

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

RICARDO CORRÊA FERREIRA

**APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NO INTERNATO: HÁ
CONTINUIDADE DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM
ATIVO?**

MARILIA

2013

Ricardo Corrêa Ferreira

Aprendizagem baseada em problemas no internato: há continuidade do processo de ensino e aprendizagem ativo?

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em “Ensino em Saúde”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ensino e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Hissachi Tsuji

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Franco Rocha Tonhom

Marília

2013

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Ferreira, Ricardo Corrêa

Aprendizagem baseada em problemas no internato: há continuidade do processo de ensino e aprendizagem ativo? / Ricardo Corrêa Ferreira. -- Marília, 2013.

63 f.

Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) - Faculdade de Medicina de Marília.

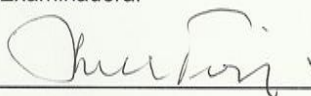
1. Educação Médica. 2. Internato e Residência. 3. Aprendizagem Baseada em Problemas.

Ricardo Corrêa Ferreira

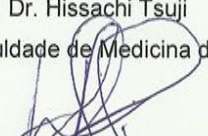
Aprendizagem baseada em problemas no internato: há continuidade do processo de ensino e aprendizagem ativo?

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

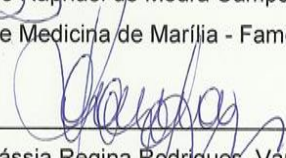
Comissão Examinadora:



Prof. Dr. Hissachi Tsuji
Faculdade de Medicina de Marília - Famema



Prof. Dr. José Raphael de Moura Campos Montoro
Faculdade de Medicina de Marília - Famema



Prof.ª Dr.ª Cássia Regina Rodrigues Varga
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Data da aprovação: 29/07/2013

DEDICATÓRIA

*A Deus, que sempre cumpriu em Minha Vida as
Suas Promessas. Toda Honra e Louvor!*

*À Lorena, minha Amada Esposa, pelo Incentivo,
Companheirismo e Dedicação. Eterno Amor!*

*À minha Mãe Joana, meu Pai Devanir, meu
Irmão Humberto e à querida Dedé, pelo Amor,
pelo Incentivo, por Tudo que lutamos e passamos
Juntos. Referências da minha Vida!*

AGRADECIMENTOS

Àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para mais esta conquista na minha vida.

Aos meus familiares e amigos, pela torcida, apoio e compartilhamento de tantas vitórias.

Aos irmãos metodistas, pelas orações, pelo carinho e pelo acolhimento em comunidade.

Aos pacientes, motivo de toda discussão acerca de uma formação médica de qualidade e voltada para suas necessidades de saúde.

Aos professores Prof. Dr. Hissashi Tsuji, Prof^a. Dr^a. Roseli Ferreira da Silva, Prof^a. Dr^a. Mara Quaglio Chirelli, Prof^a. Dr^a. Silvia Franco Rocha Tonhom, Prof^a. Dr^a. Cássia Regina Rodrigues Varga pelas orientações científicas ao longo da graduação e da pós graduação, assim como ao Prof. Dr. José Raphael de Moura Campos Montoro que fez parte da comissão examinadora desta dissertação.

Aos meus professores da FAMEMA, por serem referências da minha formação médica, em especial ao Prof. Maurício Braz Zanolli, grande educador médico.

À FAMEMA, a escola que me formou, por sua Graduação em Medicina, pela Residência em Clínica Médica e Nefrologia, pelo Mestrado Profissional. Meu agradecimento especial a todos que constroem diariamente esta Instituição!

A todos, muito Obrigado!

“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si
mesmo, os homens se educam entre si,
mediatizados pelo mundo.”
(Paulo Freire)

RESUMO

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) contribui para a busca ativa de informações e habilidades necessárias à formação profissional no internato. Frequentemente, as posturas passivas de internos e condutas de preceptores contribuem insatisfatoriamente para a construção ativa do conhecimento. Logo, torna-se importante avaliar se o currículo e o processo pedagógico preconizados estão sendo implementados nas 5^a. e 6^a. séries do curso médico. Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção que os estudantes de medicina da Famema e seus preceptores têm sobre a continuidade do processo ativo de aprendizagem na construção do conhecimento nas atividades do internato. Realizou-se, então, uma pesquisa qualitativa, sendo realizados grupos focais com internos e entrevistas com preceptores do internato para obtenção de dados. Estes foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. Obteve-se como resultados a construção de três categorias empíricas comuns a estudantes e preceptores: A ação pedagógica dos preceptores na construção dos conhecimentos dos internos: do comprometimento à interlocução com os sujeitos; A influência dos cenários, dos pacientes e das ações pedagógicas na construção da processo de ensino e aprendizagem no internato e A ABP e o internato na Famema: o reflexo do processo pedagógico ativo na construção dos conhecimentos e na formação dos estudantes. Os resultados da pesquisa demonstram a dificuldade de continuar o processo de aprendizagem ativo no internato e que a compreensão da ABP é muito tênue, tanto por parte dos professores como dos estudantes.

Palavras-chave: Educação Médica. Internato e Residência. Aprendizagem Baseada em Problemas.

ABSTRACT

Problem Based Learning (PBL) contributes to the active search of necessary information and skills for professional training in internship. Often, internists' passive postures and related tutors' medical decisions poorly add to the active knowledge. Therefore, it's important to evaluate if advocated curriculum and pedagogical process are being correctly implemented in the 5th and 6th series of medical school. This study aimed to estimate how Famema medical students and their tutors understand the active learning process in the construction of knowledge in internship activities. A qualitative research was performed with groups of internists and tutors, which were interviewed for data obtaining. Content analysis has been used, and three empirical categories for both the students and the tutors have been found as a result. It has to be considered: a) to the tutorial pedagogical action in construction of internists' knowledge – the commitment to dialogue between subjects; b) to the teaching and learning process at internship – the influence of scenario, patients and pedagogical actions; c) to the PBL and Famema internship – the reflection of active pedagogical process in construction of knowledge and students training. The results of this research have shown the existence of a discontinuity in the active learning process at internship, and that PBL understanding is very tenuous both by tutors and students.

Keywords: Medical Education. Internship and Residency. Problem Basead Learning.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
Bireme	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CFE	Conselho Federal de Educação
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica
CNE	Conselho Nacional de Educação
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Famema	Faculdade de Medicina de Marília
IES	Instituição de Ensino Superior
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LPP	Laboratório de Prática Profissional
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
PBL	Problem Based Learning
PROMED	Programa de incentivo às mudanças nos cursos de medicina
SciELO	Scientific Eletronic Library
SUS	Sistema Único de Saúde
UPP	Unidade de Prática Profissional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa do estudo	12
1.2 Marco conceitual	13
1.2.1 As mudanças na educação médica.....	13
1.2.2 As epistemologias e tendências pedagógicas no Brasil.....	17
1.2.3 A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas no contexto da formação médica.....	21
1.2.4 O internato médico e seu processo de ensino e aprendizagem.....	27
1.2.5 O internato na Famema.....	30
2 OBJETIVO	34
3 PERCURSO METODOLÓGICO	36
3.1 Aspectos éticos do estudo	36
3.2 Tipo de estudo	36
3.3 População	36
3.4 Sujeitos da pesquisa	37
3.5 Local do estudo	37
3.6 Instrumentos de coleta de dados	38
3.6.1 Para os estudantes	38
3.6.2 Para os preceptores	38
3.6.3 Perguntas norteadoras.....	38
3.7 Trabalho de campo	39
3.8 Análise dos dados	40
4 RESULTADOS	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	61

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O ensino médico, nas últimas décadas, vem passando por um processo de ampla rediscussão quanto à necessidade de formar profissionais voltados à resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade, visto que o modelo de ensino tradicional, pautado na transmissão dos conhecimentos, em que os estudantes se limitam a memorizar conteúdos transmitidos por seus professores, não colabora para a formação médica condizente com o perfil de profissional desejado.

Na formação tradicional, o estudante torna-se dependente de seus docentes na aquisição de novos conhecimentos e mantém uma postura essencialmente passiva na construção de seus saberes. Surgem, então, movimentos de mudança na formação destes profissionais, como o proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de medicina, em 2001, que ressaltam a importância de serem adotados currículos que priorizem processos de ensino e aprendizagem centrados no estudante, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e voltados para construção ativa do conhecimento e para as necessidades de saúde da população.

1.1 Justificativa do estudo

No currículo do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), utiliza-se a ABP, que contribui efetivamente para a busca ativa de informações e habilidades necessárias à formação profissional durante a graduação, inclusive no internato.

Nota-se, porém, que a postura passiva de internos e as ações pedagógicas tradicionais dos preceptores têm contribuído insatisfatoriamente para a construção ativa do conhecimento no internato. Logo, é importante avaliar se o currículo e o processo pedagógico preconizados pela Famema estão sendo implementados na 5ª. e 6ª. séries do curso, haja vista que a descontinuidade do processo pedagógico, em quaisquer uma das séries do curso, pode prejudicar a formação de acordo com o perfil de profissional esperado pela sociedade, tornando sem sentido todo o investimento que a instituição vem realizando desde 1997 com sua mudança curricular.

No levantamento bibliográfico em pesquisa informatizada nas bases de dados: LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde e SciELO – Scientific Electronic Library, com restrição aos idiomas espanhol, português e inglês, sem limite de datas, utilizando descritores de assuntos, extraídos do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, desenvolvidos pela biblioteca virtual em saúde - BVS/Bireme: Aprendizagem Baseada em Problemas x Internato, Problem Based Learning x Internato, não foram encontrados estudos que avaliassem a influência ou relações entre ABP e internato.

Desta forma, este estudo, que envolve educação médica, ensino e aprendizagem e internato, possibilitará a percepção das fortalezas e fragilidades do processo de ensino e aprendizagem nesta fase final do curso médico. Também será possível a partir dele, sugerir estratégias para a superação das fragilidades observadas, revestindo-se de importante relevância para as escolas médicas quanto à discussão da construção do conhecimento de seus estudantes.

1.2 Marco conceitual

1.2.1 As mudanças na educação médica

Há mais de 50 anos o ensino médico encontra-se em discussão em todo o mundo. No Brasil, principalmente nos últimos vinte anos, tem sido analisado por profissionais de diversos setores de saúde e educação quanto à necessidade de reformular os variados aspectos da formação do profissional médico.^{1,2}

Nessa discussão, as transformações metodológicas, filosóficas, educacionais e do sistema de saúde brasileiros influenciaram significativamente o repensar pedagógico e funcional das escolas médicas, desafiando-as a reorganizarem suas características de formação com vistas às necessidades de saúde apresentadas pela sociedade.³

Historicamente, o modelo de formação profissional do médico no mundo, e no Brasil, teve sua origem nas modificações produzidas pelo relatório Flexner, implantadas nas décadas de 20, nos Estados Unidos e, na década de 50, no Brasil. Este relatório representou um marco na educação médica ao desencadear o

fechamento de 50% das escolas médicas norte-americanas que não apresentavam condições pedagógicas e estruturais adequadas à boa formação médica.⁴

Abraham Flexner foi um pesquisador da “*Fundação Carnegie para o avanço do ensino*” e, há quase um século, realizou essa avaliação da educação médica na América do Norte, visitando todas as 155 escolas em funcionamento nos Estados Unidos e no Canadá, provocando mudanças significativas na educação médica norte-americana.⁴

Flexner criticava os currículos inadequados, as instalações físicas das faculdades e destacava a abordagem não-científica na preparação do futuro médico. O poder desse relatório teve sucesso não só pela ênfase dada à base científica, que deveria ser impressa na prática médica, mas, também, pelo apelo feito ao povo americano, que passaria, então, a apoiá-lo em suas propostas de mudanças na educação médica.⁴

A idéia central de Flexner era a de que o raciocínio analítico formal e o tipo de pensamento integral para as ciências naturais deveriam ter lugar de destaque na formação dos médicos. Esta idéia foi pioneira na Universidade de Harvard, na Universidade de Michigan e na Universidade da Pensilvânia em 1880, mas foi mais difundida no programa educacional da Universidade John Hopkins, que Flexner pretendia tornar modelo para suas reformas educacionais.⁴

Flexner considerava a estrutura e o funcionamento do corpo humano baseados no modelo mecanicista, aplicando-lhe as regras da análise racionalista cartesiana, dividindo o ensino médico em sistemas e órgãos isolados do corpo. Ele separava o ciclo básico do ciclo clínico, priorizava o desenvolvimento do ensino voltado à pesquisa e incorporava o hospital como um campo de treinamento médico importante e que devia ser desenvolvido em período integral.⁴

Pelo modelo americano de Flexner, as universidades extinguiram as cátedras, criaram departamentos e institutos, dividiram o ensino em ciclo básico e ciclo profissionalizante, incentivaram as atividades de extensão e pesquisa e, ainda, estabeleceram prazos para os professores adjuntos se titularem doutores e os assistentes a obterem mestrado, firmando a universidade no tripé ensino, pesquisa e prestação de serviços à comunidade.⁴

Entretanto, o modelo Flexneriano apresentava algumas contraposições em seus pressupostos, como a exclusividade da perspectiva biologicista da doença, a separação temporal da aprendizagem em área básica e área clínica, assim como o

distanciamento estudantil dos problemas reais que levavam ao adoecimento das pessoas.^{5,6,7}

Do ponto de vista pedagógico, esse modelo de ensino foi considerado passivo, hospitalocêntrico, individualista e contribuiu para a superespecialização do profissional, a elitização do ensino superior e a subordinação do ensino à pesquisa, o que acabou levando à falta de real interesse em dar assistência aos doentes, à mercantilização da medicina, à privatização da saúde, além de deixar o controle social da prática médica ser guiado por corporações profissionais.^{5,6,7}

Posteriormente, na década de 70, tentou-se reorganizar o ensino médico brasileiro com intuito de formar um profissional médico generalista ou de família, tentativa que passou a ser amplamente discutida na década de 1980. Com a realização do XVIII Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em 1985, reiterou-se o compromisso da escola médica com a “formação geral dos médicos” e não mais com a “formação do médico geral”.⁸

Em 1988, na Escócia, publica-se a “Declaração de Edimburgo”, elaborada na 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, destacando-se a necessidade de as escolas médicas terem governabilidade e autonomia para efetivarem uma série de transformações, como a diversificação dos cenários de ensino e aprendizagem, a utilização de ambientes diferentes dos hospitalares, assim como incentivo para utilizarem métodos ativos na formação médica.⁷

No contexto brasileiro, em 1991, um importante movimento de avaliação de educação médica estruturou-se por meio da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica (CINAEM). Em sua primeira fase, traçou-se um perfil das escolas médicas brasileiras quanto a questões políticas, econômicas e administrativas, quanto a recursos materiais e humanos, descrevendo-se o modelo pedagógico, as atividades de pesquisa e extensão e as características dos médicos formados.⁷

Na segunda fase da CINAEM, aprofundou-se a análise em novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica e, em sua terceira fase, o objetivo maior foi o de construir uma proposta para a transformação das escolas de acordo com novos paradigmas, capazes de viabilizar a formação médica condizente com as demandas sociais contemporâneas, além de estimular a socialização de experiências inovadoras em núcleos de educação médica espalhados pelo país.^{7,9}

As diretrizes definidas nesse processo muito contribuíram para o processo de elaboração e construção das novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina, consensuadas durante o XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica e homologadas em 2001.¹⁰

Em relação às novas diretrizes, as DCN do curso de medicina destacaram a necessidade de desenvolver, entre os estudantes e durante a graduação, uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para que sejam profissionais atuante nos diferentes níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário. Nestes cenários, esperam-se ações de cunho preventivo, curativo, de recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência e com senso e responsabilidade social, agindo esses profissionais como promotores da saúde integral humana.¹¹

Tais aspectos expressos pelas novas diretrizes são identificados com a declaração de Edimburgo citada anteriormente, e sua implantação representou a efetivação daqueles ideais. Assim, as proposições enfatizadas nas novas diretrizes incluíram a integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo a sua participação ativa na construção do conhecimento.

Ainda em 2001, como resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, é lançado um programa de incentivo às mudanças nos cursos de medicina – o Promed, programa que ofereceu apoio técnico e financeiro às escolas médicas dispostas a desenvolver processos de mudanças que levassem a uma articulação com os serviços de saúde, à adoção de processos pedagógicos ativos e a uma formação crítica e humanista do profissional médico.^{7,12}

Além do Promed, políticas mais recentes no Brasil, como, por exemplo, os Polos de Educação Permanente em Saúde e o Aprender SUS, aproximaram os Ministérios da Saúde e da Educação (MEC) na coordenação de ações que visaram encurtar distâncias entre as escolas médicas, os serviços e a comunidade.^{7,12}

Perante todas essas iniciativas de transformação do perfil dos egressos das nossas escolas de medicina, como delineadas nas DCN e orientadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), devemos refletir sobre o processo de ensino e aprendizagem vigente no curso médico.

1.2.2 As epistemologias e tendências pedagógicas no Brasil

No contexto de transformações da educação médica, muitas propostas de mudança têm sido debatidas, mas poucas escolas médicas, de fato, passaram por um processo de transformação da estrutura curricular.

Frequentemente, os processos de reforma curricular incorporam disciplinas, materiais didáticos ou técnicas pedagógicas como propostas de mudanças, entretanto, mantêm um ensino baseado na transferência de conteúdos teóricos em práticas fragmentadas, vivenciados de forma passiva por estudantes no processo de ensino e aprendizagem.¹³

Nesses processos tradicionais de reforma curricular pode-se encontrar a discussão sobre o papel da escola médica ou perfil do médico, mas raramente se discute a concepção de saúde, de conhecimento ou de educação.^{13,14}

Os currículos expressam o modo como a instituição de educação se vê no mundo, ou seja, qual o seu papel, quem são seus interlocutores, como ela se concebe e produz a construção do conhecimento. Na escola médica, o currículo expressa a concepção que se tem sobre saúde, sobre o papel do médico na sociedade, sobre o médico que se quer formar.¹⁴

Para se formar um profissional que atue segundo uma nova lógica, voltada para a humanização e para a integralidade do cuidado, necessita-se de um novo modelo de formação. Para isso, é preciso referenciar um novo modelo pedagógico, identificando os referenciais epistemológicos e as tendências pedagógicas que constróem estes processos de ensino e aprendizagem.

Quanto aos referenciais epistemológicos que subsidiam teorias de ensino-aprendizagem, destacam-se o empirismo, o apriorismo e o construtivismo.

No Apriorismo (e aí se incluem os inatistas), a origem do conhecimento está no próprio sujeito, ou seja, seria inato, sendo Platão (século IV a.C) um de seus precursores e Descartes, seu defensor (século XVII). Nessa concepção, o conhecimento é algo inerente ao sujeito e precisa ser despertado. O raciocínio seria inato e o ensino teria o papel de expandir o que já vem constituído na bagagem hereditária, sendo papel do professor estimular o estudante para que o conhecimento aflore.^{13,15}

Numa concepção oposta, os empiristas consideram que as bases do conhecimento estão na observação e na percepção dos objetos, sendo que o

estudante não tem conhecimento prévio e todo este virá do meio externo. Por meio da repetição ou reprodução, subsidia-se a idéia de ensino por técnicas de treinamento ou por condicionamento, embasando a escola tradicional, cujas características evidenciam a centralidade no professor, que detém o saber, a autoridade e a transmissão do conhecimento, sendo o estudante receptor da tradição cultural, por aulas expositivas, exercícios de fixação, leituras repetidas e cópia.^{13,15}

No empirismo, a escola seria o local de excelência da educação, com ênfase às situações de sala de aula, caracterizada pelo verbalismo do professor e pela memorização do estudante, sendo os conteúdos escolhidos pela escola e não pelos sujeitos do processo.^{13,15}

Já o construtivismo, que tem como um dos principais formuladores Jean Piaget, elabora uma teoria que articula as duas concepções apresentadas anteriormente. Segundo a teoria da Epistemologia Genética, de Piaget, sujeito e objeto se constroem mutuamente numa interação.^{13,15}

Para Piaget, o conhecimento não é inerente ao sujeito (apriorismo), nem provém do meio externo (empirismo): o conhecimento principia na interação, em que o sujeito realiza ações para poder interpretar e internalizar o objeto nas suas estruturas cognitivas, sendo este processo de transformação no mundo objetivo denominado de assimilação. Por outro lado, o sujeito altera suas estruturas cognitivas para poder compreender o objeto e realiza uma transformação em si mesmo, denominada de acomodação.^{13,15}

Assim, assimilação é ação transformadora do sujeito sobre o objeto e acomodação é ação transformadora do sujeito sobre si mesmo. Desses sucessivos processos de assimilação e acomodação, constrói-se o processo de desenvolvimento cognitivo segundo Piaget.^{13,15}

Um autor que deu grande importância à relação e interação com outras pessoas durante o processo de aprendizagem foi Vygotsky, por meio do conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal. Assim, Piaget fundamentou consistentemente a dimensão construtivista do aprendizado, enquanto Vygotsky caracterizou melhor a dimensão interacionista.^{13,15}

Esta Zona de Desenvolvimento é definida como a distância entre o nível de resolução de uma tarefa que uma pessoa pode alcançar atuando independentemente e o nível que pode alcançar com a ajuda de um colega mais

competente ou experiente nessa tarefa. Assim, se pode, graças aos suportes e à ajuda de outros, desencadear um processo de construção, modificação e diversificação dos esquemas de conhecimento, e essa pessoa, futuramente, realizará a tarefa de maneira autônoma.^{13,15}

Vygotsky enfatizou o papel da interação social ao longo do desenvolvimento, o processo individual de construção do conhecimento na sociedade e na cultura e concebeu a aprendizagem do exterior do sujeito para o interior por meio de um processo de internalização das ações sociais, transformando-as em ações intrapessoais.^{13,15}

Quanto às tendências pedagógicas, historicamente se destacam, pelo menos, três importantes momentos no pensamento pedagógico no Brasil ao longo do século XX, como a pedagogia escolanovista, a pedagogia tecnicista e o surgimento das pedagogias críticas, com destaque para a concepção histórico-crítica.^{13,15}

A pedagogia escolanovista nasce no início do século XX, no Brasil, em um contexto de mudanças sociais, políticas e econômicas. O movimento ficou conhecido como Escola Nova. Movido pela elite intelectual brasileira, visava conduzir o país à modernização por meio da educação e representou um marco na redefinição de nossa educação e na construção da escola pública.^{13,15}

Nesta pedagogia, vislumbrou-se um Brasil novo, que deixasse para trás a pobreza e projetasse um novo futuro, com modernas representações de um novo sistema educacional, único, de base científica e de responsabilidade do Estado.^{13,15}

O escolanovismo, também conhecido com pedagogia renovada, representou uma proposta de caráter humanista e teve como pressuposto as concepções de John Dewey e sua abordagem liberal de educação e sociedade. O ensino caracterizava-se pelo afastamento do ensino tradicional e centrava-se no estudante, com o objetivo de formar um homem integral por meio de uma educação apoiada na ciência, levando em consideração o desenvolvimento psicobiológico dos educandos.^{13,15}

Nesta tendência, o professor organiza as situações em sala de aula de modo a permitir o aprendizado do estudante, valorizando os meios de ensino em detrimento à preocupação com os conteúdos. O indivíduo é valorizado como ser livre, ativo e social. Assim, o centro da atividade escolar não é mais o professor, nem os conteúdos disciplinares, mas sim o estudante, sendo mais importante o processo

de aprendizagem e não o ensino, tendo em vista o ideal de "aprender a aprender" como o mais importante no processo de ensino e aprendizagem.¹⁶

Entre 1955 e 1961, o Brasil viveu anos de significativo desenvolvimento econômico com a intervenção do Estado e a instalação de indústrias de bens de consumo. Este crescimento exigia, então, mão-de-obra qualificada, demandando uma crescente escolarização da sociedade, criando-se, nesse sentido, um ambiente favorável à racionalização da educação e à implementação de uma tecnologia educacional capaz de responder às exigências do mercado. Surge, então, a escola tecnicista.^{13,15}

Sendo assim, o pensamento educacional se voltou para a instrumentalização do ensino e a formação docente passou a ser orientada para o domínio de comportamentos e habilidades passíveis de serem observados e verificados.

Já a pedagogia histórico-crítica teve como cenário brasileiro, entre o final da década de 1970 e início dos anos 1980, o regime ditatorial enfranquecido. A insatisfação popular com um regime político opressor e o colapso da economia formaram o contexto no qual a sociedade civil mostrou cada vez mais sua força.^{13,15}

A pedagogia histórico-crítica tem sua origem nos estudos de Dermeval Saviani, entre 1979 e 1983. Inspirando-se em Marx, procura melhor delimitar a pedagogia dialética entre as pedagogias críticas, representadas pelas abordagens crítico-reprodutivistas e a abordagem libertadora de Paulo Freire. Fez uso do materialismo-histórico e da compreensão dialética da realidade para propor uma pedagogia que avançasse para além das teorias da reprodução.^{13,15}

A pedagogia histórico-crítica fez clara opção em favor da classe trabalhadora e deu ênfase ao aprendizado do conhecimento sistematizado, pois defendia que a instituição escolar estivesse ligada à ciência, trazendo um forte sentido político, em contraponto à pedagogia tecnicista, que se direcionava a uma sociedade sem classes. A tarefa desta pedagogia era sistematizar os métodos e os processos de ensino, enquanto a produção do conhecimento ensinado tornava-se uma atribuição dos cientistas, restando ao professor, organizar o processo educativo de tal modo a possibilitar ao estudante a apropriação deste processo de ensino e aprendizagem.^{13,15}

1.2.3 A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas no contexto da formação médica

A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas constituem processos pedagógicos que nos remetem às concepções de tendências pedagógicas crítica e renovada, respectivamente, formando melhor o profissional com perfil traçado pelas DCN.¹⁷

Na construção do conhecimento sistematizado, realizado pela pedagogia da problematização, a educação é uma atividade em que professores e estudantes estão voltados para a realidade e dela buscam o conteúdo da aprendizagem, atingindo um patamar elevado de consciência sobre ela, com vistas a atuar para uma transformação social. Nesta pedagogia, o processo de ensino e aprendizagem é realizado na forma de trabalho educativo, por meio dos grupos de discussão. O professor está ao mesmo nível de importância em relação aos estudantes, visto que seu papel é ativar, facilitar e motivar a discussão, configurando-se uma relação dialógica entre os atores da aprendizagem.¹⁸

Bodernave¹⁹ apresenta o processo de ensino e aprendizagem na problematização, utilizando o método do arco, criado por Charles Maguerez (Quadro 1), em que o processo de ensino e aprendizagem parte da observação de um aspecto selecionado da realidade a partir da observação natural, meios audiovisuais ou modelos. Ao observar a realidade, os estudantes expressam as suas percepções, efetuando uma primeira leitura ingênua desta realidade.

Na segunda fase, os estudantes separam dessa observação inicial o que é importante, identificando os pontos-chave do problema ou assunto em questão e as variáveis mais determinantes da situação. Em um terceiro momento, os estudantes passam à teorização do problema ao serem questionados sobre porquê das coisas observadas. Recorre-se, então, aos conhecimentos científicos, possibilitando a teorização a partir dos fatos contidos no dia-a-dia do estudante.¹⁹

Confrontada a realidade com sua teorização, o estudante se vê motivado à próxima fase: a formulação de hipóteses para solucionar o problema em estudo. Logo, o estudante utiliza a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo que se prepara para transformá-la.¹⁹

Na última fase, ele pratica e fixa as soluções encontradas mais viáveis e aplicáveis, desenvolvendo a capacidade de generalizar o aprendido para utilizá-lo

em situações diferentes e de discriminar em que circunstâncias é possível ou conveniente sua aplicação.¹⁹

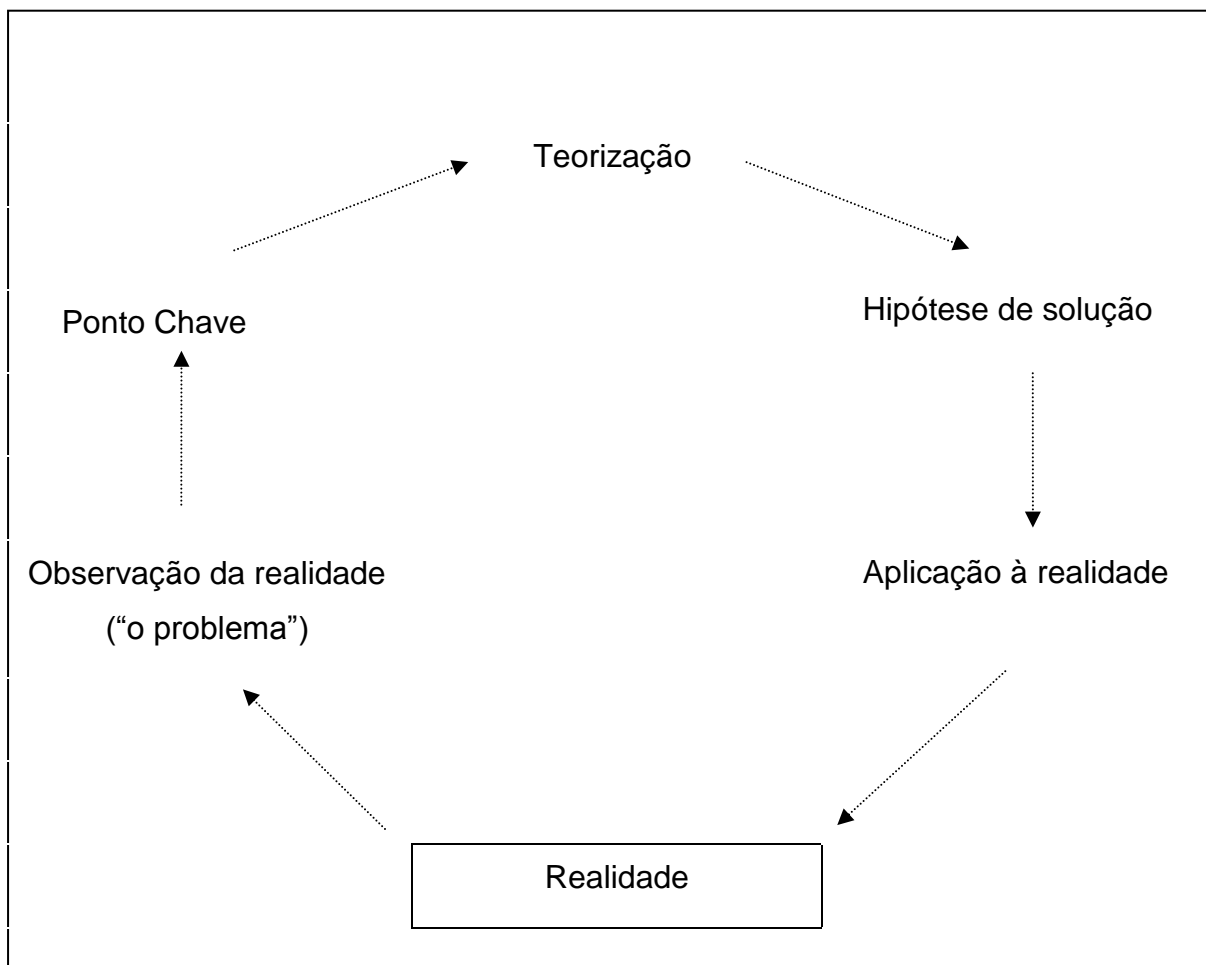
Bordenave¹⁹ aponta, então, as seguintes repercussões da pedagogia da problematização no âmbito individual: estudante constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões, motivado pela percepção de problemas reais. Neste momento, a aprendizagem relaciona-se a aspectos significativos da realidade, leva ao desenvolvimento de habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, além de possibilitar o intercâmbio com os demais membros do grupo, superando-se conflitos de forma mais natural.

No âmbito social, a população passa a ser conhecedora de sua própria realidade. Têm-se métodos e instituições originais, adequados à própria realidade, elevando-se o nível médio de desenvolvimento intelectual graças à maior estimulação e desafio criados, além da resistência à dominação por classes e países.¹⁹

O processo de aprendizagem baseado em problemas (ABP) tem sua origem no modelo utilizado pelas Yeshivas Judaicas (escolas superiores de ensino religioso), no século III a.C. Nelas não existia a finalização dos estudos e destacavam-se as seguintes características: centrar o estudante no estudo, desenvolver a aprendizagem a partir de problemas, trabalhar em pequenos grupos, dar ênfase à aprendizagem contínua, desvalorizar o estudo somente para a memorização e destacar o professor como guia do conhecimento.²⁰

As origens históricas mais recentes da ABP remetem ao início do século XX. Na metade dos anos de 1950, na Universidade Case Western Reserve (EUA), a ABP foi introduzida na forma de um modelo geral, voltada ao ensino da medicina. Mas foi somente em 1970, com estudos de Barrows e Tamblyn²¹, na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster (Canadá), que a ABP se constituiu como uma metodologia de ensino e aprendizagem de fato.^{22,23}

Quadro 1 – Passos do processo de ensino-aprendizagem na pedagogia da problematização - Arco de Maguerez



Convém ressaltar que, embora a ABP tenha inicialmente se desenvolvido para as disciplinas aplicadas à medicina e à engenharia, ela pode ser utilizada por diferentes áreas do conhecimento, já que enfatiza diferentes aspectos de estrutura, processo e metas na solução de problemas (*problem-solving*) e na abordagem baseada na investigação (*inquiry-based learning*).²⁴

Essa metodologia ativa de ensino e aprendizagem, que representa a tradução da sigla PBL (*Problem Based Learning*), foi implantada nas faculdades de medicina que desejavam mudar o currículo para adequarem 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, desenvolvendo capacidades cognitivas, psicomotoras, afetivas e atitudinais para o trabalho em equipe em diferentes níveis de atenção à saúde. Tal processo pretende

desenvolver entre os profissionais a capacidade de “*aprender a aprender*” ao longo da vida, com uma postura crítica e reflexiva.^{25,26}

Na ABP, os estudantes são organizados em pequenos grupos para discussões facilitadas por tutores, denominadas tutorias, que ocorrem duas vezes por semana e duram até 4 horas. Defrontam-se com problemas que podem ser uma prévia das situações, de fenômenos observáveis ou de eventos que necessitam ser explorados na vida real. Como esses requerem uma explicação de seus mecanismos ou processos, permitem a reflexão contextualizada, a busca de informações, a avaliação crítica e a aplicação de soluções adequadas. Assim, o problema passa a ser o ponto de partida do processo de aprendizagem.^{23,27}

Neste momento, o estudante participa ativamente da construção do seu conhecimento, motivado pelas dúvidas identificadas na tutoria. Portanto, o conteúdo a ser estudado origina-se na dúvida do estudante e não determinado pelo professor. O estímulo pela busca do conhecimento é a necessidade do estudante. A atividade, com certeza, torna-se mais interessante e a aprendizagem, significativa. Ao professor cabe ativar e motivar os estudantes, tomando cuidado para que os passos da tutoria sejam seguidos integralmente^{28,29} (Quadro 2).

O Passo 1 - é o momento em que os participantes tomam ciência dos dados do problema, e isso pode ser feito pela leitura individual e/ou grupal. As informações devem ser retidas na memória de cada participante, condição básica para participação ativa na discussão. No internato, corresponde à apresentação da história e do exame clínico. No Passo 2, há o esclarecimento de dúvidas e, no Passo 3 deve ser realizado sem consultar os apontamentos por um estudante e, se necessário, com auxílio de outros; serve para certificar se os estudantes apreenderam os dados do problema, condição indispensável para etapas posteriores da tutoria.^{28,29}

O Passo 4 (*brainstorming* ou “chuva de idéias”) é o momento em que todos devem expressar as suas idéias sobre o problema sem a preocupação com certo ou errado, em 10 a 15 minutos. O Passo 5 é o momento de confirmar ou excluir as idéias elencadas no passo 4 (*brainstorming*), utilizando as experiências e conhecimentos prévios. Os recursos que faltarem para confirmar ou excluir essas idéias, constituem as lacunas de conhecimentos ou dúvidas, geralmente representando uma articulação interdisciplinar do reconhecimento das necessidades de saúde acerca da problemática apresentada.^{28,29}

O Passo 6 é o momento da elaboração da questão de aprendizagem, que pode ser básica (anatomia, fisiologia, bioquímica, histologia etc) ou estruturada (questão com articulação interdisciplinar); e a qualidade desta questão influi, positiva ou negativamente, na construção do conhecimento, pois dela depende o resultado da busca de informações; daí a importância da discussão de estratégia de busca.^{28,29}

No Passo 7, após a busca de informações, procede-se à avaliação crítica (validade, importância e aplicabilidade) e estudo individual. A prática repetida desse passo contribui para o desenvolvimento da capacidade de atualização, auto-aprendizagem, reflexão e crítica. No Passo 8 compartilham-se os resultados do estudo individual, mencionando-se a fonte, título do artigo, o periódico, nome do livro, autores. Esta atividade proporciona o desenvolvimento da capacidade de síntese, comunicação clara e objetiva, argumentação, o fazer e o receber críticas, ética, liderança e aplicação dos recursos adquiridos.^{28,29}

No Passo 9, realiza-se a avaliação cujo objeto é a competência profissional. O ato de avaliar favorece o desenvolvimento da capacidade de observação, pensar, refletir, sintetizar, comunicar, fazer e receber críticas; a avaliação deve ser realizada, no máximo, em 20 minutos.^{28,29}

É recomendável, nesta perspectiva, que o professor segure sua vontade de ensinar. Não ensinar não significa permanecer calado. O professor deve estimular a participação de todos os estudantes na discussão com perguntas abertas. A aprendizagem nesse processo depende, pois, do problema, do guia do tutor, dos estudantes, da tutoria, dos recursos de aprendizagem (laboratórios, biblioteca, acesso a banco de dados, consultoria) e, finalmente, do cumprimento integral dos passos da tutoria.^{21,30}

No Brasil, a primeira instituição a utilizar a ABP foi a Escola de Saúde Pública do Ceará, em 1994, em cursos de pós graduação em Saúde Coletiva. Em cursos de graduação, a Famema, em 1997 e a Universidade Estadual de Londrina, em 1998, especificamente em seus cursos de medicina, foram as instituições pioneiras no Brasil a também implementarem esta metodologia de ensino e aprendizagem.³¹

Quadro 2 – Passos da Tutoria

Passos da tutoria

Passo 1 - Apresentação do problema

Passo 2 - Esclarecimento de dúvidas

Passo 3 - Definição e resumo dos dados do problema com identificação de áreas / pontos relevantes (sem consultar os apontamentos)

Passo 4 - Chuva de idéias – *brainstorming*

Passo 5 - Análise do problema utilizando os conhecimentos prévios e identificação das lacunas de conhecimento (confirmando ou excluindo as idéias elencadas no *brainstorming* - articulação interdisciplinar)

Passo 6 - Elaboração das questões de aprendizagem, identificação dos recursos de aprendizagem e discussão da estratégia de busca de informações (articulação interdisciplinar)

Passo 7 - Avaliação crítica dos artigos e estudo individual (capacidade de atualização, autoaprendizagem, reflexão / crítica)

Passo 8 - Compartilhamento de informações obtidas, aplicando-as na compreensão / resolução do problema (transição teoria / prática)

Passo 9 - Avaliação do trabalho do grupo e dos seus membros (competência)

1.2.4 O internato médico e seu processo de ensino e aprendizagem

No começo do século XIX, na França, os egressos e licenciados em medicina habilitados para exercer a profissão eram admitidos em um hospital qualificado para desempenhar a função de clínico geral (médico que tratava primariamente) sob a orientação de um chefe, o *“maître de service”*. Para exercerem esta função, os egressos que moravam no hospital eram chamados de *“interne de hospitaux”*.³²

Nos Estados Unidos, a primeira escola de medicina, o *“College of Philadelphia”*, fundado em 1765, seguiu quase estritamente a Escola de Edimburgo, na ocasião, talvez, a melhor escola de medicina clínica da Europa, e a única com ensino tutorial, mais próximo ao enfermo. Posteriormente, o ensino da medicina nos Estados Unidos foi sucessivamente influenciado pela escola francesa na primeira metade do século XIX, e pelas escolas austríacas e alemãs na segunda metade desse século.³²

Em consequência das influências dessas duas escolas, a maioria das escolas médicas foram minimizando a formação prática, enfatizando um aprendizado quase exclusivamente teórico e “científico”. Os egressos dessas escolas, sentindo a necessidade de uma formação prática ao término de seus cursos, procuravam hospitais em que havia algum clínico de renome para conseguir, na qualidade de aprendiz, maior capacidade de desempenho.³²

Esses profissionais constituíam uma “mão de obra” pouco onerosa para os trabalhos menores de que necessitavam os enfermos. Eram chamados de *“house staff”*. Em alguns hospitais, estes assistentes moravam ali; daí a denominação “interno”. Na América Latina, embora o ensino clínico em hospitais tenha sido incorporado, desde 1920, aos últimos anos de formação médica, foi na década de 50 que a maioria das escolas de medicina o estabeleceram como requisito prévio à diplomação o internato.³²

No Brasil, o internato ou estágio curricular obrigatório médico, inicialmente instituído pela Resolução nº 8, de outubro de 1969, parecer 506/69 do CFE (Conselho Federal de Educação), foi conceituado como o período do término da graduação médica em que as escolas médicas eram obrigadas a estabelecer em seus currículos um período obrigatório de ensino prático, em que o estudante

deveria receber treinamento intensivo contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada ou não à escola médica.³³

Com essa resolução, os objetivos do internato médico a serem alcançados eram os seguintes: representar a última etapa de formação escolar do médico geral, com a capacidade de resolver ou bem encaminhar os problemas de saúde dos pacientes a serem atendidos; promover o aperfeiçoamento ou a aquisição de atitudes adequadas à assistência ao doente e permitir experiências em atividades resultantes da integração escola médica e comunidade.^{33,34,35}

Tinha como objetivos, também, o de estimular o estudante a preservar a saúde e prevenir as doenças, oferecer oportunidade para o estudante ampliar e integrar os conhecimentos adquiridos anteriormente ao internato, desenvolver nos estudantes deveres éticos para com o paciente, instituição e comunidade, assim como estimulá-los a se aperfeiçoarem de forma permanente.^{33,34,35}

Historicamente, a Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, buscou implantar um modelo de internato em 1958, porém sem sucesso. Esta situação perdurou até a década de 1960, quando surgiu a ABEM, que passou a influenciar fortemente a estruturação das escolas médicas criadas a partir de então, incentivando as escolas médicas a incorporarem em seus currículos “um ciclo de internato”, correspondente na época ao sexto ano médico.^{33,34,35}

Registra-se, ainda, dois outros momentos importantes na evolução da história brasileira do Internato: a reunião da ABEM, em 1974, e o documento nº3 da Comissão de Ensino Médico do MEC, em 1976. No relatório final da XII Reunião Anual da ABEM, realizada em 1974, encontram-se as considerações de que o internato fosse cumprido após serem finalizados todos os pré-requisitos (as disciplinas) realizadas anteriormente a ele; teria duração mínima de 2 semestres, podendo atingir quatro semestres e deveria ser rotativo nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Tocoginecologia e Pediatria.³³

Este documento aconselhava que o internato fosse programado por um colegiado específico, que o mesmo incluísse atividades com projetos de extensão, estágios em áreas rurais, sempre com supervisão direta, além de ser moldado de acordo com as peculiaridades regionais e ser realizado em serviços subordinados às escolas médicas, com supervisão docente ligada a estas. A avaliação deveria ser baseada em conhecimentos, habilidades e atitudes.³³

Em 1981, a ABEM apresentou o resultado de um estudo com as escolas médicas da Região Sul e do Rio de Janeiro, que fundamentou a parceria com o MEC para a realização de um projeto cujo objetivo era diagnosticar as características do internato nas 75 escolas médicas da época, mediante visitas dos membros da Abem a todas elas.^{33,34,35}

Os resultados desse estudo foram analisados pelo MEC e foram determinantes para uma mudança na forma como esses estágios eram organizados nos cursos médicos. Por conseguinte, em maio de 1983, o CFE publicou a Resolução nº 9, que conceituava o internato como o último ciclo do curso médico, livre de disciplinas acadêmicas, com treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente em instituição de saúde vinculada ou não a uma Instituição de Ensino Superior (IES).³³

Propôs-se, como um dos objetivos principais, a formação de um médico geral. Durante esta fase de aprendizado, o estudante deveria ampliar, integrar e aplicar conhecimentos adquiridos nos ciclos anteriores (ciclo básico e pré clínico), com o objetivo de desenvolver técnicas e habilidades indispensáveis ao exercício dos atos médicos básicos.³³

A organização do internato também foi regulamentada por essa mesma resolução, que resultou em um Manual do Internato do MEC. Este previa como áreas de estágio a pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia e cirurgia, devendo se estender por dois a quatro semestres, sendo as férias eliminadas no internato de dois semestres, ou serem mínimas, mas condizentes com o descanso do estudante, com carga horária total que não devesse ser inferior a 1.800 horas.^{33,34,35}

A Resolução nº 09 de maio/1983 do CFE/MEC também indicava obrigatoriedade do convênio entre a IES e as Unidades de Saúde. Ainda estabelecia que o cenário de aprendizagem deveria ter pessoal médico capacitado, que a relação orientador/interno não ultrapassasse 1/10, que a criação de uma Comissão de Internato com representantes das escolas e dos cenários de aprendizagem fosse obrigatória e que houvesse a realização de prova final aplicada pela escola.^{33,36,37}

Até 2001, quando foi publicada a Resolução CNE/CES (Câmara de Educação Superior/ Conselho Nacional de Educação) Nº 4, o internato tinha como orientação apenas o contido na Resolução nº 09 de maio/1983, CFE/MEC. Em 2001,

o internato deixa de ter uma orientação nacional detalhada e passa a constar em apenas um artigo e um parágrafo na Resolução nº4/2001 das DCN.^{29,38}

O Internato é a parte da formação médica de graduação que teve um tratamento mais superficial nas DCN de 2001. Foi chamado de estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, tendo sido apenas definidos elementos de estrutura mínima, como a etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em serviços próprios ou conveniados, sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade, com a carga horária mínima do estágio curricular atingindo 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.^{39,40}

Segundo as DCN, de 2001, o internato deve incluir aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, com atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área, cujas cargas horárias teóricas não ultrapassassem 20% do total por estágio, realizados em instituições próprias ou conveniadas que mantivessem programas de Residência Médica.^{39,40}

1.2.5 O internato na Famema

Na Famema, o internato contempla os estágios curriculares sugeridos pelas DCN. As diferentes disciplinas foram integradas em estágios de Saúde Materno-Infantil, Saúde do Adulto, Urgência e Emergência, Eletivo, articulados com as disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde Mental.^{29,41}

O modelo pedagógico vigente na Famema é centrado no estudante e baseado no paciente, utilizando os princípios da educação de adultos, sendo orientado por competência e com integração da dimensão biopsicossocial. Para tanto, utiliza a ABP de forma adaptada ao internato, que é uma forma de educação em que os conhecimentos necessários para o exercício da profissão são adquiridos no mesmo contexto em que serão usados pelos estudantes em formação. Os conteúdos das diferentes disciplinas são estudados de forma articulada, baseados nas necessidades de saúde dos pacientes.²⁹

No internato, o *Problema* da ABP passa a significar *Paciente*, e não um *Problema de Papel*. Esse processo de ensino e aprendizagem centrado no estudante os torna mais ativos, independentes, criativos, críticos, cooperativos,

capazes de avaliarem os seus progressos, com desenvolvimento de boa capacidade de comunicação, relacionamento interpessoal, atitudes e técnicas para continuar aprendendo ao longo da vida.²⁹

O processo de ensino e aprendizagem neste momento de internato passa a ser centrado no paciente, ser realizado com a integração das diversas dimensões do ser humano e contribui para despertar o interesse dos estudantes, visando à formação de médicos mais preocupados em cuidar não somente da doença, mas sim de todas as suas necessidades.²⁹

O Manual do Internato da Famema²⁹ preconiza a adaptação dos passos da ABP, com os seguintes momentos das discussões: apresentação e discussão da anamnese e exame físico, com os aspectos biopsicossociais, identificando e integrando os dados relevantes com vistas ao desenvolvimento do raciocínio clínico. Deve-se seguir, então, com a discussão das possibilidades diagnósticas, a elaboração de um planejamento de investigação e de cuidados ao paciente perante as hipóteses levantadas, identificando lacunas de conhecimento, realizando as buscas necessárias e compartilhando as informações encontradas pelo grupo.

Entre as atividades pedagógicas do internato, a sistematização do processo de ensino e aprendizagem é desenvolvida pelo ciclo pedagógico. Este ciclo, desenvolvido pela realização de encontros semanais entre os internos e preceptores responsáveis por esta atividade didática (não necessariamente representados por preceptores que acompanham os diversos estágios do internato) é baseada na realização do Portfólio Reflexivo.

Este portfólio, utilizado como um instrumento de reflexão da prática, busca a construção do conhecimento, do desenvolvimento pessoal e profissional dos envolvidos, facilitando a autoavaliação, a realizada pelo professor do ciclo e, em sua realização, o estudante desenvolve as seguintes tarefas avaliativas: *narrativa reflexiva*, *síntese provisória*, *busca qualificada*, *nova síntese e avaliação*.²⁴

Narrativa reflexiva retrata a vivência individual, apresenta a reflexão sobre o fato, reflexão sobre si mesmo e a relação com o desempenho. *Síntese Provisória* sinaliza a síntese da vivência individual e grupal dos conhecimentos prévios e das lacunas de conhecimentos, levanta hipóteses e formula questões de aprendizagem e a avaliação dessa ação. *Busca qualificada* contempla vivência individual da sistematização da busca realizada a partir de critérios qualificados de escolha das fontes; registra como o estudante responde às questões; traz o fichamento da fonte

à referência. *Nova Síntese* evidencia a síntese da vivência individual e grupal das respostas às questões de aprendizagem, com aprofundamento conceitual e científico; traz a relação do que foi estudado / apreendido com a prática com intenção de transformá-la e a avaliação dessa ação. *Avaliação* do estudante (autoavaliação), avaliação do grupo e do processo.²⁹

Na Famema, a ABP é considerado um processo de ensino e aprendizagem centrado no estudante e obedece aos seguintes critérios da taxonomia de Barrows³⁷: estruturar o conhecimento de forma que os conteúdos das ciências básicas e clínicas possam ser aplicados no contexto clínico, e o resgate destas informações facilitem sua aplicação em novos momentos, o chamado *SCC (Structuring of knowledge for use in Clinical Context)*. O outro critério diz respeito ao desenvolvimento de um eficaz raciocínio clínico para as habilidades de resolver problemas, somar hipóteses, elencar questões norteadoras de aprendizagem, buscar as informações necessárias para a análise de dados, sintetizar a problemática vivenciada e tomar decisões, o chamado *CRP (Clinical Reasoning Process)*.²⁹

Nesse processo, os outros critérios são as habilidades que permitem ao estudante entender suas necessidades de aprendizagem e localizar fontes de informações apropriadas, denominado *SDL (Self-Directed Learning)* e o último critério é o aumento da motivação de aprendizagem que deve ser desenvolvido entre os estudantes, o chamado *MOT (Increasing Motivation for Learning)*.^{29,42}

A ABP visa estruturar o conhecimento dentro de um contexto específico, permitindo ao interno desenvolver o raciocínio clínico, favorecer o desenvolvimento da habilidade de estudo autodirigido e o aumento da motivação para o estudo. Este processo de ensino e aprendizagem ultrapassa a valorização do conteúdo a ser apreendido, e destaca a forma como ocorre o aprendizado, reforçando o papel ativo do estudante, permitindo que ele aprenda a aprender.^{21,29}

OBJETIVO

2 OBJETIVO

Avaliar a percepção que os estudantes de medicina da Famema e seus preceptores têm sobre a continuidade do processo de aprendizagem ativo na construção do conhecimento nas atividades do internato.

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

“Pesquisar é viajar, partir em busca do conhecimento. Geralmente, quando se inicia a viagem, não se sabe com exatidão aonde se chegará.” (Tobar e Yalou)

3.1 Aspectos éticos do estudo

Esta pesquisa, atendendo aos procedimentos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi desenvolvida – CEP/Famema e aprovado como processo nº 624/12 (ANEXO A).

3.2 Tipo de estudo

Optou-se por um estudo de caso de caráter qualitativo, pois a análise de percepções, expectativas e valores são melhor compreendidos pela abordagem qualitativa.⁴³ O estudo qualitativo permite melhor compreensão dos comportamentos, classifica processos dinâmicos e fatos vividos por grupos sociais, e envolve maior interesse pelos significados que pela frequência dos eventos.^{44,45}

Além disso, a investigação qualitativa tem, como características, o ambiente natural, apresentando-se como fonte direta dos dados. Destaca-se, ainda, a importância dos processos e não dos resultados, já que os dados obtidos podem ser interpretados de diversas maneiras.^{46,47}

3.3 População

Esta investigação contou com um universo de 160 internos: 80 internos da 5ª série e 80 da 6ª série; além de 150 preceptores de internato.

3.4 Sujeitos da pesquisa

Na seleção dos participantes incluídos nesta pesquisa, os sujeitos foram sorteados de forma aleatória e representativa. A amostra foi composta por 10 estudantes da 5ª série e 10 estudantes da 6ª série dos diferentes grupos do internato, e a outra composta por 25 preceptores dos diversos estágios do internato. Uma amostra é considerada representativa quando permite ao pesquisador conhecer bem o objeto de estudo, por haver reincidência de informações ou saturação dos dados, situação ocorrida quando nenhuma informação nova é acrescentada com a continuidade do processo de pesquisa.⁴³

Incluíram-se, no estudo, estudantes que cursavam a Famema desde a 1ª série e os médicos que atuassem, no mínimo, há dois anos como preceptores nas atividades do internato e conhecessem a ABP.

3.5 Local do estudo

O campo de estudo refere-se ao contexto em que se desenvolve o objeto de estudo. Nele são obtidos os dados empíricos relativos, num recorte espacial, correspondente à abrangência do recorte teórico destinado ao objeto.⁴⁵

Desta forma, o campo designado para este estudo foi o espaço de desenvolvimento do internato das duas últimas séries do curso de medicina nos serviços de saúde do Complexo Médico-Hospitalar da Famema. O desenvolvimento das atividades, nesses cenários reais de prática profissional, é realizado por 16 grupos de estudantes (8 grupos da 5ª série e 8 grupos da 6ª série), sendo cada grupo composto por 10 ou 11 estudantes que atuam entre as áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Unidade de Terapia Intensiva e Anestesiologia, Serviços de Urgência e Emergência, orientados e coordenados por preceptores médicos.

3.6 Instrumento de coleta de dados

3.6.1 Para os estudantes

A coleta dos dados foi realizada pela técnica de grupo focal, por se tratar de um instrumento informal de buscar informação, ter caráter flexível e permitir que haja interação entre os participantes.

A essência do grupo focal acontece, notadamente, na interação entre os participantes e o pesquisador, sendo este um coletor de dados a partir de uma discussão focada em tópicos específicos e diretivos. A coleta de dados em grupo focal tem como fortaleza basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.⁴⁸

3.6.2 Para os preceptores

O instrumento de coleta de dados foi a técnica de entrevista semiestruturada, pela necessidade de ser factível a realização da coleta dos dados, haja vista a heterogeneidade de atividades e horários disponíveis dos preceptores.

Escolheu-se a entrevista semiestruturada porque tem, entre suas qualidades, a de enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos da definição do objeto de investigação, deixando em aberto a capacidade de captação das representações dos entrevistados.⁴⁹

3.6.3 Perguntas norteadoras

- Perguntas norteadoras do grupo focal:
 - a) *Como vocês constroem o conhecimento durante as atividades do internato?*
 - b) *Qual a contribuição da Aprendizagem Baseada em Problemas nas atividades durante o internato?*

c) Quais as fragilidades e fortalezas encontradas no processo de ensino-aprendizagem durante o internato, levando-se em conta terem utilizado a ABP nos quatro primeiros anos?

- Perguntas semi-estruturadas para os preceptores:

a) Como você desenvolve o processo de ensino e aprendizagem no internato com os estudantes?

b) Qual o seu papel como preceptor no processo de construção do conhecimento dos internos?

c) Os seus internos são egressos da ABP. Houve repercussão da ABP na realização das tarefas e busca de informações destes estudantes no internato?

3.7 Trabalho de campo

A realização de grupo focal e as entrevistas semiestruturadas foram agendadas com antecedência. No início de cada grupo ou entrevista, foi solicitado aos participantes da pesquisa a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO B), garantindo a livre adesão ao estudo, sigilo quanto às informações prestadas, o direito de deixar a pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto aos objetivos do estudo, forma como se daria a participação dos entrevistados e nome dos pesquisadores responsáveis. O TCLE foi emitido em duas vias, assinadas pelos participantes e pelos pesquisadores responsáveis, e, obtido o consentimento, as atividades do grupo focal e entrevistas foram gravadas eletronicamente.

A duração do grupo focal foi aproximadamente de uma hora e de cada entrevista semiestruturada, de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas eletronicamente para garantir a fidedignidade do material coletado. As falas foram transcritas em seu formato original e a seguir procedeu-se a análise dos dados.

3.8 Análise dos dados

As informações coletadas na investigação foram analisadas e denominadas dados, que buscaram visualizar o contexto e contribuíram para a compreensão do fenômeno que a ser estudado – o processo ativo de ensino e aprendizagem pelo interno nas atividades do internato.⁵⁰

Para análise dos dados utilizou-se técnica de Análise de Conteúdo, segundo Bardin,⁵¹ que divide a análise em três fases, citadas por Minayo⁵⁰ na análise de conteúdo temático:

1. Pré-análise- organização do material, ou seja, das falas transcritas selecionadas:

- *leitura flutuante* - contato inicial com os textos. Gradativamente, a leitura tornou-se mais precisa em função da relação entre hipóteses iniciais, hipóteses emergentes e teorias relacionadas ao tema.
- *constituição do corpus* - organização do material que contemplava algumas regras da validade qualitativa, como a representatividade da amostra estudada dentro do universo inicial, a homogeneidade das informações coletadas, a exaustividade de informações (falas) apresentadas e a pertinência de adequação do material apresentado enquanto fonte de informação para o objetivo do trabalho.
- *formação de hipóteses e objetivos* - levantamento de hipóteses acerca do encontrado no material, o que possibilitou novas indagações acerca da temática. Determinação da unidade de registro, que se constitui como um elemento representativo da mensagem retratada pelos textos. A seguir, foi delimitada a unidade de contexto, representada por trechos significativos das falas, seguido de categorização dos elementos encontrados e a elucidação de fundo teórico para a realização da análise.

2. Exploração do material: consistiu na operação de codificação, que transformou os dados brutos em dados representativos do conteúdo das falas codificadas. A seguir, elencaram-se as categorias teóricas e empíricas responsáveis pela especificação do tema.

3. Interpretação dos resultados: buscou-se revelar o conteúdo, por meio de características dos fenômenos analisados.

Na análise, cada estudante foi representado da seguinte forma: 5^a série: Q1, Q2... Q10; 6^a série: S1, S2... S10; Preceptores: P1, P2... P25.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

A análise dos dados permitiu a construção de três categorias empíricas que abarcaram os núcleos de sentido aos preceptores e aos estudantes, que serão discutidas independentemente: 1) *A ação pedagógica dos preceptores na construção dos conhecimentos dos internos: do comprometimento à interlocução com os sujeitos*; 2) *A influência dos cenários, dos pacientes e das ações pedagógicas na construção da processo de ensino e aprendizagem no internato* e 3) *A ABP e o internato na Famema: o reflexo do processo pedagógico ativo na construção dos conhecimentos e na formação dos estudantes*

A ação pedagógica dos preceptores na construção dos conhecimentos dos internos: do comprometimento à interlocução com os sujeitos

“A palavra ‘doutor’ vem do latim docere, significando ensinar. Então parece lógico que, se sou um bom médico, serei um bom professor. Essa conclusão, claro, não é uma verdade absoluta”. (Robert B. Taylor)

Na percepção dos estudantes, o comprometimento dos preceptores na construção do conhecimento é destacado no processo de ensino e aprendizagem pelo interesse de eles se colocarem à disposição para discutir os casos clínicos e os incentivarem na busca do conhecimento da seguinte maneira: *“eles incentivaram a gente a buscar... e não só a aceitar o que eles estão falando” (Q5)*, *“boa parte deles estimula, não dizem, não revelam as respostas completas, mas estimulam um raciocínio inicial para levantar, esclarecer melhor algumas dúvidas, geralmente, eles propõem discutir o assunto posteriormente” (S7)*.

Os estudantes revelam que as ações pedagógicas dos preceptores ocorrem pelo incentivo à busca de informações oriundas de dúvidas em discussões breves com esses, entretanto, não expressam a organização dos passos da ABP, centrada no estudante e adaptada ao internato.

As ações desses preceptores são criticadas pelos estudantes, *“estimular não é omitir informações e dizer para o aluno: ‘Ah, vá buscar’! Seria mais construtivo se ocorresse uma discussão. Existe um caso clínico, existe uma dúvida, faça uma*

discussão, exponha alguns aspectos, mas não todos, que podem trazer um pouco mais de clareza para o estudante” (S2). Essas atitudes representam a não utilização correta do processo de ensino e aprendizagem baseado em ações pedagógicas, que adaptam a ABP ao internato.

Segundo o Manual do Internato da Famema,²⁹ os preceptores, no contexto de ensino e aprendizagem, devem reconhecer as lacunas de conhecimento dos estudantes e ajudá-los a elaborar os objetivos de aprendizagem, reconhecer seus próprios limites de conhecimento e participar do processo de aprendizagem, percebendo, conjuntamente com os internos, a relevância do problema ou ajudá-los a identificarem, no pressuposto da interação de Vygotsky, o que eles necessitam aprender. Entretanto, segundo a fala acima, esse auxílio desenvolve-se de forma incipiente no processo pedagógico.

No processo de ensino e aprendizagem voltado para o construtivismo, os preceptores devem contribuir para a formação de indivíduos autônomos, responsáveis e participantes, conscientes de sua função social⁵². Entretanto, os preceptores em alguns momentos não desenvolvem o processo de ensino aprendizagem ativo, já que muitas vezes não utilizam as recomendações dessa aprendizagem na potencialização do desenvolvimento cognitivo dos estudantes, e para estes fica a idéia de que *“no quinto ano isso ficou bem claro. Na maioria dos estágios, não tinha incentivo de querer ter discussão... poucas coisas foram proveitosas” (S10).*

Por vezes *brainstorming*, identificação de lacunas de conhecimento, elaboração das questões de aprendizagem, discussão da busca de informações, avaliação crítica dos artigos e sua aplicação são omitidos, *“tento questionar sobre a conduta, pergunto o exame físico, o que eles acham, o que eles fariam agora, eu tento fazer com que eles pensem” (P12), “os alunos atendem, examinam e passam o caso, a gente checa o caso com eles, examina novamente a criança e dá a conduta. No final, a gente discute as condutas” (P3).*

Outro ponto a ser destacado é a dificuldade que os preceptores manifestam em mudar suas posturas tradicionais no processo de ensino e aprendizagem, *“o PBL seria: você dá uma parte e ele vai ficar curioso e vai buscar, mas eu acabo falando tudo. Eu acho que é porque a minha formação foi assim, eu aprendi assim com os meus professores” (P6),* provocando um corte abrupto no processo de elaborar a construção da aprendizagem desenvolvida pelos estudantes nos quatro primeiros

anos, aos passo que contribui negativamente para a aquisição ativa do conhecimento.

Parece que o processo de internalização, assimilação e acomodação pelo qual esses preceptores foram expostos, os impede hoje de iniciar um processo de mudança. A racionalização acima enunciada mostra o quanto o papel tradicional permanece presente nestes profissionais, mesmo após tantos anos de mudanças pedagógicas.

Esses preceptores têm dificuldades de romper com o modelo que vivenciaram em suas práticas prévias de aprendizagem, demonstrando a notória formação de tendência instrucionista (de difícil mudança por eles próprios), o que dificulta e exige cuidado na capacitação destes profissionais para o entendimento metodológico da proposta da ABP.

Como se percebe, os preceptores são frutos de outros modelos de formação, em que muitos confundem transmissão da informação com processo ativo de ensino e aprendizagem, mostrando muitas vezes o despreparo para a preceptoria em processos ativos da formação profissional.⁵²

As atividades do internato são baseadas em problemas, independentemente do modelo pedagógico. Por isso, muitos preceptores acham que estão praticando a ABP. Nem sempre as atividades realizadas para resolver os problemas podem ser consideradas ABP. A diferença é a postura de docentes e discentes na resolução dos problemas - de passiva a ativa. Essa diferença é de difícil percepção e compreensão. Daí decorre a importância da capacitação e participação nas atividades do curso de graduação.

A participação em programas de capacitação docente, a participação nas sessões de tutorias no papel de tutor ou co-tutor, como facilitador da Unidade de Prática Profissional (UPP) e Laboratórios de Prática Profissional (LPP) das diferentes séries são atividades destacadas como necessárias pelos preceptores na elaboração de suas ações pedagógicas, *“nem todos os docentes têm conhecimento e treinamento para exercitar isso com eles. No início do PBL, nós tivemos muita capacitação para todo esse processo, nós tivemos vários cursos de avaliação, de preparação para as tutorias e tudo, e, hoje, essa capacitação parece estar muito paralisada dentro da Instituição” (P13)*. São claras as dificuldades em exercer a docência na ABP, destacando-se, então, a importância da educação permanente e continuada.

Outro ponto a ser destacado nessa categoria é a ação pedagógica e o cuidado com os pacientes que os preceptores desenvolvem nos diferentes cenários do internato, e que se refletem nas escolhas e atitudes dos estudantes, *“há estágios completamente desorganizados, com professores completamente inoperantes em relação ao processo de ensino aprendizagem do aluno, como a Ginecologia e a Obstetrícia”* (S9), influenciando positiva ou negativamente muitas vezes nas escolhas futuras da especialidade médica deste estudante. Além disso, os estágios desorganizados e professores inoperantes revelam a falta de compromisso com a formação dos estudantes. As razões disso requerem esclarecimentos.

Nesse ponto, a qualidade da relação médico-paciente, demonstrada pelos preceptores no atendimento dos pacientes, é caracterizada pelos internos como de grande influência e referencial na sua formação profissional: *“no internato tem contato com professor modelo, indivíduos que praticam a medicina de uma maneira que você se sente motivado a fazer como ele faz, da forma como ele se envolve com os pacientes, esse contato professor/aluno nos cenários reais de atividade é extremamente importante”* (Q6). Confirma-se, então, a importância do exemplo na formação ética dos futuros profissionais.

Outras vezes, as posturas não são adequadas ao cuidado dos pacientes e também representam exemplos a não serem seguidos: *“...consegue aprender com os bons exemplos e também com os maus. Você tira, faz um balanço para ver como você vai querer se formar como médico”* (Q4). Essa observação desencadeia entre os estudantes a visão crítica em suas ações, pois acabam sendo reflexos dos modelos que observam, *“passei pelo PS e continuei fazendo, continuei eu mesma, tratei meus pacientes bem, por mais que os profissionais que trabalham lá sejam diferentes”* (Q10). É a demonstração da capacidade de autonomia crítica e reflexiva e de atitude ativa que pode ser fruto do processo pedagógico e/ou própria dessa pessoa.

A influência dos cenários, dos pacientes e das ações pedagógicas na construção da processo de ensino e aprendizagem no internato

Em relação ao âmbito dos cenários de ensino e aprendizagem do internato, esses têm apresentado significativas dificuldades que preceptores e estudantes encontram ao se inserirem no contexto da assistência à saúde e no desenvolvimento

do processo pedagógico: “no 5º ano você precisa dar conta da demanda do serviço, te traz para tocar o serviço lá, então, a discussão acaba ficando em segundo plano, se der tempo discute, se não, eles passam logo a conduta para dar seguimentos à rotina normal do serviço” (S7). Os preceptores relatam a dificuldade de os estudantes conciliarem o cumprimento de tarefas, a busca ativa de informações e desenvolvimento da aprendizagem perante a demanda do serviço de saúde: “pelo número de plantões, eles acabam estudando menos... acabam tendo falta de tempo para fazer isso aqui dentro” (P13).

Os preceptores também referem a dificuldade de conduzirem o serviço de saúde, pelos quais são responsáveis, ao passo que desenvolvem as ações pedagógicas com os estudantes: “o ensino aprendido é baseado nos casos clínicos. Aqui na enfermaria, pelo tempo, não dá pra gente ver muitas coisas, tem muito trabalho burocrático” (P3), “com essa correria aqui dentro, ou você dá assistência ou você se dedica mais a essa parte de ensino... com todo esse problema de estrutura, de equipamento. É isso que desanima” (P12). A demanda do serviço é uma realidade inconstável, porém não é o fator principal da dificuldade de busca ativa de informações. A dificuldade da busca ativa de informações revela inexperiência em utilizar os passos da tutoria adaptados ao internato, o que demonstra a necessidade de repensar o currículo proposto no internato.

Nos cenários de ensino e aprendizagem, os preceptores devem construir espaços para exercer suas funções assistenciais e docentes dentro de um conceito amplo de práticas, incorporando ações pedagógicas construtivistas e utilizando tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras que constroem e transformam o ambiente de trabalho e de educação em saúde.^{53,54} Ao serem inseridos nesses cenários, os internos devem interagir no ambiente de trabalho com o apoio necessário da instituição que o gerencia e receber auxílio dos diferentes profissionais nesta concepção.

Outro reflexo da construção do processo de ensino e aprendizagem no internato, segundo os sujeitos entrevistados, é a importância do contato com a prática (o paciente) como motivante do processo de ensino e aprendizagem: “o que mais estimula é o paciente, dar um retorno para a pessoa que eu estou atendendo” (Q8), “o paciente é o primeiro fator disparador, estimulando saber o que ele está tendo, o porquê, como ele vai evoluir, como se trata, se o tratamento está correto”

(S7), em que o “P” da ABP deixa de representar o *Papel* do problema estruturado da tutoria e passa a representar o *Paciente* a ser cuidado.

Nesse cuidado, deve-se ater à escuta atenta das queixas do paciente para identificar as suas necessidades de saúde, levantando dúvidas após um breve *brainstorming* (das queixas, sinais e sintomas), e elaborando questões norteadoras de aprendizagem. Após as hipóteses diagnósticas (que se somam a outros recursos complementares de diagnóstico), e a busca e respostas qualificadas (propostas terapêuticas), organiza-se, então, o cuidado integral e individual, em conjunto ao trabalho da equipe multiprofissional.

Logo, a postura pró-ativa deve ser a base da atuação dos estudantes em sua futura prática profissional. A motivação e o estímulo para aprendizagem devem ser percebidos pelo estudante como relevantes e necessários para sua prática e para a sua capacidade do cuidado com os pacientes^{21,42}, *“nossa angústia interna é muito maior do que os estímulos dos professores. Eles fazem a parte deles, estimulam, mas você fica numa angústia, porque, a todo momento, você vê um caso que você não sabe...”* (S8). Nesse momento, destacamos que, para ser pró-ativo na busca de informações, o estudante deve saber procurar artigos válidos, importantes e aplicáveis. Para que sua angústia seja modificada, os passos da tutoria devem ser adaptados ao internato. Trata-se de uma ação pedagógica que não requer tempo prolongado.

No processo de ensino e aprendizagem, durante o internato, os estudantes destacam a importância do ciclo pedagógico na construção do conhecimento *“discutia, abria as questões e voltava com o estudo para discutir de novo, as hipóteses que a gente abriu, para ver se era mesmo ou não”* (S3), *“o que diferencia muito o ciclo do que a gente tem lá da tutoria é que os pacientes, a maior parte viu eles, eram casos que a gente acompanhava na enfermaria, no PS, e a discussão é mais direcionada, a maior parte do ciclo... que é mais eficiente a discussão do ciclo no 5º e 6º ano em relação a uma tutoria, muda muito o fluxo da discussão”* (S2), e na concepção dos preceptores é entendido como *“Nos ciclos do 5º ano na pediatria, eles trazem os casos para discutir. Fazem as discussões, fazem um brainstorm ali, num primeiro momento. Depois a gente faz as questões de aprendizado, vai para a pesquisa e volta para responder às questões”* (P24).

O ciclo pedagógico deve propiciar a oportunidade para um processo reflexivo organizado e continuado. É um espaço de questionamento sistemático

sobre as situações do trabalho, que levam ao desenvolvimento de habilidades de autoavaliação e de autoconhecimento do estudante.²⁹ Entretanto, como é realizado distante das atividades práticas do internato, em espaços constituídos (agendados), não envolve a dinâmica das interações como propõe Vigotsky.

Em vista das propostas, as ações desenvolvidas pelos internos devem ser refletidas, pois é na reflexão sobre as práticas desenvolvidas, avaliadas e continuamente re-aferidas, que se reconstrói o conhecimento prévio, numa perspectiva integradora dos referenciais teóricos e da prática profissional. Isso se torna possível quando se avalia a competência profissional por meio de desempenho demonstrado pelos internos na realização das tarefas (se for realizada a avaliação da competência profissional nos cenários de prática ao mesmo tempo em que se desenvolvem as tarefas e ações pedagógicas com os internos.^{50,51}

A ABP e o internato na Famema: o reflexo do processo pedagógico ativo na construção dos conhecimentos e na formação dos estudantes

"Students are adults and should be treated as adults. They should determine what they need to learn based on their own individual knowledge and skills and how they study most effectively." (Barrows)

Os internos destacam as seguintes percepções acerca da contribuição que a ABP trouxe para o processo de ensino e aprendizagem durante o internato: “é possível sim fazer o processo de ensino e aprendizagem. No 5º e no 6º anos, a gente aprendeu, desenvolveu o raciocínio clínico, conseguiu desenvolver certos planos terapêuticos, conseguiu amadurecer para minimamente tentar ser um bom profissional” (S4), sendo essa mesma percepção presente nas falas dos preceptores: “os alunos do PBL chegam bem preparados no internato, eles dão um feedback melhor... sabem formular uma hipótese diagnóstica” (P9), “eles conseguem resgatar conhecimentos anteriores e fazer um raciocínio clínico” (P12). O propósito desencadeado pela ABP, em que se favorece a aquisição e a estruturação adequada do conhecimento em um contexto de situações-problemas,

facilitando a ativação e a utilização posterior de informações, é demonstrado no desenvolvimento pedagógico dos estudantes por estas falas.

A ABP, quando realizada seguindo integralmente os passos da tutoria, promove a participação ativa dos estudantes na construção de seus conhecimentos. A mola propulsora é a identificação das lacunas de conhecimento, transformada em questões de aprendizagem, constitui o conteúdo/informação a ser pesquisado(a). O estudante é movido por sua curiosidade/desejo para o aprendizado e o desenvolvimento de habilidades para a autoaprendizagem, tornando o aprendizado uma ação ativa, desencadando a busca do conhecimento para a resolução de problemas, caracterizando a aprendizagem de adultos. Neste momento, o estudante deixa de ser passivo e desempenha um papel preponderante em sua formação, como é identificado nas falas acima.^{21,29}

A ABP, seguindo os passos da tutoria, estimula o estudante na tomada de decisão sobre como e o que aprender. O “*empoderamento*” (empowerment) trazido pelo estudante pela sua responsabilidade sobre seu próprio aprendizado é uma habilidade extremamente útil, uma vez que quando o estudante chegar ao fim do seu curso, metade do que ele aprendeu estará desatualizado.²⁹ Logo, ele necessita ser pró-ativo em buscar, ser questionador na busca de suas informações, “*Eles são mais reflexivos. É um estudante ativo, ele busca quando tem dúvida, ele questiona, é um aluno que questiona mais...*” (P19), “*a gente procura em mais lugares e não em uma fonte única, não confia muito na opinião de um único especialista, por melhor que ele seja*” (Q2).

Essas falas revelam que a internalização realizada nos primeiros quatro anos da graduação, permite que o estudante mesmo sob uma rotina restritiva do estágio que está realizando, perceba que o conhecimento possui uma amplitude muito maior do que a que ele está submerso. Mesmo não conseguindo buscar naquele momento da aprendizagem, ele duvida e não acredita cegamente nas informações dos preceptores apresentadas.

Os estudantes assumem a responsabilidade sobre a própria aprendizagem na ABP sob a seguinte óptica: “*o ponto positivo do PBL é que acabei aprendendo a me virar com o estudo, a gente fica independente, vai atrás das coisas que acha importante e o que não acha importante acaba irrelevando...*” (S7) e “*eles sabem pesquisar muito bem, eles sabem buscar a informação, eles procuram vir com informações atualizadas, de várias fontes*” (P13). Destaca-se, porém, nestas falas, a

falta de dados (passos da tutoria, como levantamento da dúvida, elaboração da questão de aprendizagem, discussão da estratégia de busca e análise crítica da literatura encontrada) para dizermos que os internos constroem a ABP centrada no estudante. Mostram, essencialmente, que são autônomos na construção do conhecimento durante o internato, diferentemente da proposta interacional entre os sujeitos que constroem o conhecimento.

A habilidade de buscar a informação para sustentar a habilidade de estudo autogerido é essencial para o desempenho profissional futuro do estudante,²⁹ e os estudantes devem desenvolver a habilidade de obter a informação quando ela é necessária e se atualizarem constantemente.

Os entrevistados destacam, entretanto, a dificuldade encontrada em resgatar conhecimentos de áreas básicas na construção dos diagnósticos clínicos, elucidando a deficitária construção dos conhecimentos destas áreas durante os quatro primeiros anos da graduação: *“a metodologia ativa para o internato é válido, mas traz deficiências em termos de matérias básicas, dos primeiros anos de faculdade”* (Q2), *“o conhecimento das áreas básicas, eu me julgo uma pessoa extremamente pobre em conhecimentos de anatomia, de histologia, de pormenores de patologias e de aspectos da fisiologia humana. Isso contribui numa discussão clínica, num local acadêmico em que você precisa entender um pouquinho dos processos mais pormenorizados...”* (S4), e a mesma opinião é compartilhada entre os preceptores: *“... eles têm déficits em algumas coisas básicas e a gente precisa reforçar isso porque, na hora que você vai examinar alguém..., precisa exatamente saber o que você está procurando”* (P1).

Na dificuldade de resgatar conhecimentos de áreas básicas, ou construir o conhecimento destas áreas, os estudantes revelam o não entendimento da proposta do processo de ensino e aprendizagem preconizado pelo construtivismo, nas quais o conteúdo é determinado pela necessidade e pelos objetivos de aprendizagem do estudante, sendo mais importante o “aprender a aprender”.

Na ABP, o estudante deve identificar as lacunas do conhecimento (os conteúdos necessários para a construção de sua aprendizagem) como parte de um contexto articulado de fenômenos que deverá ser visualizado, objetivado, refletido por um ângulo centrado no paciente, com base na proposição de um problema real. Ele, então, pode fazer a busca do conhecimento de áreas básicas, que não fez nos

primeiros quatro anos da graduação, no momento em que necessita ser aplicado com intuito de resolver sua dúvida.^{21,29,41}

Neste contexto, têm-se que a ABP guarda a proposição básica de que a aprendizagem deixa de ser focada nos conteúdos transmitidos pelo professor que ensina, para haver ênfase no aprendizado ativo por parte dos alunos, o que solicita destes: atenção, questionamento, leitura, busca ativa por informações científicas, sínteses de conteúdos.^{21,29,41}

Desta forma, o reflexo construtivista da ABP se faz presente na elaboração do conhecimento entre os estudantes para desenvolver em sua formação a habilidade de comunicação, o trabalho em equipe, a solução de problemas, o respeito aos colegas e o desenvolvimento de postura crítica. O desenvolvimento dessas habilidades e o domínio de conhecimento de situações práticas trazem aos futuros médicos mais capacidade de lidar com os problemas da vida profissional, tornando-os capazes de observar, escutar, pensar, saber ser, fazer e aprender.

Neste sentido, iniciam-se processos, constroem-se sujeitos sociais que passam a dar conta dos desafios impostos por essa nova realidade, e a formação de recursos humanos e a educação médica em particular, ainda que não exclusivos, passam a ser importantes espaços de constituição desses sujeitos.⁵⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa demonstram a dificuldade de continuar o processo de aprendizagem ativo no internato e que a compreensão da ABP é muito tênue, tanto por parte dos professores como dos estudantes.

A maioria das respostas dos preceptores e dos internos às questões norteadoras aponta que não há pleno entendimento do processo pedagógico da Famema, cujo currículo é integrado, orientado por competências em um processo de aprendizagem que se realiza com participação ativa dos sujeitos envolvidos.

As discussões dos problemas dos pacientes, a busca de informações são realizadas, porém, nos moldes do ensino tradicional, sem a utilização dos passos da tutoria ou das etapas do ciclo pedagógico. Este deveria ser realizado no internato diariamente com os preceptores que supervisionam as tarefas, e não semanalmente por outros profissionais em salas de reunião, desfocados do ambiente de ensino e da aprendizagem (a vivência da prática médica).

Os internos vivenciaram a ABP e Problematização nos quatro anos que precederam o internato. Entretanto, as falas revelam que não houve incorporação dos passos da tutoria nas suas ações, cujas causas merecem pesquisas futuras.

Quando realizam as tarefas do internato, os preceptores e estudantes deveriam utilizar os passos da ABP de forma individualizada e não em grupos como nas primeiras quatro séries do curso. Destaca-se, então, a importância da experiência do preceptor em ter sido ou estar em contato com tutores.

Há, também, a solicitação de continuidade do processo de capacitação pelos preceptores, com a necessidade de resgatar a educação continuada e permanente em todos os cenários do internato, concomitantemente com a promoção de discussão com a comunidade acadêmica quanto aos resultados desta pesquisa.

Assim, deve haver mudança de postura. O entendimento do processo pedagógico deve acontecer gradativamente nessas atividades, criticando, refletindo e estudando, nessa ordem - da prática para teoria. Os preceptores, assim como os estudantes, também precisam ser mais ativos no processo de ensino e aprendizagem e a Famema, enquanto instituição formadora, deve rever a organização curricular do internato no curso médico, num contexto amplo e democrático da formação e capacitação destes sujeitos no processo ativo de ensino e aprendizagem.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Gomes R, Brino RF, Aquilante AG, Avó LRS. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(3):444-51.
2. Lampert JB. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. *Gaz Med Bahia.* 2008;78(supl. 1):31-37.
3. Ciuffo R, Brant-Ribeiro V. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface Comun Saúde Educ.* 2008;12(24):125-40.
4. Cooke M, Irby MS, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 years after the Flexner Report. *New Engl J Med.* 2006;355(13):1339-44.
5. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(12):2234-49.
6. Aguiar AC. Implementando as novas diretrizes curriculares para educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? *Interface Comun Saúde Educ.* 2001;5:161-6.
7. Van Onselen LES. Avaliação de um programa pedagógico para internos de pediatria em atuação comunitária [dissertação]. Santo André: Faculdade de Medicina da FUABC; 2004. 126 p.
8. Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: UEL; 1999.
9. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Relatório final da II fase do projeto de avaliação da educação médico no Brasil. Rio de Janeiro: Cinaem; 1997.
10. Miranda JFA. *Educação médica: estudo do impacto da adoção da estratégia de saúde da família no internato médico* [dissertação]. Petrópolis: Faculdade de Educação da Universidade Católica de Petrópolis; 2002. 147 p.
11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 4, CNE/CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: MEC; 2001.
12. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 209 p.

13. Alves WF. A formação de professores e as teorias do saber docente: contextos, dúvidas e desafios. *Educ Pesqui.* 2007;33(2):263-80.
14. Carabetta Junior. Rever, pensar e (re)significar: a importância da reflexão sobre a prática na profissão docente. *Rev Bras Educ Méd.* 2010;34(4):580-6.
15. Martins LC, Branco AU. Desenvolvimento moral: considerações teóricas a partir de uma abordagem sociocultural construtivista. *Psicol Teor Pesqui.* 2001;16(2):169-76.
16. Luckesi CC. *Filosofia da educação.* São Paulo: Cortez; 1994.
17. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Publica.* 2004;20(3):780-8.
18. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Fundamentos dos parâmetros curriculares nacionais. A tradição pedagógica brasileira. In: Brasil. *Parâmetros Curriculares Nacionais.* Brasília: Ministério da Educação e Cultura. 1997; p. 30-3.
19. Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos CADRHU.* Natal: Ministério da Saúde; 1999. p. 261-68.
20. Notzer N, Zisenwine D, Sarnat H. Old thoughts, new ideas: comparing traditional talmudic education with today's medical education. *Acad Med.* 1998;73(5):508-10.
21. Barrows HS, Tamblyn RM. *Problem-based learning: an approach to medical Education.* New York (NY): Springer; 1980.
22. Maudsley G. Do we all mean the same thing by "Problem-based learning? A review of the concepts and a formulation of the ground rules. *Acad Med.* 1999;74(2):178-85.
23. Schmidt HG. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. *Med Educ.* 1983;27(5):422-32.
24. Savin-Baden M. The problem-based learning landscape. *Planet.* 2004;(4):4-6.
25. Faculdade de Medicina de Marília. *Manual Famema 2004.* Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2004.
26. Faculdade de Medicina de Marília. *Relatório da pesquisa de avaliação do resultado do processo de formação de médicos da Famema.* Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2008.

27. Komastu RS, Zanolli MB, Lima VV. Aprendizagem Baseada em Problemas. In: Marcondes E, Gonçalves EL, coordenadores. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 223-37.
28. Bouhuijs PAJ, Schmidt HG, Van Berkel HJM. Problem-based learning as an educational strategy. Maastricht: Network Publications Maastricht; 1993.
29. Faculdade de Medicina de Marília. Manual do Internato. In: Tsuji H, Zanolli MB, coordenadores. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2003.
30. Mamede S. Aprendizagem Baseada em Problemas: características, processos e racionalidade. In: Mamede S, Penaforte JC, organizadores. Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 25-48.
31. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
32. Cristoffanini AP. El internado em los estudios medicos. Educ Méd Salut. 1982;16(2):134-50.
33. Associação Brasileira de Educação Médica. O internato nas escolas médicas brasileiras. Rio de Janeiro: ABEM; 1984.
34. Demarzol MMP, Fontanella BJC, Melo DG. Internato longitudinal. Rev Bras Educ Méd. 2010;34(3):430-7.
35. Ruizl DG, Farenzenall GJ, Haeffner LSB. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reformacurricular. Rev Bras Educ Méd. 2010;34(1):21-7.
36. Kemp A, Edler FC. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2004;11(3):569-85.
37. Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB, organizaadores. A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.
38. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Resolução n. 9, de 24 de maio de 1983. Regulamenta o internato dos cursos de medicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF); 30 maio 1983. Seção 1:9.
39. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 9 nov 2001. Seção 1:38.

40. Streitl DS, Maciel DT, Zanolli MB. Contribuição para a formação de médicos de acordo com as necessidades da sociedade: interação com as políticas de articulação ensino, serviço, sociedade implementadas pelo ministério da saúde. *Cad ABEM*. 2009;5:21-9.
41. Chaves ITS, Grosseman S. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. *Rev Bras Educ. Méd.* 2007;31(3):212-22.
42. Barrows HS. *Practice-based learning: problem-based learning applied to medical education*. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine; 1994.
43. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1999.
44. Debus M. *Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales*. Washington: Health Agency for International Development; 1994.
45. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1999.
46. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
47. Bogdan RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Portugal: Porto; 1997
48. Lervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2001;35(2):115-21.
49. Haguette MTF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
50. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento científico: teoria, métodos e criatividade*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
51. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1997.
52. Missaka H. *A prática pedagógica dos preceptores do internato em emergência e medicina intensiva de um serviço público não universitário [dissertação]*. Rio de Janeiro: UFRJ; 2010. 66 p.
53. Schilling C. *Domínios do conhecimento, prática educativa e formação de professores: a construção do conhecimento escolar*. São Paulo: Ática; 1998.
54. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(2):262-70.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Famema



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 29 de Maio de 2012

Ilmo(ª) Sr.(ª)
Prof. Dr. Hissachi Tsuji
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 624/12, intitulado: "Aprendizagem Baseada em Problemas e Internato: Há Continuidade do Processo de Ensino e Aprendizagem Ativo?", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 28/05/2012, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, através deste documento, convidá-lo para participar da pesquisa: *“Aprendizagem Baseada em Problemas no internato: há continuidade do processo de ensino e aprendizagem ativo?”* como voluntário.

Esclarecemos que você não é obrigado a participar da referida pesquisa e que, a qualquer momento, caso você aceite o convite, poderá desistir da participação e retirar o seu consentimento. Sua recusa em participar não acarretará nenhum prejuízo a você. Esclarecemos também que, se você aceitar o convite, deverá assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, quando receberá uma cópia do mesmo, onde constarão endereço e telefone do pesquisador principal, para que você possa tirar qualquer dúvida sobre o projeto e sobre sua participação.

Título da Pesquisa: *Aprendizagem Baseada em Problemas no internato: há continuidade do processo de ensino e aprendizagem ativo?*

Pesquisador: Ricardo Corrêa Ferreira

Orientadores: Dr. Hissachi Tsuji e Profa. Dra. Sílvia Franco Rocha Tonhom

Telefone para Contato: (14) 8100-5129 - Pesquisador

Objetivo: Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a percepção que os estudantes de medicina da Famema e seus preceptores têm sobre a continuidade do processo de aprendizagem ativo na construção do conhecimento acadêmico nas atividades do internato.

Procedimentos do Estudo: grupos focais com estudantes de medicina da 5ª e 6ª séries da Famema e entrevistas semi-estruturadas com preceptores do internato.

Riscos: A participação na pesquisa não oferece riscos. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade da pessoa.

Confidencialidade: Os resultados obtidos no estudo serão mantidos em sigilo, porém, poderão ser divulgados em publicações científicas, desde que os dados pessoais do participante não sejam mencionados.

Pagamento: O participante não terá nenhum tipo de despesa no desenrolar da pesquisa e também não receberá nenhum tipo de pagamento pela participação.

Após leitura atenta dos esclarecimentos acima, solicitamos que o seu consentimento para participar da pesquisa seja dado de forma livre e esclarecido.

Para tanto, pedimos que preencha os itens que se seguem e, posteriormente, assine o documento.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,,
RGdeclaro, para fins de direito, que li atentamente todas as informações acima e fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Ricardo Corrêa Ferreira sobre procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios, custos, confidencialidade da pesquisa, garantia de que, a qualquer momento, posso retirar o meu consentimento, sem que isso me acarrete qualquer tipo de penalidade.

Declaro, igualmente, que recebi da acima citada uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que concordo em participar da pesquisa.

Marília, dede 2012.

.....
Assinatura do Participante da Pesquisa

.....
Ricardo Corrêa Ferreira (Pesquisador)

CRM-SP 135169

Tel.(14) 34021744

.....
Prof. Dr. Hissachi Tsuji (Orientador)

CRM-SP 13962

Tel. (14) 34021866