicina humanística, humanitária, não sei bem, e assim, esse assunto ele é colocado como uma azeitona na empada das unidades, quer dizer é uma coisa, assim, que você faz todo um objetivo de aprendizagem e aí na última questão, nas últimas são esse lado, que eu acho que está falho.”</p>
		1.4.7 avaliação sobre a capacitação do professor-tutor	<p>G2: “[...] no início foi muito interessante o processo de capacitação, de juntar pessoas, de pessoas que começaram a crer e vinham nessa capacitação, quem sabe no começo meio obrigadas por conta das resoluções da Congregação [...] Agora no exato, nesse último ano, eu não sei como é que elas foram, não tenho uma avaliação disso [...]”.</p> <p>E2: “[...] eu acho que a maior discrepância que existe é quanto aos tutores, [...] o ideal seria que trabalhassem de uma maneira homogênea [...]”.</p> <p>D12: “ Acho que essas, esses treinamentos que a gente tem recebido, acho que isso é muito importante, porque eu também acho que hoje eu recebo críticas melhor do que antes do PBL, e eu acho que isso também, tem sido importante para a minha formação hoje.”</p>

1. A ABP na FAMEMA	1.4. O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.8 avaliação da participação dos/sobre professores e estudantes	<p>G1: “[...] a gente tem espaços de discussão, a criação das unidades são feitas, a participação de especialistas da área é aberta, nós temos um Fórum anual de avaliação do currículo durante a semana da Pátria, e outros espaços como o curso de capacitação em que eles são ouvidos. Com relação aos estudantes existe a questão dos coordenadores de série que têm contatos com os estudantes daquela série e agora a partir desse ano começou a funcionar o colegiado de curso onde você tem a participação dos estudantes [...]”.</p> <p>D10: “[...] você faz a sessão de tutoria, depois a gente tem reuniões e, nessas reuniões são discutidas assim, situações complicadas que o tutor não soube, por exemplo, conduzir naquele momento. Por exemplo, uma aluna estava falando de morte, de repente começou a chorar e saiu da sala, ela tinha vivido uma situação com o pai e que naquele momento ela não conseguiu lidar com a coisa. Então, o que fazer numa situação desta? Daí isso é discutido em seguida, o que vai ser feito, o que vai ser feito a partir de agora [...]”.</p>
1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.9 o papel do professor-tutor	<p>E1: “[...] o cara não te joga no meio do nada, eles dão um caminho mais ou menos onde você tem que chegar, agora o caminho que você tem de fazer para chegar lá você escolhe.”</p> <p>D1: “[...] ele tem que ser uma alavanca, um agente que leve o estudante a trilhar o caminho que deve ser trilhado sem é... fazer sombra ao estudante, ele não deve ocupar o centro, o centro tem que ser o estudante, tem algumas características, o tutor, o tutor ele precisa é... ajudar o grupo a se articular, ele</p>

			<p>precisa estar junto, esclarecendo as dúvidas, não necessariamente liderando o grupo, eu acho que a hora que ele assume a postura de liderar o grupo e é uma tentação tremenda nossa de fazer isso, ele acaba chamando a atenção para cima de si mesma né? Ele precisa trabalhar a questão grupal para que o próprio grupo encontre os caminhos e trabalhe de uma forma adequada.”</p>
1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.10 o papel do estudante	<p>E5: “[...] você se sente ativo, um trabalho que você tem que a todo momento ta correndo atrás, que é uma responsabilidade muito maior do que acho que se fosse no tradicional [...]”.</p> <p>D12: “[...] é um aluno diferente também é um aluno que exige mais, que tenta buscar algumas informações além do que passar apenas no estágio.”</p>
		1.4.11 processo de construção das unidades educacionais	<p>D5: “[...] Tem assim, o início, como foi no início e tem as diferenças de uma unidade para outra, tem o como está agora, onde eu participo ainda né?! ?Acho que assim, que quando começou, a gente começou a fazer isso, eu acho que a gente tinha um trabalho mais interdisciplinar, entendeu? Assim, pelo menos assim, as reuniões eram mais protegidas, assim, eram mais... aconteciam mesmo. [...] passou o primeiro ano de experiência, aquela unidade só passou para, assim, foi feito uma avaliação pelos , pelos tutores que trabalharam na unidade tal, ai você identifica lá que precisa fazer alguns arranjos, alguns acertos, mas não precisa chamar todo mundo para fazer isso entendeu? Então vai lá o coordenador da unidade, dois coordenadores da unidade, às vezes tem alguma dúvida chama alguém, mas a coisa ficou muito mais centrada na coordenação da unidade.”</p>

		1.4.12 concepções e mudanças sobre o processo de ensino-aprendizagem	<p>E5: “[...] eu achava que era só eu estudar o livro tal, ia estar sabendo medicina, não, não é bem assim, você tem que ver outras fontes complementam até aquela, às vezes pode ter uma fonte que até esteja... é... não seja tão atual como a outra e na verdade aquilo não vai ser mais sabe? Tem todo um processo de renovação do conhecimento que é bem complicado! E acho que no PBL você enxerga muito isto, porque dá oportunidade de você estudar por fontes que talvez não sejam tão específicas mais trazem novidades a todo o tempo, [...]. Primeiro a gente lê e tenta meio que memorizar, ai depois você vai imaginando, eu pelo menos uso muito, tento imaginar como que isso é relacionado a isso, e isso é relacionado a aquilo, aí eu acho que quando eu começo a traçar um raciocínio, eu acho que aí é que eu estou começando a, além de estar fixando a matéria, adquirindo conhecimento.”</p> <p>D9: “[...] o conteúdo não é o mais importante, o problema é um pretexto só, o processo se o aluno sabe formular questões, se o aluno sabe fazer busca, se ele sabe fazer análise crítica da informação, isso é mais importante.”</p>
1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.13 procedimentos e estratégias de ensino-aprendizagem	<p>D6: “[...] eu não engesso o meu grupo, eu sempre trabalhei com o grupo mais livre, antes olhar o grupo do que seguir determinados passos de tutoria e você não conseguir que realmente o aluno aprenda, porque ele fica tão engessado porque tem que seguir um passo x para levantar problema, escrever questões numa determinada forma etc, que muitas vezes, é o que os alunos, entre aspas, eles falam que são os ‘tutores pebelistas’, e que o tutor aí ele não consegue, na verdade, ajudar o grupo. [...] Quando o problema está bem escrito ele possibilita isso, você não precisa nem mostrar para os alunos: - Olha</p>

			vocês têm que escrever, fazer questões integradas de alta taxonomia, não precisa, porque quando o problema é bom, isso é natural é explícito no problema [...]”.
1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.14 avaliação da aprendizagem	<p>G2: “[...] eu avalio todo o processo, todo o processo de interação em função dessa aprendizagem, das atitudes [...]”.</p> <p>E3: “Eu acho que um pouco é na própria sessão assim, sabe ao final que você discutindo com os outros membros do grupo tudo, você vai percebendo que você vai construindo um raciocínio assim né? Vai chegando e... por exemplo, quando a gente ta fazendo uma anamnese no hospital e alguém fala alguma coisa e você pensa ah! Isso me lembra tal coisa e tal coisa e aí você vai analisar melhor os caminhos desse paciente e você vai ver que é isso mesmo que você está conseguindo ter um raciocínio clínico, tudo a custa do que você estudou né na tutoria.”</p> <p>D8: “[...] avaliar a postura deles na sessão, o rendimento, a participação, o ganho, a contribuição para o grupo e com relação ao seu próprio rendimento, com relação a participação do colega, porque quando se trabalha em grupo o que o outro traz, a socialização do conhecimento é muito importante, então se o outro não participa ele está te prejudicando também, ao mesmo tempo se o outro só participa ele está te tolhendo, quer dizer, então essa regulação ela é feita no final (da tutoria) e também com relação a postura do tutor, porque ele pode ser muito ativo, o que vai acabar prejudicando, e ele pode ser muito passivo, então que também vai prejudicar, porque ele vai acabar não dando as linhas. [...] A estrutura, o</p>

			comportamento, não é só o conhecimento, é a maturidade é a responsabilidade é tudo que vai fazer um ser humano, um profissional responsável, consciente é o conjunto da pessoa. [...]”.
1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.15 avaliação do currículo	D2: “[...] o currículo ele é muito amplo, agora né é muito assim pontual. Tem falhas eu acho, na anatomia, eu acho que o pessoal está saindo muito falho nas básicas, a gente trabalha com aluno do 2º ano, tem alunos do 5º ano e a gente sente essa necessidade deles, eles vêm isso e comentam com a gente.”
		1.4.16 dificuldade de aprendizagem do estudante	E9: “Eu acho que é com o conteúdo, nas outras unidades eu não tive dificuldade.” (neurolocomotor)
1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.17 estratégia para superação da dificuldade de aprendizagem	E9: “[...] eu acho que seria muito possível assim eu resolver as minhas dúvidas numa consultoria, a hora que eu tivesse uma dúvida formulada, porque até agora tudo para mim é dúvida, mais... [...] eu percebo assim é mais uma dúvida minha. É mais uma dificuldade minha de entender do que do grupo. Mais que no fim acaba sendo resolvida na tutoria, eu acho que é mais ansiedade do que..., enquanto eu to estudando sozinha eu fico desesperada [...]”.
		1.4.18 estratégias para superação das dificuldades dos estudantes com o método	E8: “[...] a gente usa bastante consultoria, mesmo pegando o professor pelo corredor assim, a gente às vezes consegue muito por alunos de outros anos, os veteranos ajudam bastante, ajudam muito!”  D2: “[...] as consultorias são mais freqüentes no 1º ano.”

1. A ABP na FAMEMA	1.4 O desenvolvimento da ABP no currículo	1.4.19 expectativa em relação a ABP	<p>D7: “A gente tem que estar com uma expectativa bem grande de saber como é que eles vão se colocar ai, no mercado, porque o exame de residência é em cima do método tradicional, então será que eles conseguem, não conseguem, como é que vai se isso ai? Eu acho que essa é a ansiedade maior.”</p> <p>G2: “[...] eu acho que eu gostaria de ver isso ai multiplicado, e eu acho que tem poder de multiplicação.”</p> <p>E1: “Aqui na Famema como eu disse eu acho que o método tem tudo para dar certo, [...] Acho que vale a pena investir no método, mesmo com todo mundo criticando, mas com o tempo, acho que com o tempo vai melhorar, ta melhorando!”.</p>
2. Formação Médica e a ABP	2.1 Mudança de concepção e prática/ABP		<p>G1: “[...] a partir..., que se começou a tratar a educação na graduação de uma maneira mais séria e embasada em teorias pedagógicas e não simplesmente ensinar porque eu aprendi assim e todo mundo vai aprender assim, eu acho que este foi um grande salto de tentar mudar a mentalidade dos docentes e dos discentes também, dos no sentido da busca da informação [...]”.</p> <p>D10: “[...] eu acredito que no ensino tradicional é muito centrado, principalmente nos últimos anos de medicina, fica centrado na doença. E assim, o aluno, ele até entra numa escola de medicina com uma...</p>



			com a questão social, com a questão psicológica, psicológica eu não sei tanto, mas a questão social, reconhecer um ser humano, ele até entra com essa capacidade afetiva dele, preocupado com o outro. E aí no transcorrer do curso, existe uma inversão, isso vai diminuindo, e o que ele vai ganhando de bagagem é uma questão mais técnica. Então, eu entendo, que acho que o PBL, ele seria uma tentativa para se manter isso, e fortalecer essas questões mais humanas mesmo do médico.”
2. Formação médica e a ABP	2.2 Aspectos relevantes para a formação profissional do médico e a ABP	2.2.1 visão da pessoa nas dimensões biológica, psicológica e social	D3: “[...] muito mais do que conteúdo, eu acho que tem muita coisa na questão humana, na questão social, na questão psicológica ta?[...]”.  E3: “[...] eu acho que um médico competente é aquele que vai saber analisar todos os aspectos da medicina, da psicologia, do corpo, é... da mente tudo! Esse vai ser o bom médico. [...]”.
		2.2.2 humanização	E1: “[...] método da Famema, não sei os outros lugares, eu acho que ele humaniza muito mais a nossa formação, porque tem muita coisa voltada ao psicológico ou psicossocial [...] eu vou ser uma estudante muito mais humana vendo o indivíduo como um todo mesmo.”  D10: “[...] humanismo, [...] se a pessoa conseguir manter essa questão do humanismo ai ela vai ser um bom médico, ela conseguir enxergar o outro, se colocar no lugar do outro, acho que é o básico.”
2. Formação médica e a ABP	2.2 Aspectos relevantes para a formação	2.2.3 aprendizagem auto-dirigida e contínua (aprender a	E9: “[...] o simples fato de ter que pesquisar as coisas pra estudar eu acho que já é uma coisa que vai me ajudar bastante eu me virar quando eu não estiver aqui, [...]”.

	profissional do médico e a ABP	aprender)	D5: “[...] ele vai sair não se sentindo pronto, ele não acabou certo? [...] no final do curso, ele vai... terminar um período mais tutorado, vamos dizer, mas ele sabe que vai sair com uma responsabilidade grande de estar continuando o desenvolvimento dele pelo resto da vida.”
2. Formação médica e a ABP	2.2 Aspectos relevantes para a formação profissional do médico e a ABP	2.2.4 trabalho em equipe (grupo)	E9: “[...] e uma capacidade de trabalhar em grupo que se você não conseguir até o final você não termina o curso né? Então é uma coisa que você vai desenvolvendo, mesmo que não seja o seu forte. Ai depois você vai precisar de uma equipe e discutir o caso e um profissional de outra área, então eu acho que isso também contribui.”  D1: “[...] que saiba trabalhar em grupo, faz parte também é uma coisa quase que única que ele aprenda a se relacionar com os colegas e coletivamente chegar e ir melhorando.”
		2.2.5 habilidade de raciocínio crítico	E7: “Eu acho que você acaba tendo uma visão assim bem mais crítica, você acaba selecionando, eu acho que isso contribui bastante, [...]”.  D5: “A coisa do senso crítico [...]”.
		2.2.6 habilidade de raciocínio clínico	E9: “Para a minha formação eu acho que primeiro, o raciocínio que a gente é obrigado a fazer a partir de um problema, porque a gente recebe o problema sem saber nada dele né, nunca vimos aquilo, e a gente tem de tirar ali aonde a gente vai chegar né. Então eu acho que isso dá pra gente um raciocínio que é diferente do que seria no método tradicional, eu acho que é bem melhor.”

			D3: “[...] é, eu acho assim, raciocínio clínico, eu acho uma coisa importante [...]”.
2. Formação médica e a ABP	2.2 Aspectos relevantes para a formação profissional do médico e a ABP	2.2.7 medicina baseada em evidência	D1: “[...] a questão da medicina baseada em evidência, a questão de você fundamentar o seu raciocínio na literatura, nas evidências e tudo mais.”
		2.2.8 habilidades clínicas e de comunicação	E5: “[...] empatia pelo paciente que consegue sei lá, atender as expectativas que o paciente vai lá né? O paciente quer resolver o problema dele, tanto o social, como o psicológico, como o biológico [...] o médico competente é aquele que além de ter o conhecimento, consegue mostrar para o paciente: -Oh eu tenho o conhecimento, eu to interessado em você e quero te ajudar.”  D2: “[...] Técnica, como abordar o paciente... acabou até outro dia discutindo... como tirar do paciente a história dele, ne? Eu acho que isso daí é uma coisa que ajuda muito na formação profissional e tem que ser passado para ele.”
		2.2.9 formação generalista	E11: “Eu acho que você pode se especializar, mais eu acho que você tem de saber de tudo um pouco, porque senão você deixa o seu paciente angustiado. Fala: -Olha, isso eu não sei então você procura outro.”

			D2: “[...] vai ser formado um médico generalista mesmo, não assim, não voltado a alguma especialidade [...]”.
2. Formação médica e a ABP	2.2 Aspectos relevantes para a formação profissional do médico e a ABP	2.2.10 integração teoria e prática	E12: “[...] eu tenho certeza que com mais psicologia a gente vai ser, porque a gente vê muito, muito, como a gente está sempre já lidando com problemas da vida real, que pode a gente sair, ir no hospital e ver, [...]”.  D12: “[...] a visão global do indivíduo, não só do biológico, e isso também, eles tem estímulo desde o 1º ano, não só na tutoria, mas também na Interação Comunitária, onde eles começam a ver a sociedade, o doente, a doença desde o início. [...]”.
		2.2.11 integração básico-clínica	D5: “[...] acho que a metodologia aprendizagem baseada em problemas de um modo geral tem uma preocupação com a integração de disciplinas básico-clínicas, das dimensões biológica, psicológica e social, [...]”.
		2.2.12 promoção de saúde	D6: “[...] olhar o indivíduo enquanto ser sadio, ele tem que saber também olhar para o indivíduo enquanto promoção de saúde e não só curar doença [...]”.
		2.2.13 responsabilidade social	D5: “Eu acho que assim, a idéia eu acho que é formar um médico muito mais responsável socialmente também, entendeu? Assim, muito mais comprometido, muito mais... muito mais envolvido com a responsabilidade social dele mesmo, no exercício da profissão.”

2. Formação médica e a ABP	2.2 Aspectos relevantes para a formação profissional do médico e a ABP	2.2.14 solucionar problemas	E7: “[...] um médico competente que é capaz de solucionar qualquer problema.”
		2.2.15 conhecimentos teóricos	D7: “Mas o que dá para sentir assim, é que do ponto de vista teórico, principalmente, eu acho que eles saem bem preparados, [...]”.