

Abordagens Pedagógicas e Tendências de Mudanças nas Escolas Médicas

Pedagogical Approach and Change Trends in Medical Schools

Rinaldo Henrique Aguilar-da-Silva^I; Gianna Lepre Perim^{II}; Ively Guimarães Abdalla^{III}; Nilce Maria da Silva Campos Costa^{IV}; Jadete Barbosa Lampert^V; Regina Celes de Rosa Stella^{VI*}

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica.
- Avaliação de Programas.
- Tutoria.
- Currículo.
- Metodologia.

KEYWORDS:

- Medical Education.
- Program Evaluation.
- Preceptorship.
- Curriculum.
- Methodology.

RESUMO

A *Abem*, por intermédio da *Caem*, toma a iniciativa de promover a avaliação das tendências de mudanças nas escolas médicas brasileiras, tendo por objetivo impulsionar a construção de um processo avaliativo, que, além de diagnosticar o momento das escolas, permita auxiliar e acompanhar a evolução das mudanças, sem perder de vista o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada à saúde da população brasileira. Este projeto conta com um instrumento que apresenta 17 vetores distribuídos em cinco eixos relevantes na formação do médico. Um destes é o das Abordagens Pedagógicas, que abrange métodos de construção e acompanhamento do processo pedagógico, buscando identificar a tendência do processo de ensino-aprendizagem, avaliativo e de orientação didático-pedagógica, verificando se é mais centrada no professor ou no estudante, com uso ou não de tutorias. Cada escola pôde se classificar como tradicional, inovadora ou avançada, de acordo com as alternativas para cada vetor que compõe o eixo.

ABSTRACT

Through *Caem*, *Abem* is promoting the evaluation of change trends in Brazilian Medical Schools in order to build up an evaluation process capable of diagnosing each school's moment and following-up its development attaining to its mission, which is improving the health care provided to the Brazilian population. This project tool presents seventeen directions distributed over five axes relevant for medical education. One of these is the Pedagogical Approach which focuses building and following-up methods to identify the teaching – learning process and evaluation. Is the pedagogical approach student – centered, or teacher – centered? Are tutorials present? The schools can then be classified as traditional, innovative or advanced.

Recebido em: 02/07/2008

Reencaminhado em: 20/12/2008

Aprovado em: 09/01/2009

^I Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo, Brasil.

^{II} Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil; Ministério do Esporte, Secretaria Nacional de Esporte Educacional. Distrito Federal, Brasil.

^{III} Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil.

^V Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{VI} Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

* Os autores compõem a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica – *Caem/Abem*.

INTRODUÇÃO

Nas discussões e reflexões sobre a formação do profissional médico no curso de graduação frente às necessidades básicas de saúde, são considerados aspectos conceituais de relevância que permeiam a construção e a execução dos programas curriculares. Estes são identificados como relevantes com base em estudos existentes na área de educação médica, encerrando áreas temáticas que direcionam as ações para a formação do médico na graduação em acordo com as diretrizes curriculares¹. A tese de Lampert² identifica eixos de um processo de construção de mudanças das instituições de ensino médico na direção da transformação do paradigma flexneriano para o paradigma da integralidade, tendendo para uma aproximação da formação de profissionais de saúde voltados para as necessidades da Atenção Básica.

Pela forma como isto é observado e/ou percebido na implementação do programa curricular, pode-se, pela predominância de ações, abalizar tendências do curso de graduação para seguir um rumo mais tradicional, hegemônico, nos moldes flexnerianos, ou uma direção mais inovadora e mesmo mais avançada, a caminho de reformas transformadoras, na construção do paradigma da integralidade. A meta é, pois, oferecer uma formação que atenda às recomendações em educação médica contempladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Medicina, de modo que, ao final do curso de graduação, o grau de médico atribuído seja condizente com a formação recebida para atender às necessidades da população brasileira e dar os encaminhamentos necessários dentro do sistema de saúde com referências e contrarreferências.

Partindo do pressuposto de que a educação crítica é promotora de mudança e uma forma de intervenção no mundo que se faz por meio do diálogo constante com o outro, da permanente revisão e análise crítica da realidade, busca-se, então, tornar o sujeito cada vez mais “consciente de sua transitividade, que deve ser usada tanto quanto possível criticamente”. E, assim, conduzir o sujeito a adotar outra atitude frente aos problemas de seu tempo e espaço³.

Dessa forma, o currículo adotado pelo projeto pedagógico é compreendido como um “projeto seletivo de cultura, social, política e administrativamente condicionado, que preenche a atividade escolar e que se torna realidade dentro das condições da escola tal como se acha configurada”⁴. Assim, para que o currículo propicie o sentido emancipatório, precisa ser entendido como uma práxis e, portanto, considerado um mediador “entre a sociedade exterior às escolas e as práticas sociais concretas que nelas se exercitam como consequência do desenvolvimento do currículo”⁴. Neste projeto

isto pôde ser avaliado mediante um instrumento em que as abordagens pedagógicas foram estudadas dentro de três vetores: Estrutura Curricular, Orientação Didática e Apoio e Tutoria.

A estrutura curricular abordou desde os currículos tradicionalmente organizados em ciclos básicos e profissionalizantes, passando pela realização de algumas estratégias integradoras, até os currículos integrados com áreas de prática real em diversos níveis de atenção à saúde.

A orientação didática esteve configurada em aulas expositivas com práticas isoladas, passando por alguma integração multidisciplinar e avançando para a utilização de métodos ativos de ensino-aprendizagem com ênfase na realidade dos serviços de saúde e abordagem multidisciplinar.

Finalmente, apoio e tutoria como uma estratégia de trabalho em pequeno grupo, orientada pela resolução de problemas e amparada por uma estrutura física e material que suportem a realização desta estratégia.

Considerando assim a proposta de avaliação da escola médica que busca um currículo integrado, com uso de metodologias ativas e tutorias, resolução de problemas em pequenos grupos e interdisciplinaridade, esta deve se configurar numa atividade permanente e dinâmica do processo de ensino-aprendizagem, que permita acompanhar este processo, visualizar avanços, detectar dificuldades e, por fim, realizar as intervenções necessárias em tempo útil. Este aspecto de autoavaliação e avaliação interpares com ampla participação dos segmentos, incluindo a comunidade civil organizada, fortalece o compromisso e a responsabilidade social junto à sociedade.

Saul⁵ defende uma proposta avaliativa que foge aos paradigmas clássicos, definida como avaliação emancipatória. Sustenta que o compromisso principal desta avaliação é fazer com que as pessoas, direta ou indiretamente envolvidas por uma ação educacional, escrevam sua própria história e gerem suas próprias alternativas de ação. Defende que a conscientização é o que orienta um fazer pedagógico emancipador de uma organização, que vê seus membros como sujeitos capazes de, criticamente, desenvolver suas próprias ações.

Portanto, a proposta de Saul⁵ representa o esforço de determinado segmento de teóricos da avaliação, que buscam construir um novo paradigma de avaliação.

Diante desta realidade, é preciso um posicionamento pessoal, responsável e radical do sujeito comprometido com a construção, como afirma Belloni⁶:

[...] uma sistemática de avaliação que vise o aperfeiçoamento da qualidade da educação – isto é, do en-

QUADRO 1

Tendências de mudanças no curso de graduação em 28 escolas médicas ao considerarem os vetores do eixo Abordagens Pedagógicas e as alternativas/situações predominantes na percepção de cada escola – Caem/Abem, 2006

VETORES	Alternativa 1 Tradicional		Alternativa 2 inovadora		Alternativa 3 avançada	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
Estrutura Curricular	4	14,29%	11	39,29%	13	46,42%
Orientação Didática	5	17,86%	7	25%	16	57,14%
Apoio e Tutoria	2	7,15%	17	60,71%	9	32,14%

sino, da aprendizagem – com a finalidade de transformar a escola atual em uma instituição voltada e comprometida com a aprendizagem de todos e com a transformação da sociedade em uma sociedade realmente democrática.

A avaliação deve ser um processo contínuo e de responsabilidade de todos, uma vez que o resultado esperado é a aprendizagem organizacional e dos sujeitos. Sacristán⁷ define que:

Avaliar se refere a qualquer processo por meio do qual alguma ou várias características de um estudante, de um grupo de estudantes, de um ambiente educativo, de objetivos educacionais, de materiais, professores, programas, etc. recebem a atenção de quem avalia, analisando-se e valorizando-se suas

características e condições em função de alguns critérios ou pontos de referência para emitir um juízo que seja relevante para a educação.

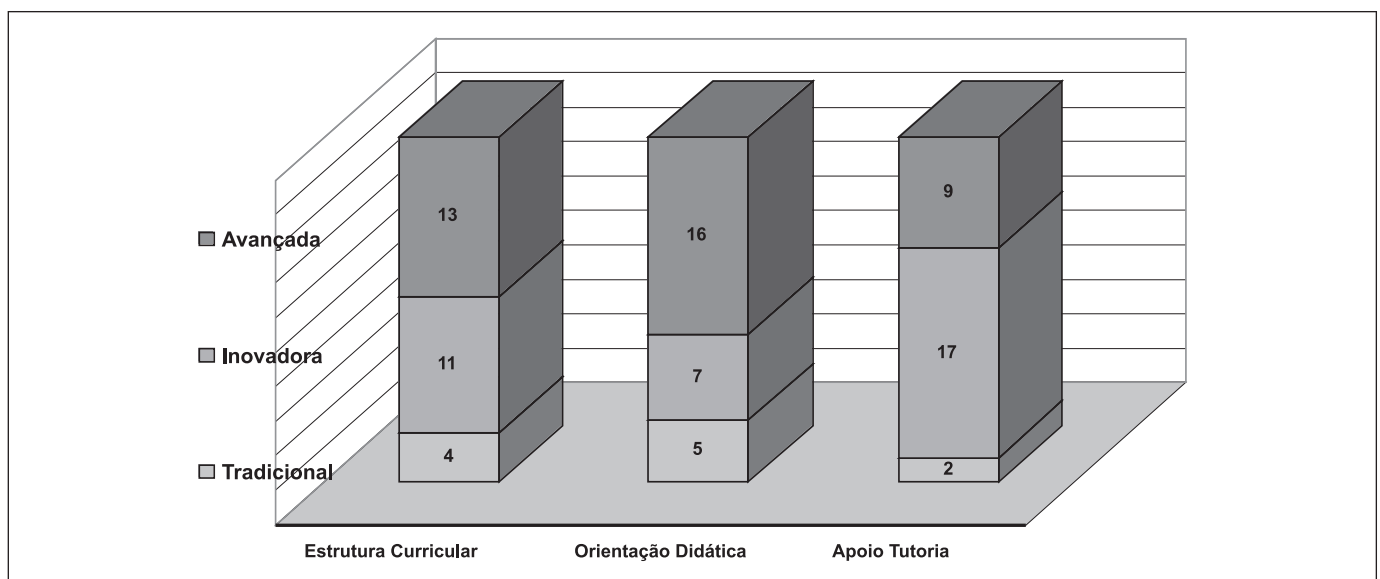
A avaliação não é um fim em si mesma, mas deve possibilitar a análise da realidade para focar as ações com a finalidade de refletir sobre essa realidade na perspectiva da reconstrução da ação. Patton⁸ propõe nesta direção a ponderação avaliativa como uma forma de pensar sobre a conexão entre a ação e a reflexão.

MÉTODO

O instrumento de avaliação de tendências de mudanças das escolas médicas adotado pela Caem foi respondido pelos atores sociais de cada escola: representantes docentes, discentes e técnico-administrativos e da comunidade externa local.

GRÁFICO 1

O eixo Abordagens Pedagógicas e tendências de mudanças num grupo de 28 escolas médicas brasileiras – Caem/Abem, 2007



QUADRO 2

Estrutura curricular e percepção de 28 escolas médicas ao considerarem se a escola tem ciclos básico e profissionalizante bem separados, disciplinas e atividades integradoras e currículo em grande parte integrado com as justificativas e evidências apresentadas

Vetor ESTRUTURA CURRICULAR		
Alt.	Justificativa	Evidências
1	Tem ciclos básico e profissionalizante bem separados, organizados com disciplinas fragmentadas	
	Currículo fragmentado em ciclo básico, intermediário e profissionalizante Modelo flexneriano	Falta de integração entre ciclo básico e profissionalizante, com disciplinas ligadas a departamentos Estrutura curricular
2	Disciplinas e atividades integradoras ao longo dos primeiros anos e organização básico e profissionalizante com disciplinas fragmentadas	
	Apresenta integração no PP, mas na prática é fragmentado Escola em fase de reavaliação da questão da integralidade Projeto pedagógico com proposta de integração horizontal, vertical e transversal Dissociação entre ciclo básico e profissionalizante (departamentos e disciplinas)	Resistência docente a mudanças Algumas disciplinas e avaliações integradas Realização de seminários e oficinas voltados para integração Existem disciplinas integradoras nos quatro primeiros semestres, blocos na prática, sem esta denominação no currículo, conteúdos de disciplinas do mesmo semestre estão em processo de integração
3	Currículo em grande parte integrado com áreas de prática real em atenção de adultos, materno-infantil, saúde da família, medicina do trabalho, etc.	
	Currículo desenvolvido a partir da prática profissional Currículo baseado em competências Processo de ensino-aprendizagem ativo Estão de acordo com as DC Necessidade de vincular o egresso ao mundo real Currículo integrado e integrador, em módulos Disciplinas integradas verticalmente Orientação das DC	Currículos em módulos (eixo integrador) Integração básico-clínica nas quatro primeiras séries Integração de cenários de ensino-aprendizagem, grupos de construção e planejamento de série Cenários de prática profissional desde o início do curso – laboratório de apoio Projeto pedagógico com ABP e módulos temáticos Seminários integradores Existência do Programas de Prática Ementas e convênios com hospitais e secretarias municipais

Cada vetor apresentou três situações alternativas (tradicional, inovadora e avançada para as transformações). As escolas puderam classificar-se em cada um dos três níveis. A tradicional corresponde a características de um ensino tradicional, flexneriano; a inovadora apresenta inovações, buscando adequar-se às mudanças; e a avançada apresenta características predominantemente de mudanças implantadas, que estão de acordo com as DCN. No mesmo exercício, a cada situação predominante são identificadas as justificativas e as evidências da alternativa escolhida. O instrumento, o método e a descrição dos vetores podem ser consultados no artigo *Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras* (Lampert et al., p.5-18), disponível nesta revista.

Este trabalho apresenta os resultados do eixo 3, Abordagens Pedagógicas, no conjunto do curso de graduação, composto dos seguintes vetores: Estrutura Curricular; Orientação Didática; Apoio e Tutoria.

RESULTADOS

Os resultados apresentados no Quadro 1 e no Gráfico 1 demonstram a percepção dos atores sociais de um grupo de 28 escolas médicas brasileiras quanto às tendências de mudança em relação ao eixo Abordagens Pedagógicas, e deste no contexto dos projetos pedagógicos. Além da classificação dos vetores, as escolas apresentaram justificativas e evidências (Quadros 2, 3 e 4) que indicam as fragilidades e as potenciali-

QUADRO 3

Vetor Orientação Didática e percepção de um grupo de 28 escolas médicas ao considerarem se a escola enfatiza aulas teóricas centradas no professor, enfatiza aulas teóricas com alguma integração, utiliza métodos ativos, com as justificativas e evidências apresentadas

Vetor ORIENTAÇÃO DIDÁTICA		
Alt.	Justificativa	Evidências
1	Enfatiza as aulas teóricas de exposição em disciplinas isoladas e as práticas são predominantemente demonstrativas e centradas no professor, com avaliações escritas predominantemente de memorização	
	<p>Modelo flexneriano com professores desestimulados a se atualizarem pedagogicamente</p> <p>Predomínio de aulas teóricas expositivas nos quatro primeiros anos com abordagem prática nos dois últimos anos</p> <p>Disciplinas isoladas, voltadas para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos clínicos sem integração entre elas</p>	<p>Aulas expositivas centradas no professor, sem busca ativa de conhecimento</p> <p>Avaliações punitivas baseadas na memorização sem avaliação de habilidades</p> <p>Falta de capacitação para docência profissionalizada</p> <p>Experiências isoladas voltadas para o desenvolvimento do ensino-aprendizagem voltado para a prática</p>
2	Enfatiza as aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar, e as práticas estão centradas em habilidades no âmbito hospitalar com avaliação de conhecimentos e habilidades clínicas	
	<p>Corpo docente não capacitado para práticas multidisciplinares</p> <p>Modelo flexneriano rígido</p> <p>Aulas teóricas principalmente nos dois primeiros anos, prática com as disciplinas mais clínicas em pequenos grupos centradas no paciente</p>	<p>Práticas hospitalares, pouco envolvimento docente</p> <p>Prática centrada no hospital com poucas atividades multidisciplinares</p> <p>Atividades clínicas em pequenos grupos centradas nos estudantes (discussão em rounds e individuais, e provas práticas durante o internato)</p>
3	Adota métodos de aprendizagem ativos com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multidisciplinar e na prática usa também os serviços e espaços comunitários, avaliando conhecimento, habilidades e atitudes com estímulo à avaliação interativa e à autoavaliação	
	<p>Convicção de que é o melhor caminho para atender as DC</p> <p>Utilização de métodos ativos de ensino-aprendizagem multidisciplinares e com utilização de espaços comunitários</p> <p>Importância de avaliação diversificada como forma de melhor orientar o aluno</p> <p>Desenvolvimento do currículo em vários cenários com atividades práticas</p> <p>A missão institucional é formar médicos críticos e reflexivos, com competência para atuar em qualquer área da medicina geral</p>	<p>Uso de metodologias ativas</p> <p>Avaliação formativa/somativa</p> <p>Novos cenários de prática</p> <p>Participação ativa dos estudantes nas discussões de problemas e soluções de saúde da comunidade</p> <p>Existência de núcleo de avaliação/EP, de laboratório morfofuncional e prática profissional e portfólio reflexivo</p> <p>Inserção na comunidade nos três níveis de atenção e percentual baixíssimo de aulas teóricas (menos de 5% e 30%)</p> <p>Participação de professores não médicos sociólogos, filósofos, fisioterapeutas</p> <p>Realização de autoavaliação, e de avaliação de habilidades e atitudes</p> <p>Avaliações diversificadas (com domínios cognitivo, afetivo e psicomotor) na maioria das disciplinas e internato</p>

dades que interferem nas abordagens pedagógicas que tratam dos métodos de construção e acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem, buscando identificar a tendência deste processo por meio da avaliação dos vetores de Estrutura Curricular, Orientação Didática, e Apoio e Tutoria.

Em relação às alternativas percebidas como predominantes no eixo Abordagem Pedagógica:

No vetor Estrutura Curricular, a maioria das escolas (46,42%) se classificou como avançada, ou seja, tem currículos em grande parte integrados com áreas de prática real; as

QUADRO 4

Vetor Apoio e Tutoria e percepção de um grupo de 28 escolas médicas ao considerarem se a escola não proporciona condições físicas e materiais e não oferece tutoria, oferece alguma estrutura física e apoio e tutoria, proporciona condições físicas adequadas e tutoria em pequenos grupos, com as justificativas e evidências apresentadas

Vetor APOIO E TUTORIA		
Alt.	Justificativa	Evidências
1	Não proporciona condições físicas e materiais de apoio adequados para o ensino-aprendizagem: biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais e de informática, biotério, etc. e não oferece tutoria	
	Não proporciona condições físicas e materiais de apoio adequados ao ensino-aprendizagem (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais e de informática, biotério, etc.) e não oferece tutoria	Atividades desenvolvidas nestas condições (impossibilidade de pequenos grupos) Laboratório com equipamentos insuficientes e defasados
	Falta de condições físicas, material didático e recursos que possibilitem o trabalho em pequenos grupos	Biblioteca com espaço reduzido e acervo defasado Espaço de informática com equipamento insuficiente
	Número insuficiente de professores	
	Falta de política e inexistência de tutoria	
2	Proporciona condições físicas e materiais razoáveis de apoio para o ensino-aprendizagem e oferece ensino realizado em pequenos grupos em rodízio por várias disciplinas	
	Espaços adequados, mas falta de capacitação docente para tutoria	Trabalho em pequeno grupo (a partir da terceira série), com orientadores nas séries iniciais
	Existência de laboratórios técnicos de informática com acesso à informação	Inexistência de tutoria e reformas Internato em pequenos grupos
	Iniciativa de integração em algumas disciplinas	Divisão em equipes com professores e residentes responsáveis em diferentes semestres
	Atividades centradas no estudante a partir do sexto semestre	Atualização dos laboratórios, acesso a banco de dados eletrônico na biblioteca
	Falta de tutoria	Laboratório morfofuncional com acesso à internet e programas para estudo dirigido e peças artificiais, laboratórios de informática, microscopia com microscópio para cada estudante com projeção simultânea do microscópio do professor e acoplado com TV
	Atividades baseadas em discussão de casos clínicos	Trabalho em pequenos grupos no PSF
	Necessidade sentida pelo contexto local	Tutoria na clínica cirúrgica
	Turma de cinco a dez estudantes para atividades práticas orientadas por docentes da instituição	Espaço físico adequado no ciclo básico e insuficiente no ciclo profissional
	Entendimento da necessidade de trabalho em pequenos grupos	Pequenos grupos para aulas práticas no ciclo profissionalizante e de cinco a dez estudantes no ciclo básico

QUADRO 4

Vetor Apoio e Tutoria e percepção de um grupo de 28 escolas médicas ao considerarem se a escola não proporciona condições físicas e materiais e não oferece tutoria, oferece alguma estrutura física e apoio e tutoria, proporciona condições físicas adequadas e tutoria em pequenos grupos, com as justificativas e evidências apresentadas

Vetor APOIO E TUTORIA		
Alt.	Justificativa	Evidências
3	Proporciona condições adequadas dos espaços físicos e material de apoio para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e oferece tutoria com análise e solução de problemas baseadas em situações reais	
	Política de busca de financiamento para melhorias físicas	Construção de área física
	Adequação da estrutura física para desenvolvimento do projeto pedagógico na rede básica, com cenários diferentes de forma concomitante	Aquisição de materiais e equipamentos para laboratório e biblioteca
	Utilização de metodologias ativas com apoio tutorial	Laboratório morfofuncional, biblioteca, sala de reuniões, grupo de tutores
	Reconhecimento da importância da estrutura, espaço físico, equipamento e apoio à tutoria	Estrutura do PSF
	Necessidade de trabalhar em pequenos grupos	Atividades de ensino-aprendizagem na estrutura citada
		Salas de tutoria para pequenos grupos com computador
		Ementas e manuais dos módulos
		Reuniões de planejamento dos módulos
		Professores capacitados para trabalho em pequenos grupos
		Discussão de casos clínicos na forma de problemas
		Manual do tutor e área física suficiente
		Tutorias
		Estrutura física
		Utilização da realidade epidemiológica local
		Necessidade de adequar a estrutura física e material
		Preceptoria com análise de problemas simulados e reais

demais escolas (39,29%) se classificaram como inovadoras, tendo disciplinas integradoras, mas mantendo a organização em ciclo básico e ciclo clínico; e 14,29% se classificaram como tradicionais, com ciclos básicos e profissionalizantes bem separados e organizados por disciplinas.

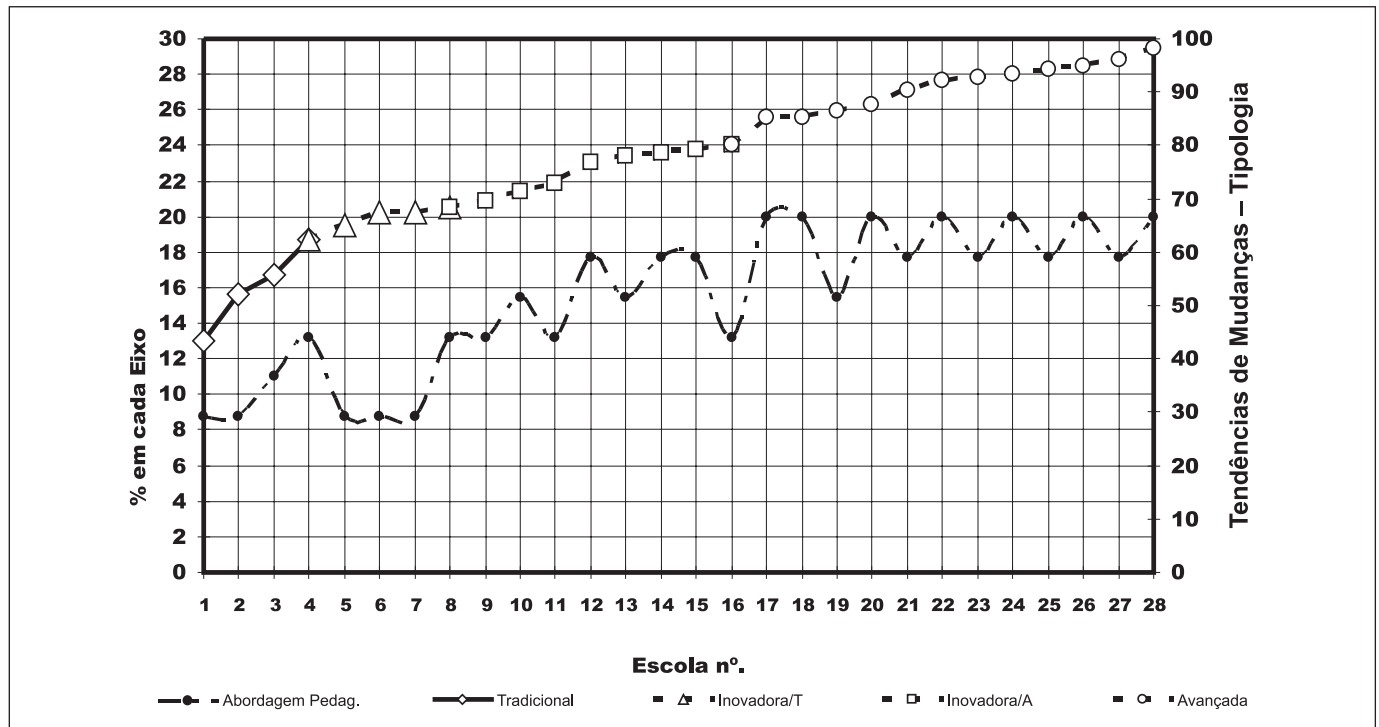
O vetor Orientação Didática também apresenta a maior parte das escolas (57,14%) como avançadas, assumindo que adotam métodos de aprendizagem ativos, com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multidisciplinar, além de possuírem serviços e espaços de prática comunitária que avaliam conhecimento, habilidades e atitudes e com autoavaliação. Outros 25% das escolas se classificaram como inovadoras, enfatizando ainda aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar, mas com práticas ainda centradas em habilidades

no âmbito hospitalar. Finalmente, 14,29% das escolas assumiram que possuem aulas teóricas de exposição em disciplinas isoladas, com práticas predominantemente demonstrativas e centradas no professor.

No vetor Apoio e Tutoria, a maioria das escolas (60,71%) se encontra como inovadora, proporcionando condições físicas e materiais de apoio ao processo ensino-aprendizagem, e oferece ensino realizado em pequenos grupos em rodízio por várias disciplinas. Outras 32,14% das escolas estão no nível avançado, possuindo condições adequadas de espaço físico e materiais para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, oferecendo tutorias com análise e solução de problemas baseados em situações reais. No nível tradicional, 7,15% das escolas assumem não proporcionar condições físi-

GRÁFICO 2

Eixo Abordagens Pedagógicas e tipologia de tendências de mudanças num grupo de 28 escolas médicas brasileiras e a percepção de cada escola quanto à alternativa predominante nesse eixo – Caem/Abem, 2007.



cas e materiais de apoio ao processo de ensino-aprendizagem (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais e de informática, biotério, etc.) e não oferecem tutoria.

O Gráfico 2 apresenta o eixo Abordagens Pedagógicas e a tipologia de tendências de mudanças com a percepção de cada escola quanto ao percentual da alternativa predominante.

DISCUSSÃO

Atualmente, tanto no Brasil como em vários países, questiona-se o papel do sistema educacional, incluindo o universitário, no processo de formação das pessoas na sociedade, bem como de sua articulação com setores específicos desta^{9,10}.

A educação não comporta mais uma bagagem escolar baseada em volume de conteúdos, o que é pouco operacional e inadequado. O que se acumula no começo da vida deve ser constantemente atualizado e aprofundado, pois vivemos um período em que as mudanças ocorrem com grande velocidade. Ressalta-se também que a educação, para dar resposta ao conjunto de suas missões, deve se organizar em torno de quatro aprendizagens fundamentais, que serão ao longo da vida os quatro pilares do conhecimento: aprender a conhecer (ou

aprender a aprender, adquirir os instrumentos de compreensão), aprender a fazer (para poder agir sobre o meio envolvente), aprender a viver juntos (a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas) e aprender a ser (via essencial que integra as três precedentes)¹¹.

Na busca de favorecer esta visão ampliada de saúde com a formação de sujeitos ativos comprometidos com a transformação da realidade e com a complexidade que a caracteriza, é necessário introduzir novas formas de organizar os currículos e produzir o conhecimento, antes representado pela disciplinaridade, ou seja, baseado na fragmentação do objeto e com crescente especialização do sujeito científico¹².

Neste contexto, as abordagens pedagógicas aqui apresentadas têm o propósito de ampliar a visão das escolas médicas, na intenção de superar a visão dos ciclos básico/profissionalizante, teórico/prático, disciplinar/multidisciplinar, centrado no professor/centrado no estudante.

No vetor Estrutura Curricular constata-se que a maioria das escolas está no nível avançado (46,42%), seguido pelo inovador (34,29%). As principais justificativas e evidências apresentadas se referem à capacidade de integração disciplinar e

à diversificação dos cenários de prática. Em relação à prática, algumas das justificativas se referem ao aumento do tempo destinado à sua realização.

A interdisciplinaridade presente nas abordagens pedagógicas avançadas possibilita ampliar a capacidade humana de compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam. Em se tratando do conhecimento que fundamenta as práticas dos profissionais médicos, a interdisciplinaridade favorece articular o conhecimento de várias áreas com os seus saberes e os seus fazeres, de forma a dar mais sentido à teoria, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e, consequentemente, melhorar a prática.

Ainda, segundo Perrenoud¹³, a integração entre teoria e prática não decorre magicamente da simples sucessão de tempo de formação e de tempo de estágios; ao contrário, a integração ocorre de fato quando os cenários utilizados são reais e permitem uma imersão do estudante, que passa a ser capaz de medir a distância entre a sua formação e as condições da prática.

A tendência de avanço continuou a ser verificada no vetor Orientação Didática, no qual a maioria das escolas (57,14%) se classificou. As justificativas e evidências apontam o uso de métodos ativos de ensino-aprendizagem, diversificação do corpo docente e participação dos estudantes nas estratégias curriculares.

A concepção do aprender a aprender como um processo evolutivo coloca nas decisões do homem contemporâneo a capacidade e a responsabilidade de ser um co-construtor de um projeto de aprendizagem desejado. A convivência com o excesso de informações impostas pelo mundo atual não nos deixa alternativa que não a de desenvolver estratégias para “aprender a aprender”. Sobre a aprendizagem significativa, a orientação de Morin¹⁴ é: “todo o nosso ensino tende para o programa, ao passo que a vida exige estratégia e, se possível, serendipidade e arte”. Assim, a predisposição à descoberta e à criação dificilmente poderá ser possibilitada por uma abordagem pedagógica rígida e centrada nos conteúdos e professores.

Finalmente, no vetor Apoio e Tutoria, constata-se que a maioria das escolas (60,71%) se encontra no nível inovador, seguida por 14,29% no nível avançado. Este resultado se deve ao número de escolas que conseguiram implantar métodos ativos de ensino-aprendizagem, com trabalhos em pequenos grupos e resolução de problemas. Assim, apesar de a grande maioria reconhecer que possui condições físicas e materiais para trabalhos em pequenos grupos, estes ainda ocorrem de maneira disciplinar. Mas é necessário ressaltar a grande fortaleza do trabalho em pequeno grupo, em que o professor passa

a ser o mediador e os conhecimentos são produzidos fazendo com que o professor e o estudante aprendam conjuntamente. A esse respeito, Amâncio¹⁵ esclarece:

Entendo o educador como um mediador no processo de construção de conhecimento avançando para a noção de emancipação social que esse conhecimento poderá proporcionar aos sujeitos problematizadores de suas realidades.

Portanto, diante dessas contínuas mudanças que vêm ocorrendo na prática acadêmica, das novas modalidades de abordagens pedagógicas implantadas pelas instituições e das dificuldades de gestores, docentes, discentes e técnico-administrativos de trabalhar suas resiliências, coloca-se a possibilidade de processos avaliativos como o da Caem para evidenciar as contribuições das propostas educativas ao sistema de saúde e as necessidades internas de melhoria da graduação. Assim, um segundo momento deste processo avaliativo já está sendo implantado e estará alicerçado na construção de indicadores quantitativos e qualitativos que suportem as escolhas feitas por cada escola no instrumento inicial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As 28 escolas médicas que participaram da pesquisa demonstraram interesse na construção deste momento avaliativo. Num segundo momento, serão construídos indicadores qualitativos e quantitativos que suportarão as escolhas feitas. Até agora, neste eixo das Abordagens Pedagógicas, pôde-se verificar que estas escolas caminham em direção aos avanços de uma construção curricular mais centrada no estudante e orientada pelo desenvolvimento da prática profissional. Entretanto, se por um lado as escolas apontaram fortalezas, como a criação de grupos de construção/revisão curricular, adequação da estrutura física e maior participação discente, por outro ainda se percebe a grande influência histórico-cultural na formação dos profissionais médicos em virtude do modelo flexneriano que sempre foi utilizado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília; 2001.
2. Lampert JB. Tendência de mudança na Educação Médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro: Abem; 2002.
3. Freire P. Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.

4. Sacristán JG. Aproximação ao conceito de currículo. In: ____. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artmed; 1998. p.13-53.
5. Saul AM. Avaliação emancipatória: desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo. São Paulo: Cortez; 1994.
6. Belloni I. Avaliação Institucional: um instrumento de democratização da educação. Linhas Críticas. 1999;5(9):7-30.
7. Sacristán JG. O currículo: os conteúdos do ensino ou uma análise prática? In: Sacristán JG, Pérez Gómez AL. Compreender e transformar o ensino. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed;1998. p. 119-48.
8. Patton MQ. The Roots of Utilization-Focused Evaluation. In: Alkin MC (Ed.) Evaluation Roots: tracing theorists views and influences. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004. p.276-92.
9. Unesco. Educação: um tesouro a descobrir. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC/UNESCO; 2000. cap. 4.
10. Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 1999.
11. Delors J. (Org.). Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 4ª.ed. São Paulo: Cortez; 2000.
12. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde pública. Ciênc saúde coletiva. 1997;2(1/2): 5-20.
13. Perrenoud P. A qualidade de uma formação profissional é executada primeiramente em sua concepção. Texto de uma intervenção no âmbito do "Encontro dos profissionais da saúde" organizado pelo CEFIEC. Marseille, 21 de novembro de 1997.
14. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2.ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.
15. Amâncio C O da G. Educação popular e intervenção comunitária: contribuições para a reflexão sobre empoderamento. Anais da 27ª. Reunião Anual da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Educação; 2004, Caxambu. Rio de Janeiro:ANPED; 2004. v.1

Apoio: Convênio n 1614/2007 – Fundo Nacional de Saúde/MS.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declarou não haver

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rinaldo Henrique Aguiar-da-Silva
Av. Rio Branco, 360 – aptº 1102 – Centro
CEP: 17500-090 – Marília – SP
E-mail: aguilar@famema.br