



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
EM EDUCAÇÃO**

CELESTE CORRAL TACACI NEVES BAPTISTA

**RESILIÊNCIA DOCENTE FRENTE À INTRODUÇÃO DAS METODOLOGIAS
ATIVAS EM UM CURSO DE MEDICINA**

CELESTE CORRAL TACACI NEVES BAPTISTA

**RESILIÊNCIA DOCENTE FRENTE À INTRODUÇÃO DAS METODOLOGIAS
ATIVAS EM UM CURSO DE MEDICINA**

Dissertação apresentada a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Camélia Santana Murgo

Co-orientador: Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguilár da Silva

610.7
B222r

Baptista, Celeste Corral Tacaci Neves

Resiliência docente frente à introdução das metodologias ativas em um curso de Medicina. / Celeste Corral Tacaci Neves Baptista. – Presidente Prudente, 2018.

80 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Educação) -- Universidade do Oeste Paulista – Unoeste, Presidente Prudente, SP, 2018.

Bibliografia.

Orientadora: Camélia Santana Murgo

1. Resiliência. 2. Professor de Medicina. 3. Aprendizagem Baseada em Problemas. 4. Aprendizagem Ativa. Título.

CELESTE CORRAL TACACI NEVES BAPTISTA

**RESILIÊNCIA DOCENTE FRENTE À INTRODUÇÃO DAS METODOLOGIAS
ATIVAS EM UM CURSO DE MEDICINA**

Dissertação apresentada a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Presidente Prudente, 12 de abril de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Camélia Santana Murgo
Universidade do Oeste Paulista – Unoeste
Presidente Prudente-SP

Prof^a. Dr^a. Raimunda Abou Gebran
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE
Presidente Prudente-SP

Prof. Dr. José Maria Montiel
Universidade - UNIFIEO
Osasco - SP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos professores comprometidos com a docência em medicina e que estão desafiados a deixar sua zona de conforto.

*“Eu não posso mudar a direção do vento, mas eu posso ajustar minhas velas para
sempre chegar ao meu destino.”*

Jimmy Dean (1928-2010), cantor e empresário norte-americano

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tantas oportunidades e por ter me sentido amparada incondicionalmente ao longo de toda minha vida. Sei que me carregaste no colo muitas vezes.

Agradeço a meus pais Pedro e Adyr que sonharam para minha vida uma jornada de trabalho e conquistas e pelos valores a mim transmitidos.

Agradeço ao meu marido Rômulo pelo incansável apoio, por seu amor e por continuar me ensinando tantas coisas.

Ao meu filho Rômulo Neto, eu sempre me desculpo pelas ausências físicas, mas espero ser um estímulo para suas próprias conquistas.

A toda minha família e aos amigos tão queridos, obrigada pela paciência, companhia e momentos de alegria.

Agradeço a minha amiga Gisela e sobrinha Gabriela por me socorrerem em minhas limitações.

Agradeço a Ina, secretária do Mestrado, pelos incontáveis e-mails nos últimos dez anos. Esta é uma conquista conjunta.

Agradeço a Jaqueline da biblioteca pelos ensinamentos e por sua contribuição na busca dos artigos.

Agradeço às escolas que frequentei e frequento, como docente e como estudante, pela oportunidade de me manter em constante desafio de vida.

Ao meu co-orientador Rinaldo, minha eterna gratidão, por ter me tirado do lugar-comum e me conduzir a um novo patamar de conhecimento. Suas contribuições engrandeceram este trabalho.

À minha orientadora Camélia pelo carinho e paciência. Sua confiança em mim tornou esta conquista muito especial.

Amo todos vocês!

E, finalmente, agradeço aos professores participantes desta pesquisa, por sua generosidade e confiança em compartilhar suas reflexões pessoais.

RESUMO

Resiliência docente frente à introdução das metodologias ativas em um curso de medicina

Esta dissertação apresenta a história da escola médica no mundo ocidental e a história da escola médica no Brasil. Desde a fundação da primeira escola em 1808 em Salvador na Bahia até a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) para os cursos de Medicina em 2014. Aborda a fundamentação teórica sobre o tema resiliência. Também apresenta a evolução do conceito sob o olhar de vários estudiosos. Evidencia ainda os estudos sobre a resiliência na educação e no ambiente educativo da escola médica, buscando aproximar a compreensão deste processo nos professores, lançando um olhar especial neste momento de transições metodológicas e de mudança no papel docente. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a resiliência do professor de medicina no contexto da mudança pedagógica para as metodologias ativas de ensino-aprendizagem instituídas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina em junho de 2014. O local escolhido foi um curso de Medicina no interior do estado de São Paulo em atividade há 30 anos. Esta dissertação teve como sujeitos da pesquisa 75 docentes a partir do universo de 275 docentes escolhidos aleatoriamente entre todos os termos, incluindo o internato, sendo todos com atribuição de aulas no curso de Medicina. Foi utilizada uma escala para avaliação da resiliência dos docentes intitulada Escala dos Pilares da Resiliência (EPR) que avalia os pilares denominados: Aceitação Positiva de Mudança, Autoeficácia, Autoconfiança, Bom Humor, Controle Emocional, Empatia, Independência, Orientação Positiva para o Futuro, Reflexão, Sociabilidade e Valores Positivos. Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.21*, com estatísticas descritivas utilizando-o para a caracterização da amostra e das médias dos participantes no instrumento. Posteriormente, foram realizadas as estatísticas inferenciais com teste t de *Student*, ANOVA, Prova de Tukey e Correlação de Pearson entre os fatores do instrumento e variáveis sociodemográficas. Retomando os objetivos propostos por esta pesquisa, foram identificados os níveis de resiliência no corpo docente através da aplicação da EPR. Os resultados indicaram que as pontuações nos pilares Bom Humor, Controle Emocional, Empatia e Orientação Positiva para o Futuro foram encontrados valores baixos, que se fossem analisados de modo isolado poderiam significar uma fragilidade importante neste grupo. Os pilares Aceitação Positiva de Mudança, Autoconfiança, Independência e Sociabilidade apresentaram escores médios, indicando que devidamente amparados por condições ambientais e afetivas estes pilares podem se tornar uma fortaleza. E os pilares Autoeficácia, Reflexão e Valores Positivos apresentaram valores muito altos, demonstrando que estes pilares podem sustentar as fragilidades encontradas nos outros pilares, já que estes docentes vêm desenvolvendo seu trabalho neste processo de mudanças com crescente sucesso. Com os resultados deste estudo, foi possível identificar que os docentes apresentaram um nível de resiliência apoiados em pilares que podem facilitar a adoção das mudanças metodológicas. E as fragilidades encontradas podem servir de reflexão e futuro alvo de um trabalho institucional para o desenvolvimento docente.

Palavras-chave: Resiliência. Professor de Medicina. Aprendizagem Baseada em Problemas. Aprendizagem Ativa.

ABSTRACT

Resilience in the context of the introduction of active learning methodologies in a medicine course

This dissertation presents the history of the medical school in the Western world and the history of the medical school in Brazil. Since the foundation of the first school in 1808 in Salvador in Bahia until the publication of the National Curricular Guidelines (DCN 's) for the medical courses in 2014. It addresses the theoretical rationale on the theme resilience. It also presents the evolution of the concept under the gaze of several scholars. It also highlights the studies on resilience in education and the educational environment of the medical school, seeking to approximate the understanding of this process in the teachers, launching a special look at this moment of methodological transitions and change in paper Teaching. The objective of this research was to evaluate the resilience of the professor of medicine in the context of pedagogical change for the active teaching-learning methodologies instituted by the National Curricular Guidelines (DCN) for the courses of medicine in June 2014. The chosen place was a medical course within the state of São Paulo in activity for 30 years. This dissertation had as subjects of the research 75 teachers from the universe of 275 teachers randomly chosen among all the terms, including the boarding school, all of which were assigned classes in the course of medicine. A scale was used to evaluate the resilience of teachers entitled Scale of the Pillars of Resilience (EPR) that evaluates the so-called pillars: positive acceptance of change, self-efficacy, confidence, good Humor, emotional control, empathy, Independence, positive guidance for the future, reflection, sociability and positive values. The data were analyzed through the software statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 21, with descriptive statistics using it for the characterization of the sample and the averages of the participants in the instrument. Subsequently, Inferencial statistics were carried out with Student t test, ANOVA, Tukey proof and Pearson correlation between instrument factors and sociodemographic variables. By resuming the objectives proposed by this research, the levels of resilience in the faculty were identified by applying the EPR. The results indicated that the scores in the pillars good Humor, emotional control, empathy and positive guidance for the future were found low values, which if they were analyzed in an isolated way could mean an important fragility in this Group. The pillars positive acceptance of change, self-confidence, independence and sociability presented medium scores, indicating that properly taken care of by environmental and affective conditions these pillars can become a fortress. And the pillars of Autoefficiency, reflection and positive values showed very high values, demonstrating that these pillars can sustain the weaknesses found in the other pillars, since these teachers have been developing their work in this process of Changes with increasing success. With the results of this study, it was possible to identify that the teachers presented a level of resilience supported in pillars that can facilitate the adoption of the methodological changes. And the weaknesses found can serve as a reflection and future target of an institutional work for the teaching development.

Keywords: Resilience. Medical Teacher. Problem-Based Learning. Active Learning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Passos do processo tutorial	29
Figura 2 - Problematização Ciclo Pedagógico.....	31
Figura 3 - Gráficos 1 a 4: Classificação dos participantes nos pilares Aceitação positiva de mudança, Autoconfiança, Autoeficácia e Bom Humor	57
Figura 4 - Gráficos 5 a 8 - Classificação dos participantes nos pilares: Controle Emocional, Empatia, Independência, Orientação Positiva Para o Futuro	60
Figura 5 - Gráficos 9 a 11 - Classificação dos participantes nos pilares: Reflexão, Sociabilidade, Valores Positivos.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil de formação médica.....	44
Tabela 2 - Estatística descritiva das pontuações nos fatores da Escala de Pilares de Resiliência	55
Tabela 3 - Diferenças de médias nos pilares de resiliência em função do sexo dos participantes	65
Tabela 4 - ANOVA e Prova de Tukey para comparação entre período do curso que lecionam e os pilares de resiliência	66
Tabela 5 - ANOVA e Prova de Tukey para comparação entre idade e os pilares de resiliência	67
Tabela 6 - Diferenças de médias nos pilares de resiliência em função da área de graduação	68
Tabela 7 - Correlações entre os pilares de resiliência.....	69

LISTA DE SIGLAS

ABEM -	Associação Brasileira de Educação Médica
ABM -	Associação Médica Brasileira
ABP -	Aprendizagem Baseada em Problemas
ACP -	Análise dos Componentes Principais
DCN -	Diretrizes Curriculares Nacionais
ECOE -	Exame Clínico Objetivo Estruturado
EPR -	Escala de Pilares de Resiliência
ESF -	Estratégia Saúde da Família
KMO -	Kaiser-Meyer-Olkin
MEC -	Ministério de Educação e Cultura
OSCE -	Objective Structured Clinical Examination
PAF -	Fatoração dos Eixos Principais
PAPP -	Programa de Aproximação Progressiva à Prática
PBL -	Problem Based Learning
PIR -	Projeto Internacional da Resiliência
PPC -	Projeto Pedagógico do Curso
PPM -	Programa de Prática Médica
SUS -	Sistema Único de Saúde
TBL -	Aprendizagem Baseada em Times
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PARADIGMAS DA ESCOLA MÉDICA.....	16
2.1 História da escola médica.....	16
2.2 Currículo Flexneriano <i>versus</i> Currículo da Integralidade	18
2.3 Mudanças na formação médica.....	20
2.4 Metodologias ativas de ensino aprendizagem	27
3 RESILIÊNCIA E ESCOLA MÉDICA	34
3.1 Resiliência e a evolução do conceito.....	34
3.2 Resiliência e Educação	40
3.3 Resiliência e suas relações com a docência em medicina	42
3.4 Trajetória da implantação das metodologias ativas no curso médico participante deste estudo.....	43
4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	51
4.1 Participantes	51
4.2 Instrumento de Coleta de Dados	51
4.3 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO	78

1 INTRODUÇÃO

A formação como médica psiquiatra e a experiência como docente contribuiu para um olhar curioso sobre as chamadas forças humanas. Em especial a resiliência, cujo conceito foi apresentado há vinte anos durante a formação em psiquiatria da infância e adolescência.

A evolução pessoal como docente direcionou esta busca pela formação pedagógica e pelos questionamentos metodológicos e avaliativos, e o estudo da história da educação médica veio naturalmente complementar o entendimento desta trajetória. Com quase trinta anos de formação em medicina, muitos eventos citados em livros e artigos fizeram eco em memórias, dando a certeza de que desde então estes são tempos de mudanças.

Michel Rutter, eminente psiquiatra infantil do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres, foi um dos precursores dos estudos sobre resiliência. Referência importante para a psicologia e psiquiatria, publicou em 1993 (Rutter, 1993), no *Journal of Adolescent Health* o texto “Resilience: Some conceptual considerations.”(CARREY, 2010). Gradualmente o uso do termo resiliência passou a fazer parte do estudo de muitos pesquisadores, e também, da mídia leiga e no cotidiano das pessoas, fora do ambiente de pesquisa.

Desde o início do século XXI, a escola, objeto deste estudo, vem promovendo mudanças curriculares que foram reafirmadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001. Estas mudanças determinaram profundas alterações curriculares e, com isso, reorganizações na atuação docente. Com a participação no núcleo pedagógico neste período e na comissão de avaliação, foi possível observar o desconforto de alguns docentes, a rebeldia de outros, e a impossibilidade de se compor dentro deste novo modelo, de tantos outros.

Foi possível identificar que esta transição metodológica ainda não está bem estabelecida até os dias atuais, pois as propostas de mudanças nos cursos médicos determinadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 reafirmam e ampliam as mudanças metodológicas. As DCN’s de 2014 estão atreladas à lei que instituiu o Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013), com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e uma lei tão polêmica pode sofrer reformas com as trocas governamentais e com elas o redirecionamento do perfil ideológico

em educação e saúde. Existe o desejo de que as mudanças que determinaram um crescimento na qualidade da relação médico-paciente, fundamentadas no resgate do humanismo, sejam mantidas em qualquer proposta governamental.

Que este novo docente, possa ser cuidado, acompanhado neste processo de mudanças e o seu papel reconhecido como importante condutor destes estudantes em sua jornada de formação embasadas em conhecimentos, habilidades e atitudes.

A revisão de literatura realizada na base de dados Scielo a partir das palavras-chave: (resiliência* and docente*), trouxe 153 estudos, sendo que na maioria das pesquisas identificou-se um enfoque na prática docente contribuindo para o desenvolvimento de resiliência dos estudantes, principalmente os que se encontram em situações de risco ou em contextos de vulnerabilidade. Os estudos que discorrem sobre a docência no ensino médico, associam o ambiente da assistência médica como contexto de vulnerabilidade e alguns ainda discutem a síndrome de *burnout* nesses profissionais. Em dois estudos (SILVA, 2009; ROWE, BASTOS; PINHO, 2011) avaliam-se as questões institucionais envolvendo gestão, plano de carreira e relações institucionais.

Em nova busca na base de dados Capes utilizando as palavras chave “resilience and medical school” foram apresentados 310 artigos revisados por pares, e novamente o foco principal foi o desenvolvimento da resiliência nos estudantes de medicina devido às características de seu ambiente de aprendizagem, ou seja, o principal enfoque é dado no desenvolvimento da resiliência a partir de contextos de vulnerabilidade envolvendo a relação entre estudantes de medicina/pacientes, ou estudantes de medicina/pacientes/ambientes de aprendizagem. Pensou-se em direcionar o olhar sobre o professor que também pode estar em contextos de vulnerabilidade.

Este estudo identificou a resiliência dos professores na Instituição de Ensino Superior escolhida para avaliação, envolvida em um processo de mudanças metodológicas. No alinhamento preconizado a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 para os cursos de medicina, foram reorganizadas as grades curriculares com readequação de conteúdos e a introdução das metodologias ativas de aprendizagem, especificamente a Aprendizagem Baseado em Problemas (ABP) e a Problematização. Tornou-se imperioso repensar o modelo avaliativo e o papel

docente em todo o processo. Esta proposta envolveu mudanças paradigmáticas, e a identificação do docente como um importante agente de mudança.

Essa dissertação apresenta a história da escola médica no mundo ocidental e a história da escola médica no Brasil. Desde a fundação da primeira escola em 1808 em Salvador na Bahia até a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina em 2014. Aborda a fundamentação teórica sobre o tema resiliência. Também apresenta a evolução do conceito sob o olhar de vários estudiosos. Evidencia ainda os estudos sobre a resiliência na educação e no ambiente educativo da escola médica, buscando aproximar a compreensão deste processo nos professores, lançando um olhar especial neste momento de transições metodológicas e de mudança no papel docente.

Na intenção de atender as inquietações levantadas, delineou-se um questionamento: se as mudanças de metodologia de ensino no curso de Medicina da Universidade estudada impactam a resiliência docente e são determinantes no processo de trabalho. Como não questionar, ainda que internamente, o que diferenciou estes docentes, e o que contribuiu positiva e negativamente neste processo.

Esse interesse direcionou esta pesquisa a focar nas características individuais da resiliência ou também nos chamados atributos pessoais da resiliência. Este aspecto do desenvolvimento humano adulto instigou a buscar o estudo e a relação entre os considerados “pilares da resiliência” e este momento de mudanças metodológicas nos cursos de medicina. Não sendo necessariamente considerados em relação de causa e efeito.

Neste estudo também são descritos o delineamento metodológico e o corpo da pesquisa, apresentando os resultados encontrados.

2 PARADIGMAS DA ESCOLA MÉDICA

2.1 História da escola médica

A história da escola médica no mundo tem como marco fundamental a figura de Hipócrates que viveu no século V a.C. Seu empenho em tirar a medicina da irracionalidade desvinculando-a das práticas mágicas, dos exorcismos e das crenças no sobrenatural foi fundamental para estabelecer a diferenciação entre magia, religião e medicina empírica. Hipócrates passou a procurar as causas das doenças através da observação de múltiplos eventos e do próprio doente para depois aplicar os remédios necessários. Ele correlacionou epidemias com fatores ambientais, descreveu a teoria dos quatro humores corporais (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra) e dedicou-se a relevantes estudos sobre anatomia. Por sua postura ética e compromisso com a compreensão racional das doenças, suas causas e o tratamento é considerado o “pai da medicina” e seu juramento é proferido cerimoniosamente nas solenidades de formatura dos médicos na atualidade. (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Segundo Batista, Vilela e Batista (2015) a evolução do estudo da medicina transcorreu incentivada por mecenas generosos e esclarecidos e teve no povo árabe, através de seus califas, importantes contribuições para a elaboração de manuais que nortearam a prática médica oriental e ocidental. Na Idade Média, a primeira instituição oficial de ensino médico foi a Escola de Medicina de Salerno em 1057. Nesta instituição, sua prática se embasava na observação e descrição exaustiva e minuciosa do paciente e sua doença. Surgiram também universidades em Bolonha, em Cambridge, em Oxford, em Pisa, a Sorbonne e em Salamanca. O ensino da anatomia já admitia a dissecação e a prática médica se apoiava em farmácias, baseadas no modelo árabe e nos grandes hospitais (Hotel-Dieu, em Paris; St. Bartholomew's Hospital, em Londres; Ospedale di Santo Spirito, em Roma).

A Universidade de Pádua no século XVI foi um importante centro europeu de formação médica. O corpo docente da instituição contava com professores doutores em artes, medicina e filosofia, evidenciando que a formação do médico foi estabelecendo uma íntima relação entre arte, ciência e filosofia e, desta

forma, ampliando e transformando suas relações com a sociedade (REBOLLO, 2010).

Já na Idade Moderna, o hospital passou a ser um local de prática, de ensino e de aprendizagem, conferindo à Medicina o caráter de conhecimento que busca a cura ou a minimização do sofrimento dentro de parâmetros de racionalidade, de objetividade e de cientificidade. Estabelecia-se, assim, o modelo de ciência médica moderna (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015). A compreensão de saúde foi se restringindo à concepção de doenças como entidades bem definidas envolvendo mudanças biológicas e com causa única. Deixou-se de valorizar o homem em seu contexto social, cultural, geográfico, político e ético para o estudo da medicina. Iniciava-se o modelo biomédico como orientador das práticas médicas (CAPRA, 1982).

O encontro da prática clínica com o hospital passou a estruturar o processo de formação do médico expressando uma nova disposição dos objetos do saber, onde a verdade se ensina por si mesma sob o olhar do observador experimentado e do aprendiz ingênuo. Em meio ao desenvolvimento de uma perspectiva de promoção, articulação, educação e prevenção da saúde no século XX, o avanço tecnológico e a produção de conhecimento determinaram uma série de métodos, processos, e procedimentos com importantes reflexos na prática e no aprendizado da medicina.

O ensino médico oficial no Brasil está historicamente descrito no início do século XIX. Na medicina Brasileira havia três tipos de profissionais: os apotecários (que preparavam os medicamentos); os cirurgiões; e os médicos que praticavam a clínica. Todos estes profissionais eram formados em escolas e hospitais luso-espanhóis em que o ensino era principalmente teórico. Além da medicina jesuítica, indígena e africana ainda neste período se convivia com a medicina holandesa e a ibérica (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015). Logo após a chegada de D. João VI ao Brasil em 1808, foi criado Curso Médico Cirúrgico da Bahia, e meses depois, a Escola de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro. Ambas foram transformadas em Faculdades de Medicina em 1832 adotando as regras e programas da Escola Médica de Paris (BATISTA; SILVA, 1998).

Como os médicos brasileiros haviam se formado ou se aperfeiçoado em Paris, que neste momento era a capital mundial da cultura, acabou reforçando a influência da escola francesa no ensino médico brasileiro, evidenciada pela adoção

de materiais escolares, livros, regulamentos e métodos da escola gaulesa (SANTOS FILHO, 1991). O modelo pedagógico foi então orientado pelo academicismo francês.

Desde o final do século XIX até o início do século XX, a influência europeia marcou o ensino médico, bem como todo o Ensino Superior no Brasil. Ao longo do tempo e depois de sucessivas reformas, o direcionamento foi se distanciando da influência francesa e acabou substituído pela hegemonia da escola americana. (BATISTA; SILVA, 1998).

Os Estados Unidos através da Fundação Carnegie publicaram em 1910, o Relatório Flexner que analisou e regulamentou os currículos das escolas médicas Americanas e Canadenses. Suas principais propostas foram: a vinculação das escolas médicas às universidades; a criação dos departamentos em substituição às cátedras levando a constituição de um corpo docente permanente com dedicação ao ensino e a pesquisa; a divisão da formação médica em dois ciclos, o básico e o profissional ou clínico; e a incorporação do hospital como centro de formação médica (hospital de ensino). O aprendizado estava centrado no estudo das doenças e não na assistência ao doente (FLEXNER, 1910).

2.2 Currículo Flexneriano *versus* Currículo da Integralidade

Na implantação do modelo flexneriano na maioria das escolas médicas do Brasil, ocorreu uma dicotomia na distribuição das disciplinas entre o ciclo básico e o ciclo clínico. No ciclo básico, as matérias acabaram sendo lecionadas por professores, que em sua maioria, estão ou são alheios à profissão que é o objeto do curso, tendendo a trabalhar seus conteúdos como um fim em si mesmo e não em função do curso. Por sua vez, no ciclo clínico houve a divisão da prática em especialidades sem preocupação com o resgate e interligação com o ciclo básico. Ainda como consequência desta proposta, a incorporação do hospital como campo fundamental do treinamento clínico deu ênfase a uma formação hospitalocêntrica do ensino médico da graduação o que acabou conduzindo os programas educacionais médicos a uma visão reducionista (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Segundo Batista e Silva (1998), apesar das contribuições importantes para o enquadramento da medicina como ciência e do desenvolvimento das especialidades médicas, o Relatório Flexner acabou trazendo como legado negativo

o deslocamento da vivência médica do ambiente comunitário para o ambiente hospitalar e a segmentação da visão do indivíduo. O estudante foi conduzido a privilegiar os conhecimentos técnicos e em menor grau as habilidades e a relação com o paciente e sua realidade. O que poderia ter significado progresso passou a ser um questionamento em relação à capacidade das escolas em formar médicos adequados ao mercado de trabalho. A graduação passou a ser questionada quanto à sua terminalidade.

O chamado paradigma flexneriano ou também denominado forma tradicional de ensino médico, segundo Lampert (2009) tem como bases:

- a) Predomínio de aulas teóricas, com foco na doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas;
- b) Aulas expositivas e demonstrativas centradas no docente;
- c) Aulas práticas no Hospital de ensino;
- d) Capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica;
- e) Mercado de trabalho centrado no consultório particular, sem regulação de terceiros.

Na década de 1950, fora do Brasil, já se iniciava um movimento de resgate da medicina integral. Suas propostas foram apresentadas na Conferência em Colorado Springs em 1952 (BATISTA; SILVA, 1998). Elas divergiam do modelo puramente flexneriano que evidenciava o caráter fragmentário do ensino médico e, conseqüentemente, levava às práticas distantes da dimensão social do processo saúde – doença.

Com o advento da medicina preventiva nas décadas de 1960 e 1970, tentou-se recuperar este distanciamento entre o refinamento técnico e a relevância social, mas como não foi alterada a estrutura curricular, o que se evidenciou foi a falta de integração dos conhecimentos neste tipo de abordagem (LAMPERT, 2009). Ainda segundo Lampert (2009, p.72) leciona:

Dando sinais de exaustão, o chamado paradigma flexneriano abre espaço para um modelo que preencha falhas e equilibre as oscilações entre tecnologia e humanismo, orientando para o atendimento de necessidades sociais sem reduzir o ritmo do desenvolvimento científico – a busca de excelência técnica com o da relevância social (2009, p.72).

Por sua vez, o paradigma da integralidade tem como objetivo uma formação mais contextualizada, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Este movimento de mudanças, segundo Lampert (2009), ressalta:

- a) O processo saúde-doença deve enfatizar mais a saúde do que a doença (promoção, preservação e recuperação da saúde);
- b) Processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno;
- c) Ensino da prática no sistema de saúde existente, e em graus crescentes de complexidade (uso de tecnologia leve, leve-dura, dura), levando-se em conta a intersetorialidade e a importância das referências e contra-referências entre os níveis de atenção;
- d) Capacitação docente voltada para competência técnico-científica e, também, didático-pedagógica alicerçadas na participação e comprometimento com o sistema público de saúde;
- e) Mercado de trabalho orientado para reflexão dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços à população e seus aspectos éticos.

Para que estas mudanças paradigmáticas pudessem se efetivar tornou-se imperioso a construção de um novo modelo pedagógico sustentado na integração curricular, com a adoção de metodologias centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e dos professores como facilitadores deste processo de construção de conhecimento (FEUERWERKER, 2000 apud LAMPERT, 2009).

2.3 Mudanças na formação médica

No Brasil, até o final da década de 1940 existiam 13 escolas de medicina. De 1950 a 1970 foram criadas 60 novas escolas de modo desordenado levando a Associação Médica Brasileira (AMB) a solicitar ao Ministério de Educação e Cultura (MEC) que determinasse a suspensão da implantação de novas escolas médicas. Foram suspensas a abertura de novas escolas de medicina e criada uma Comissão de Ensino Médico pelo MEC em 1971, para realizar uma avaliação nas escolas existentes com a intenção de homogeneizar o processo de formação em medicina.

Ao final desta avaliação, que se estendeu por mais de uma década, a comissão identificou que, apesar da falta de planejamento, de recursos didáticos e de corpo docente, o número de escolas ainda estava aquém do necessário, o que possibilitou a abertura de novas escolas a partir de 1987 (BUENO; PIERUCCINI, 2005). A década de 1980 foi um período de intensas mudanças no Brasil. No campo político vale lembrar as eleições diretas que evidenciou o fortalecimento do desejo de uma vida melhor para todos e exigiu a construção de políticas públicas que garantissem o direito e acesso à saúde para toda a população.

A World Federation of Medical Education em parceria com a Organização Mundial de Saúde (WHO), promoveu as Conferências de Edinburgh ocorridas em 1988 e 1993 marcando a intensificação do debate e das iniciativas de mudanças na escola médica a nível mundial, sendo que o Brasil participou ativamente na elaboração dos documentos preparatórios para as discussões regionais (FEUERWERKER, 2006). A resposta das Américas para a Reunião Mundial de Edinburgh em referências às estratégias educacionais segundo Chaves e Rosa (1990, apud Feuerwerker, 2006), assinala que:

A pesquisa educacional mostra que a maneira mais eficiente e duradoura de adquirir conhecimento, habilidade ou atitude é exercitar ações que exijam tal conhecimento, tal habilidade ou tal atitude. Aprender fazendo é mais eficiente que receber informação passivamente. Assim a estratégia educacional deve ser o treinamento em serviço, que possibilita a prática de ações de complexidade crescente, conforme as exigências do serviço e do programa de ensino (2006, p. 33).

Em especial, a Conferência de Edinburgh de 1993, além de recomendar mudanças e direcionamentos de ensino e assistência como reflexos dos avanços tecnológicos, das questões sociais, políticas e epidemiológicas, volta-se para mudanças importantes no papel docente. Dentre elas destacamos: o aprimoramento docente, o uso de métodos e estratégias de ensino e aprendizagem, as estratégias para lidar com a sobrecarga de informações, fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, reaproximação do médico com a comunidade utilizando-se de ambientes reais para o aprendizado (BATISTA e SILVA, 1998).

Essas duas conferências mundiais de educação médica e outras cinco conferências internacionais sobre promoção da saúde, cujo lema se intitulou “Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes” realizadas em OTTAWA, 1986; ADELAIDE, 1988; SUNDSVALL, 1991; JACARTA, 1997 e MÉXICO, 2000 tornaram-

se importantes marcos para a construção mundial de um novo paradigma de formação do profissional da saúde (LAMPERT, 2004).

No panorama nacional, profissionais da área de saúde organizaram-se em um movimento pela Reforma Sanitária, propondo mudanças em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente para a ampliação dos direitos sociais contemplando maior abrangência do conceito de saúde. Neste processo, a VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 com a participação de diversos setores da sociedade, foi um marco importante que proporcionou as bases para a elaboração da seção referente à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, que a definiu como “direito de todos e dever do Estado”. Nesta seção da Constituição foi citado o SUS (Sistema único de Saúde) que representou um marco na história da saúde pública brasileira estendendo a assistência universal em saúde à população, promovendo assim, o regate da cidadania (STELLA; PUCCINI, 2008).

Ainda segundo Stella & Puccini (2008), na década de 1990 foram produzidos novos estudos e documentos sobre educação médica, em eventos como os produzidos pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS): Conferência Andina sobre Educação Médica em Cartagena (1993) e o Encontro Continental de Educação Médica em Punta del Leste (1994). Nesta fase o Brasil já se encontrava em intensa participação nestas discussões e propostas.

A ABEM, ciente da necessidade de implementação de reformas nos currículos dos cursos de Medicina buscou consolidar alianças com associações médicas, educacionais e representativas de docentes e alunos para promover uma avaliação transformadora resultando na constituição da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) que entendeu que a formação do médico não é de responsabilidade exclusiva da instituição superior, mas deve ser também partilhada com o Estado e a sociedade civil.

A CINAEM foi assim composta: Academia Nacional de Medicina, Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Federação

Nacional dos Médicos (FENAM) e Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES) (STELLA ; CAMPOS, 2006).

A CINAEM foi, ao mesmo tempo, um projeto científico liderado por pesquisadores e consultores conceituados e, principalmente, um movimento social, uma pesquisa-ação. Professores, alunos, pós-graduandos e gestores profissionais procederam à análise dos resultados de cada fase e, no processo de construção coletiva, permutaram conhecimentos, tornando-se agentes de transformação da educação médica (STELLA; CAMPOS, 2006, p. 75).

Este grupo se reuniu para discussão em fóruns, oficinas de trabalho semestrais, promoveu discussões no interior das escolas sobre seus currículos, buscou mobilizar a percepção da necessidade de mudança em uma parcela expressiva da comunidade acadêmica e produziu um documento síntese: *Preparando a transformação da Educação Médica* (2000) que incluíam as competências profissionais desejadas e apontavam o caminho que a escola deveria trilhar no processo de formação dos futuros médicos, sustentado por um novo perfil docente e um moderno sistema de gestão de cursos e avaliação (STELLA ; PUCCINI, 2008).

A CINAEM permaneceu em atividade entre 1991 e 2000 e seu trabalho foi desenvolvido em três fases. A fase I (1991-1992) teve o objetivo de avaliar o perfil dos médicos formados em diferentes instituições através da aplicação de um questionário em representantes de 76 escolas médicas. Com estes resultados foi possível delinear a estrutura econômico-administrativa, o corpo docente e o modelo pedagógico desenvolvido (CINAEM, 1997).

Segundo Batista, Vilela e Batista (2015) a fase II desenvolvida a partir de 1992, através de oficinas de trabalho com representantes docentes e discentes de 46 escolas médicas estendeu-se até 1997 e seu trabalho identificou:

“a inadequação do modelo pedagógico; a importância do papel docente na estruturação do modelo pedagógico, no planejamento e na gestão das escolas médicas; o desempenho cognitivo insatisfatório dos discentes ao final do curso e a necessidade de evitar o aumento indiscriminado dos cursos médicos.” (p. 99, grifou-se).

A fase III (1998-2000) teve como objetivo a avaliação do crescimento cognitivo durante o curso, do nível de conhecimento ao final do curso e da curva de

crescimento nas grandes áreas do conhecimento médico ao longo da graduação. Esta avaliação ocorreu através da aplicação do teste de progresso nos estudantes de 60 escolas de medicina brasileiras. (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Ao final deste processo, a proposta do CINAEM direcionou o novo modelo de formação em medicina, tendo sido fundamental na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, publicadas em 2001. Desde então a transformação do ensino médico, passou a ser uma obrigação legal, com o objetivo de alcançar a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva do profissional médico.

Segundo Batista; Vilela e Batista (2015), a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde, em 2001 e, particularmente, para o curso médico, representou um marco conceitual e político para pensar a formação: o princípio constitucional do SUS como ordenador da formação médica e das competências comuns para todas as profissões da saúde. Era preciso criar cenários educacionais e institucionais favoráveis à ruptura e superação de modelos formativos disciplinares. Os processos de implementação das DCN's, que buscaram mudar o foco da retenção/acúmulo de informações para os movimentos contextualização, integração, compreensão, aplicação e produção de conhecimentos, representaram, importantes movimentos de mudança na formação médica no país (BATISTA; VILELA e BATISTA, 2015).

Por iniciativas interministeriais dos ministérios da Educação e da Saúde, e apoiados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), com participação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) foi composto o Conselho Assessor do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) cujo lema era "Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde". O Promed consistia em uma cooperação técnica para escolas interessadas em adotar processos de transformações de seus currículos de graduação com patrocínio do Ministério da Saúde (LAMPERT; BICUDO, 2014).

Nos anos subsequentes, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi instituído em várias edições com propostas complementares. Em sua 1ª edição teve como propósito a articulação entre vários cursos da saúde reorientando a formação profissional para uma abordagem integral do processo saúde-doença e enfatizando a prestação de serviço à comunidade, fortalecendo a formação em Atenção Básica. Em sua 2ª edição a

característica principal foi o direcionamento da formação médica centrado na interprofissionalidade e no trabalho em equipe multidisciplinar.

Em 2013, a lei que instituiu o “Programa Mais Médicos” (lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013), foi promulgada com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu artigo 10 esta lei determina que “os cursos de graduação em Medicina promovam a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei”. Esta determinação legal desencadeou o movimento de elaboração de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Medicina no ano de 2014, e com elas, mudanças significativas na construção curricular e no modelo pedagógico.

Brasil (2014) apresentam em seu artigo 9º a determinação de uma mudança importante no papel docente:

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, **centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem**. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. (BRASIL, 2014, grifou-se).

A preocupação se volta para a qualificação do corpo docente, que deve ser preparado para orientar, acompanhar e avaliar o processo de ensino aprendizagem na formação deste novo perfil profissional (LAMPERT, 2008). Para efetivação deste processo os docentes devem estar preparados para utilizar novas metodologias que superem a predominância da transmissão de conhecimentos em aulas teóricas. Segundo Lampert (2008), o grande desafio das escolas encontra-se no fato do corpo docente ser formado no modelo tradicional, flexneriano, centrado na assistência. Estes docentes têm como característica muito pouco tempo para refletir sobre a sua inserção e a responsabilidade docente com a missão de orientar e facilitar o processo de ensino e aprendizagem deste novo estudante.

Saber ensinar, auxiliar e orientar a construção de competências profissionais requer a integração do processo de ensino com o de produção de saúde em todos os níveis de atenção. Ao desenvolver competências é preciso reconhecer que “ser competente para” exige mais que “saber sobre”. Nesse sentido, ser competente é saber sobre (domínio cognitivo), saber fazer (domínio psicomotor)

e saber ser (domínio afetivo) (STELLA; PUCCINI, 2008). O ensino de competências envolve a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, que orientam para a autonomia, estabelecendo uma relação de organicidade com o contexto da sociedade em que se insere. Nesse processo de ensino-aprendizagem, professor e aluno aprendem e produzem conhecimento novo, evidenciando uma mudança paradigmática.

A docência em saúde encontra-se em um movimento de profundas transformações no ensino superior no Brasil. Segundo Canuto e Batista (2009), a docência médica pode ser pensada como um processo de construção social, que articula condicionantes político-acadêmicos, pedagógicos, pessoais e intersubjetivos. É necessário dar valor à complexidade que envolve a docência em Saúde, reconhecendo a existência de uma triangulação central entre ensino, aprendizagem e assistência no contexto das especificidades que caracterizam os diferentes cenários do processo ensino-aprendizagem e seus atores - professor, aluno, pacientes, profissionais de saúde e comunidade, cada qual com demandas específicas. Nesse contexto escolar, o lugar do professor emerge com significativa relevância, respondendo por algumas ênfases e modelos que irão marcar os modos de atuação dos estudantes na prática profissional de atenção à saúde (CANUTO ; BATISTA, 2009).

A resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 (DCN), determina claramente as mudanças nos seguintes artigos evidenciados por grifos nossos:

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina **terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo**, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência;

[...]

Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

[...]

II - **Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos**, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;

[...]

Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina **deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso**, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido;

[...]

Art. 34. O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à **proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas**, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. (BRASIL, 2014, grifou-se).

Estas mudanças na escola médica, determinadas por força de lei, precisam ser absorvidas e implementadas nos cursos de Medicina. E, neste caminho, grandes esforços precisam ser empenhados e muitos paradigmas devem ser quebrados. A preparação do corpo docente para a utilização destas novas metodologias de ensino aprendizagem tem sido o grande desafio (CANUTO e BATISTA, 2009).

2.4 Metodologias ativas de ensino aprendizagem

A formação médica requer o desenvolvimento, entre outras qualidades, da habilidade de identificar, formular e resolver problemas, da possibilidade de compreender e usar conceitos e princípios básicos bem como da prática de acessar e coletar dados de forma rigorosa e apurado senso crítico. No eixo do desenvolvimento curricular, o papel docente, de preceptoria ou de tutoria deveria passar a ser de mediadores do conhecimento, estimulando o desenvolvimento do aluno para a conquista progressiva de sua autonomia, tornando-se sujeito no processo de ensino-aprendizagem (BATISTA; VILELA e BATISTA, 2015).

Em todo processo que envolve aprendizagem, o professor é o grande intermediador desse trabalho. Portanto, ao introduzir as metodologias ativas de ensino aprendizagem na prática docente, o professor torna-se mais reflexivo, dialógico, multiprofissional e competente para atuar nos processos de gestão e planejamento educacional em cenários de aprendizagens significativos e na intervenção em problemas demandados pelos ambientes de aprendizagem. (BERBEL, 1998 ; MITRE et al, 2008 ; BERBEL,2011; GEMIGNANI, 2012; XAVIER et al, 2014).

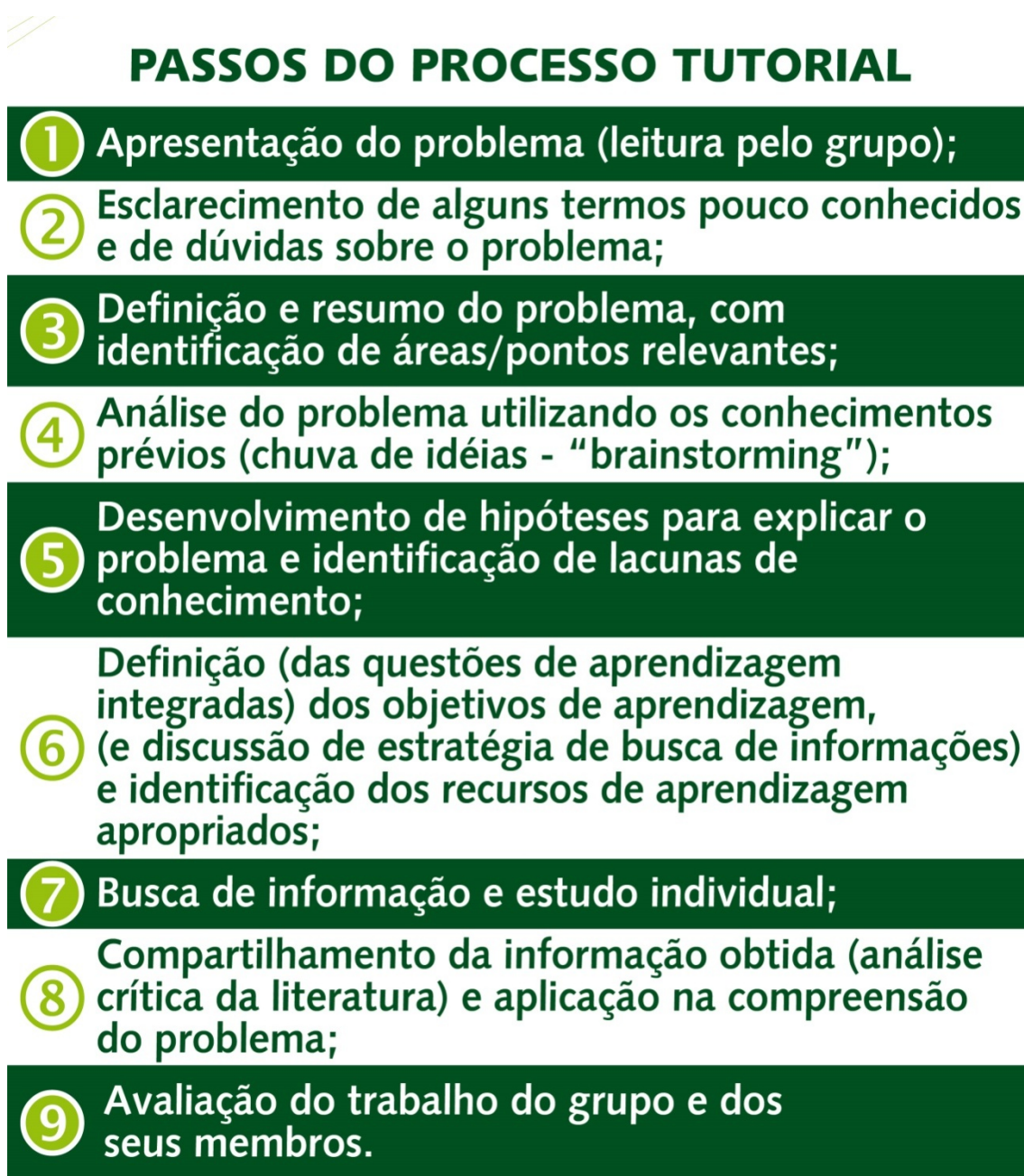
Como metodologia ativa de ensino aprendizagem, podemos inicialmente descrever o PBL (*problem based learning*) ou ABP (aprendizagem

baseada em problemas) que foi primeiramente instituído na Faculdade de Medicina da Universidade de Mc Master (Canadá), na década de 1960. No Brasil, as instituições pioneiras na implantação dessa modalidade de estrutura curricular foram a Faculdade de Medicina de Marília, em 1997, e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina em 1998. A filosofia pedagógica é o aprendizado centrado no aluno e tem como base o estudo de problemas minuciosamente construídos com a finalidade de fazer com que o aluno estude determinado conteúdo, gerenciando a própria aprendizagem. Segundo Tsuji e Silva (2010):

[...] aprende a pensar, a reconhecer as lacunas de conhecimento, a formular perguntas inteligentes, a proceder à busca de informações necessárias para responder as dúvidas, a analisar os trabalhos científicos quanto à validade, aplicabilidade e importância. (TSUJI; SILVA, 2010, p. 100)

Neste processo, os estudantes trabalham em pequenos grupos sob a orientação de um tutor que deve conhecer o processo tutorial para obedecer aos seguintes passos segundo Tsuji e Silva (2010, p 101-102):

Figura 1 - Passos do processo tutorial



TSUJI, H.; SILVA, R.H.A. Aprender e ensinar na escola vestida de branco. São Paulo: Phorte, 2010. p. 151-162.

O seguimento correto dos passos do processo tutorial é a base do processo ensino aprendizagem desta proposta pedagógica. É muito importante que o tutor ao receber um problema, tenha clareza dos objetivos a serem alcançados. Para tanto é necessário a construção de um *guia do tutor*. Neste guia, devem estar presentes as possibilidades de levantamento das questões de aprendizagem previstas. A construção dos problemas deve buscar a articulação básico-clínica e a integração das dimensões biopsicossociais. (TSUJI; SILVA, 2010).

Outro método pedagógico descrito como metodologia ativa de ensino aprendizagem é a Problematização. Esta teve início em 1980, na Universidade do Havaí (MITRE, 2008). Sua concepção pedagógica se fundamenta no aumento da capacidade do discente em participar como agente de transformação social. Esta metodologia é realizada utilizando o esquema de arco de Charles Maguerez. (BORDENAVE; PEREIRA, 2004). Seu desenvolvimento está dividido em cinco etapas conforme descreve Tsuji e Silva (2010):

- 1ª etapa - observação da realidade: é a realização da tarefa social, concreta, pelos alunos a partir de um tema ou unidade de estudo;
- 2ª etapa - identificação de pontos-chave: os estudantes são levados a refletir primeiramente sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo;
- 3ª etapa –teorização: estudo, investigação propriamente dita. Os estudantes se organizam tecnicamente para buscar as informações que necessitam sobre o problema, onde quer que elas se encontrem, dentro de cada ponto-chave já definido;
- 4ª etapa - hipóteses de solução: todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para os estudantes, crítica e criativamente, elaborarem as possíveis soluções;
- 5ª etapa - aplicação à realidade. (TSUJI; SILVA, 2010, p.182).

Tsuji e Silva (2010) adaptaram o arco de Maguerez para facilitar sua compreensão e utilização no curso médico:

Figura 2 - Problematização Ciclo Pedagógico



Tsuji H, Aguilar-Silva RH. Reflexões sobre o processo tutorial na aprendizagem baseada em problemas. Medicina OnLine – Revista Virtual de Medicina, 2001. www.medonline.com.br

“Através da utilização deste método, percebemos que os estudantes percorrem o caminho da ação - reflexão – ação como preconizado no currículo integrado e orientado por competência profissional.” (TSUJI; SILVA, 2010, p182).

Segundo Xavier (2014):

As bases teóricas da ABP se fundamentam na Teoria da Indagação de John Dewey, filósofo, psicólogo e educador norte-americano. Para ele, a aprendizagem parte de problemas ou situações que possam gerar dúvidas e proporcionar a descoberta, a reflexão, a experimentação e que permitam aos docentes a apresentação de conteúdos pragmáticos por meio de problemas ou questionamentos. Já a problematização tem como eixo básico a ação-reflexão-ação que conduz o processo e tem nos estudos de Paulo Freire, a sua origem, quando o professor permite ao aluno se perceber como ser inserido no mundo tentando responder a novos desafios. Os problemas que devem ser estudados partem de um cenário real e têm seu trabalho político-pedagógico marcado por uma postura crítica da educação. (XAVIER, 2014, p.77).

Apesar deste movimento de mudanças ocorrer há muito tempo, ao analisarmos as metodologias descritas pelas 257 escolas médicas em agosto de 2015, encontramos uma diversidade de termos e métodos que evidencia a falta de clareza do que sejam a aplicação ou utilização de uma metodologia ativa. Os termos usados para descrever suas metodologias foram: PBL, tradicional, não tradicional, híbrido, médico generalista, ativo, humanista científico e teórico, inter e multidisciplinar, tradicional generalista, saúde da comunidade, modular, módulo de objetivos, seriado, módulos específicos (ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2015). Com estes dados podemos imaginar as dificuldades que os docentes encontram em se apropriarem de uma metodologia clara e bem definida, se até mesmo os responsáveis pela construção curricular das escolas médicas pouco dominam o assunto.

A cada dia surgem novas exigências no contexto do ensino médico, alterando a convivência humana e levando muitas vezes a sentimentos de incertezas e provisoriedade. Este é um mundo dinâmico, em constante processo de mudanças e novas exigências demandadas por recentes descobertas e diferentes necessidades. Segundo Castro (2002, p.117) “as ações de ensino, em seus múltiplos aspectos e relações compartilhadas nos ambientes escolares, geram inquietações e ansiedades entre os professores”.

O docente formado a partir da metodologia tradicional de ensino passa a viver uma fase em que se exige um movimento de busca de conhecimentos básicos e saberes escolares específicos para a promoção de aprendizagem significativa junto aos estudantes. Este ambiente se reveste de complexas ações de

interação entre docente e aluno, entre os docentes e entre os docentes e outros elementos da realidade formativa (CASTRO, 2002).

3 RESILIÊNCIA E ESCOLA MÉDICA

3.1 Resiliência e a evolução do conceito

O desafio da pesquisa sobre resiliência é o reconhecimento de que este é um conceito ainda em construção. As pesquisas, ao longo do tempo, levaram a novas ideias e desafios nas interpretações a respeito da natureza da resiliência, impondo a revisão de ideias antigas (GROTBERG, 2005).

Tem sido um consenso na literatura brasileira que o conceito da resiliência foi originário a partir dos fundamentos da Física ou então que o termo “resiliência” foi “importado” dessa disciplina Yunes; Szymanski (2001), Junqueira; Deslandes (2003), Yunes (2003), Yunes; Mendes; Albuquerque (2005), Libório; Castro; Coêlho (2006), Assis; Pesce; Avanci, (2006), Poletto; Koller (2008).

A resiliência, em sua mais pura definição, tem como um dos seus precursores o cientista inglês Thomas Young que em 1807, considerando tensão e compressão, introduz pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade. Ele analisava experimentos sobre tensão e compressão de barras, tentando encontrar a relação entre a força que era aplicada num corpo e a deformação que ela produzia no mesmo (YUNES; SZYMANSKI, 2001). Salienta-se que os diferentes materiais apresentam diferentes níveis de resiliência.

Segundo Yunes e Szymanski (2001), a partir das pesquisas de Michael Rutter, Emily Werner, Ruth Smith, e ainda de importantes nomes como Norman Garmezy, Ann S. Masten, Suniya Luthar e outros, apontam que a questão da resiliência foi tomando corpo e surgiram várias concepções temáticas e conceituais que até os dias de hoje exercem uma forte influência no discurso científico tais como: risco, vulnerabilidade, estresse, *coping*, competência e proteção, os quais, para melhor compreensão do fenômeno da resiliência, merecem considerações especiais. As autoras salientam a cautela necessária para não se supor que o indivíduo deva possuir algo interno para ser considerado resiliente ou não resiliente.

O conceito de resiliência começou a ser estudado com maior interesse pela psiquiatria e pela psicologia do desenvolvimento no final da década de 1970, tentando compreender os processos que permitiam que determinadas pessoas submetidas a situações totalmente adversas de vida conseguissem superá-las com relativa competência (LIBÓRIO; CASTRO; COELHO, 2006). Segundo Infante (2005),

o desenvolvimento histórico do conceito de resiliência descreve por consenso entre os especialistas, de que existem duas gerações de pesquisadores. A primeira geração, nos anos de 1970, se preocupou em identificar os fatores de risco e de resiliência que influenciam no desenvolvimento de crianças que se adaptam positivamente, apesar de viverem em condições de adversidade. Segundo Infante:

No desenvolvimento histórico desta primeira geração, começa-se a ampliar o foco de pesquisa, que se desloca de um interesse em qualidades pessoais, que permitiriam superar a adversidade (como autoestima e autonomia) para um interesse maior em estudar os fatores externos aos indivíduos (nível socioeconômico, estrutura familiar, presença de um adulto próprio). (2005, p.24).

O estudo de Emily Werner e Ruth Smith (1992), que acompanhou 505 pessoas durante 32 anos em Kauai, no Havaí, foi um marco histórico desta primeira geração. Este estudo buscou identificar em um grupo de indivíduos acompanhados desde o período pré-natal até a sua fase adulta e que viviam em condições similares de adversidades, quais os fatores identificados naqueles que se adaptaram positivamente à sociedade.

A partir dos anos de 1990 a segunda geração de pesquisadores teve como foco compreender quais processos estava associado à adaptação positiva envolvendo os fatores individuais, familiares e sociais que são considerados as bases da adaptação resiliente. Esta geração agregou o estudo da dinâmica entre esses fatores. Autores como Rutter (1993) e Grotberg (1995) foram pioneiros na introdução da noção de dinâmica no construto resiliência da segunda geração. Bronfenbrenner (1996) identificou em seu estudo que a resiliência é composta de alguns fatores como esperança e otimismo, mesmo se estiver em um período de sofrimento. Grotberg (2005) considerando esta noção de dinâmica da resiliência utilizada em seu estudo PIR (Projeto Internacional da Resiliência) define que “a resiliência requer a interação de fatores resilientes advindos de três diferentes níveis: suporte social (eu tenho), habilidades (eu posso) e força interna (eu sou e eu estou)” (2005, p 16 – 17.)

Para essa geração de estudiosos, entre eles Luthar (1999) e Masten et al. (1999), a resiliência é compreendida como um processo dinâmico e as influências do ambiente e do indivíduo tem uma relação recíproca e, apesar da adversidade, permitem a pessoa se adaptar (LUTHAR; CICCHETTI; BECKER, 2000). A maioria desta geração de pesquisadores tem suas bases identificadas com o modelo

ecológico de Bronfenbrenner (1981). Desde o início da proposição de sua teoria, Bronfenbrenner (1996) considera importante para compreender o desenvolvimento humano, a existência de quatro níveis ambientais integrados: micro, meso, exo e macrosistemas. Esta perspectiva norteia o modelo ecológico-transacional determinado por diferentes níveis que interagem entre si. Os níveis que formam o marco ecológico são: o individual, o familiar, o comunitário e o cultural (INFANTE, 2005). Esta segunda geração de pesquisadores, conforme nos apresenta Infante, definiu três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência:

- a) a noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano;
- b) a adaptação positiva ou superação da adversidade;
- c) o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano.(2005, p. 26)

No estudo de Hiew (2000), estes pesquisadores das universidades de New Brunswick no Canadá e de Hiroshima no Japão, identificaram que as pessoas resilientes são capazes de enfrentar situações de adversidades controlando a expressão de sintomas negativos associados a essas situações, entre eles, a ansiedade, a raiva, a depressão e, paralelamente, ainda aumentarem sua criatividade e saúde mental. Luthar, Cicchetti e Becker (2000) relataram a observância de fatores como autoestima, autocontrole, independência e humor como atributos de pessoas resilientes.

Foram precursoras do termo resiliência na psicologia as palavras invencibilidade e invulnerabilidade. Mas, como ressaltou Michel Rutter (1993 apud YUNES; SZYMANSKI, 2001) o termo invulnerabilidade passa a ideia de resistência absoluta ao estresse, como se fossemos intocáveis e sem limites para suportar o sofrimento, o que se contrapõe aos estudos mais recentes que indicaram que a resiliência ou resistência ao estresse é relativa, podendo variar segundo as circunstâncias, cujas bases podem ser constitucionais ou ambientais.

As referências à resiliência vêm, em sua maioria, associadas à presença/ausência de risco. Segundo Rutter (1987 apud YUNES; SZYMANSKI, 2001), devem-se diferenciar mecanismos de risco de fatores de risco. Deve-se ter cuidado ao focar um evento isolado e atribuir-lhe a condição de adversidade, tanto no caso de um indivíduo quanto de um grupo. Faz-se necessária uma análise

critérioria dos processos ou mecanismos de risco para que se possa ter uma dimensão da diversidade de respostas, sobretudo quando se trata de riscos psicossociais ou socioculturais.

As pessoas reagem de maneiras particulares e diversas frente às situações estressoras. Alguns teóricos denominam *coping* esta reação peculiar de cada indivíduo para lidar com situações de crise ou de adversidade. (YUNES; SZYMANSKI, 2001). O conceito de *coping* costuma estar associado às expressões como: estratégias, estilos, recursos, habilidades. O indivíduo que desenvolve boas estratégias de *coping* consegue aliviar os aspectos negativos das situações de estresse e expressam a essência do conceito de competência. Segundo YUNES e SZYMANSKI (2001, p.34) uma pessoa dentro de determinada idade, cultura, sociedade e época que consegue ter sucesso em determinadas tarefas pode ser considerada competente.

Os pesquisadores da resiliência afirmam que a competência se manifesta durante a trajetória de um indivíduo mesmo com as experiências adversas quando sistemas de proteção entram em operação. Rutter (1985 apud YUNES; SZYMANSKI, 2001) conceitua: “fatores de proteção referem-se a influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação” (2002, p.37). Esses fatores de proteção, na ausência de estressores podem não se expressar sendo sua função alterar a resposta de um indivíduo em condições adversas, não em situações de desenvolvimento normal. Com o passar do tempo, os estudos passaram a considerar esses fatores como pertencentes a um “processo” ou a “mecanismos de proteção” (RUTTER, 1987). Segundo Yunes e Szymanski (2001), as pesquisas nesta área buscam evidenciar os processos que protegem os indivíduos dos mecanismos de risco. Segundo as autoras:

[...] a diferença entre mecanismos de risco e processos de proteção /vulnerabilidade reside no fato de que o risco leva o indivíduo a apresentar desordens de diversos níveis, enquanto proteção/vulnerabilidade operam indiretamente com seus efeitos, apenas quando houver interação com as variáveis de risco. (YUNES; SZYMANSKI, 2001, p. 32)

Tavares (2002) afirmou que “a resiliência é um conceito novo de uma realidade antiga” (2002, p.43) e, mais adiante, que “esta capacidade pode ser fortalecida com o desenvolvimento do autoconceito, da sua autoestima e, porventura de sua dimensão espiritual como abertura à esperança” (2002, p.46).

Posteriormente, Libório e Ungar (2010) trouxeram uma definição de resiliência a partir de importantes estudos focados nos adolescentes:

Primeiramente é a capacidade de os indivíduos navegarem por recursos que mantêm bem-estar; em segundo lugar é a capacidade dos ambientes físicos e sociais oferecerem tais recursos e em terceiro lugar, é a capacidade dos indivíduos, suas famílias e comunidades negociarem recursos culturalmente significativos a serem partilhados. É esse processo duplo de navegação através de recursos disponíveis, bem como a negociação por recursos a serem proporcionados de forma valorizada pelos adolescentes, envolvendo tanto o indivíduo e seus ambientes em um processo dinâmico, conduzindo a bem-estar. (2009, p. 483).

Grotberg (2005) ressalta que a resiliência tem sido reconhecida como aspecto importante na promoção e manutenção da saúde mental, podendo diminuir a intensidade do estresse e reduzir sinais emocionais negativos entre eles depressão, ansiedade e raiva. Portanto, “a resiliência é efetiva não apenas para enfrentar adversidades, mas também para a promoção da saúde mental e emocional” (GROTBORG, 2005, p. 19).

Ao contrário do que se possa pensar, é mais comum as pessoas se manterem saudáveis depois de passarem por situações difíceis, do que se desestruturarem. A possibilidade de manter o bom funcionamento após a exposição ao estresse não constitui uma exceção (BONANNO, 2004). Considera-se, portanto, que estudar a resiliência é importante para alcançar uma compreensão global das respostas humanas ao estresse e às adversidades.

Assis, Pesce e Avanci (2006) propõem a noção de “potencial de resiliência”, que poderia se desenvolver mais ou menos ao longo da vida do indivíduo. Os autores relataram que nos estudos iniciais sobre resiliência ela era concebida como um atributo pessoal de sucesso frente ao meio social, mas afirmaram que na evolução do conceito, a noção de resiliência estava ficando mais complexa envolvendo processos sociais dinâmicos e intrapsíquicos de risco e de proteção, considerando os eventos estressores e os fatores de proteção internos e externos do indivíduo em polos opostos: adversidade e proteção.

O conceito de resiliência parece ter encontrado hoje muitos adeptos no domínio social, comportamental e cognitivo tendo sido mais recentemente enriquecido no contato com a psicopatologia. Passou a tornar-se não um simples conceito, mas um modelo de compreensão do sujeito humano em todas as fases do seu desenvolvimento, na sua dimensão normal e patológica. É necessário

considerar a complexidade e a multiplicidade de fatores e variáveis envolvidos no estudo dos fenômenos humanos (LARANJEIRA, 2007).

Grotberg (2005) detalha oito enfoques e descobertas a partir do conceito de resiliência definindo o que acontece na área de desenvolvimento humano:

1. A resiliência está ligada ao desenvolvimento e ao crescimento humanos, incluindo diferenças etárias e de gênero.
2. Promover fatores de resiliência e ter condutas resilientes requerem diferentes estratégias.
3. Os níveis socioeconômicos e a resiliência não estão relacionados.
4. A resiliência é diferente dos fatores de risco e de proteção.
5. A resiliência pode ser medida; além disso, é parte da saúde mental e da qualidade de vida.
6. As diferenças culturais diminuem quando os adultos são capazes de valorizar ideias novas e efetivas para o desenvolvimento humano.
7. Prevenção e promoção são alguns conceitos relacionados à resiliência.
8. A resiliência é um Processo: há fatores de resiliência, comportamentos resilientes e resultados resilientes. (2005, p.15).

A resiliência envolve ambos os processos, os individuais que aumentam a sobrevivência, e os processos de proteção instigados por sistemas maiores para proporcionar oportunidades que possibilitem os indivíduos lidar sob estresse. (UNGAR; LIEBENBERG, 2011). A resiliência pode ajudar o indivíduo a se fortalecer para superar as dificuldades e violências vividas. Dentro desta perspectiva, a resiliência pode ser trabalhada e estimulada por qualquer grupo social ou instituição escolar, comunidades, profissionais e famílias. (FAJARDO; MINAYO; MOREIRA, 2010).

Poletti e Dobbs (2007 apud FAJARDO; MINAYO; MOREIRA, 2010) descreveram três aspectos de manifestação da resiliência:

- 1- em situações onde exista um grande risco provocado por acumulação de fatores de estresse e de tensão;
- 2 - quando a pessoa é capaz de conservar aptidões em face do perigo e seguir crescendo e se desenvolvendo;
- 3 - quando há cura de um ou vários traumas seguidos de sucessos na vida (2010, p.764).

Diante de todas estas considerações, pode-se concluir que a resiliência não é considerada um atributo que nasce com o indivíduo, mas sim uma qualidade que se estabelece a partir da relação da pessoa com o meio em que ela vive. Nesta

vertente Ungar (2011) argumenta que a resiliência pode se desenvolver mesmo quando fatores de risco são abundantes, devendo-se enfatizar o papel das ecologias sociais e físicas contribuindo para resultados positivos de desenvolvimento mesmo quando os indivíduos encontram quantidades significativas de stress.

3.2 Resiliência e Educação

Na sociedade contemporânea, o professor tem que desenvolver a capacidade de se libertar das antigas representações da escola e repensar o papel da educação. É pensar em reorientar o ser humano no mundo, é uma nova configuração de espaço e do tempo de aprender e ensinar, é reelaborar a cultura pessoal e profissional.

A resiliência na educação é um desafio, mas pode ser um grande trunfo no cumprimento de objetivos fundamentais para formar pessoas livres, responsáveis e sociáveis (FAJARDO; MINAYO; MOREIRA, 2010). Tavares (2002) ressalta que o desenvolvimento da resiliência não deve ocorrer através de mecanismos de defesa que possam tornar as pessoas insensíveis, passivas e conformadas. Mas, sim, que as tornem mais fortes e equipadas para contribuir de modo mais eficaz na transformação da sociedade em que vivem.

As práticas no contexto escolar sofrem influências de aspectos de resiliência dos indivíduos, que por sua vez, influenciam o enfrentamento das dificuldades para uma adaptação positiva de toda a comunidade escolar. A resiliência do docente se consolida com a valorização da importância de fortalecer uma atuação dialógica, crítica, ética, participativa e colaborativa, que lhe permita refletir sobre suas decisões, criando-se, assim, um ambiente com o suporte afetivo e emocional necessário para trabalhar (FAJARDO, MINAYO e MOREIRA, 2010).

Para que se possam desenvolver competências e estratégias que fortaleçam os indivíduos resilientes no ambiente educativo, torna-se essencial privilegiar o “aprender a aprender”, abrindo-se assim, um leque maior de mecanismos de proteção. Para contribuir na construção destes mecanismos de proteção, é pertinente expor as palavras de Assis, Pesce e Avanci (2006):

Clima dialógico na comunidade escolar; valorização dos estudantes como protagonistas; trabalho coletivo; autoridade escolar compartilhada, existindo uma evidente liderança dos diretores; planejamento participativo; rotinas e

atividades que vão além dos horários escolares; relação de afeto, respeito, diálogo e confiança entre os alunos, professores e gestores; participação da família e da comunidade nas atividades educacionais; ressignificação do espaço físico da escola; incremento da sociabilidade e construção do sentido de pertencimento; gestão inovadora, aberta e flexível às mudanças; administração eficiente; estabilidade de recursos financeiros fatores e materiais necessários às atividades. (ASSIS; PESCE; AVANCI 2006, p.78).

A resiliência pode ajudar o indivíduo a se fortalecer para superar as dificuldades e violências vividas. Dentro desta perspectiva, a resiliência pode ser trabalhada e estimulada por qualquer grupo social ou instituição escolar, comunidades, profissionais e famílias (FAJARDO; MINAYO ; MOREIRA, 2010). Ser resiliente, não significa não experimentar a dificuldade ou não sentir a dor e a aflição geradas por fatores adversos circunstanciais. O caminho da resiliência perpassa por considerável aflição emocional. Exatamente por se tratar de um grande sofrimento emocional é que o sujeito tem necessidade de apoio e suporte solidário de outras pessoas, seja dentro ou fora da família. (YUNES, 2003)

Quando se relaciona a resiliência à educação, pode-se descrever como “uma qualidade, uma capacidade de as pessoas pessoalmente ou em grupo resistirem a situações adversas sem perderem seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodarem e reequilibrarem constantemente”. (TAVARES, 2002, p.46). A formação docente, que nunca está concluída, pode ser caracterizada como um processo que deve evoluir ao longo do ciclo de vida do professor, e articula-se entre dois aspectos: a maturidade e a competência. Para que o docente se mantenha em constante processo de evolução, ele necessita se articular com referenciais teóricos que sustentem as mudanças nos respectivos domínios do saber evidenciando objetivos fundamentais para a construção de uma postura profissional com qualidade, e evidenciando sua competência educativa (SOUZA, 2008).

Portanto, segundo Souza (2008):

[...] para que seja possível fundamentar estratégias educacionais de implementação da competência educativa e da resiliência é importante identificar os fatores que promovem e protegem contra os efeitos adversos causados por situações de risco [...] Nesse sentido, torna-se imperioso compreender quais os fatores e, sobretudo, quais os processos e os mecanismos que estão por detrás desta invulnerabilidade aparente, pois só a partir desse conhecimento se poderá saber o que é necessário fazer para promover, em circunstâncias análogas, a resiliência (2008, p. 19).

Atualmente os indivíduos de modo geral, independentes de sua faixa etária têm estado frequentemente expostos às situações de mudança que causam muito estresse. Para que consigam se adaptar de forma saudável é necessária uma grande flexibilidade cognitiva que os possibilite conquistar novas competências.

Cabe destacar ainda as relações entre a resiliência e à docência em Medicina.

3.3 Resiliência e suas relações com a docência em medicina

Sabe-se que apesar do reconhecimento da necessidade de mudanças no ensino médico, a prática docente tem permanecido resistente às modificações. A desvalorização das atividades de ensino e a supremacia da pesquisa, a falta de identidade profissional do professor, a inadequação na formação pedagógica do professor de Medicina, a resistência docente às mudanças e o individualismo dos professores universitários contribuem para esta resistência (COSTA, 2005).

É necessário estimular o desenvolvimento permanente dos professores de Medicina, como instrumento de transformação desta prática. O Ensino Superior em saúde, de modo geral, e o ensino médico, em particular, têm sido, nas últimas décadas, alvos de profundas críticas. Em vários países tem crescido o questionamento sobre a capacidade dos cursos de Medicina em cumprirem as finalidades gerais de seus programas, que deveriam ser “desenvolver, no estudante, o potencial intelectual, a capacidade de análise, julgamento e avaliação crítica, a habilidade para resolver problemas, o raciocínio crítico, a abordagem criativa e inquiridora” (COSTA, 2005, p. 21).

Mas, a despeito da resistência, as Diretrizes Curriculares dos cursos da área de saúde e, em especial, dos cursos de medicina, vêm determinar as mudanças curriculares e pedagógicas necessárias à formação do profissional para uma abordagem integral do processo saúde-doença e, centrado na interprofissionalidade e no trabalho em equipe multidisciplinar.

3.4 Trajetória da implantação das metodologias ativas no curso médico participante deste estudo

O Curso de Medicina, objeto deste estudo, iniciou seu funcionamento em 08 de fevereiro de 1988, no interior do estado de São Paulo. Recebeu o reconhecimento do curso em 1993. Obteve renovação de reconhecimento em 2008 e 2014 e está autorizado a oferecer 220 vagas anuais conforme nota técnica da CGAR-CES/DIREG/SERES/MEC. Tem a sua graduação distribuída em 12 termos, com duas entradas anuais.

Embora desde 2000, esta Escola Médica viesse promovendo mudanças em sua estrutura curricular, ela sempre se manteve no método tradicional de ensino. A partir da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), instituída pela Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014, indicando no Capítulo III – Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina, em seu artigo 32, que “os cursos de Medicina do país devem utilizar Metodologias Ativas de Aprendizagem centradas no estudante, onde o professor terá o papel de mediador e facilitador do processo de ensino-aprendizagem”, várias mudanças passaram a ser implantadas pela instituição. Estas mudanças incluíram o uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem e alterações na estrutura curricular.

O currículo passou então a ficar assim estruturado:

Tabela 1 - Perfil de formação médica

**PERFIL DE FORMAÇÃO MÉDICA:
GENERALISTA - ÉTICA - HUMANÍSTICA**

ENSINO PESQUISA EXTENSÃO	11º e 12º Termos					
	UNIDADE DE APRENDIZAGEM: ESTÁGIO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO III		UNIDADE DE APRENDIZAGEM: ESTÁGIO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO IV			
	Clínica Médica 250 h	Clínica Cirúrgica 250 h	Saúde Coletiva 250 h	Ginecologia e Obstetrícia e Pediatría 260 h	Clínica Médica e Cirúrgica 260 h	Urgência e Emergência II 230 h
	INTERNATO / TUTORIA			INTERNATO / TUTORIA		
	9º e 10º Termos					
	UNIDADE DE APRENDIZAGEM: ESTÁGIO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO I		UNIDADE DE APRENDIZAGEM: ESTÁGIO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO II			
	Atenção Básica I 250 h	Saúde Mental 250 h	Urgência e Emergência I 250 h	Atenção Básica II 250 h	Ginecologia e Obstetrícia 250 h	Pediatría 250 h
	INTERNATO / TUTORIA			INTERNATO / TUTORIA		
	8º Termo					
	UNIDADE DE APRENDIZAGEM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE					
I Atenção Integral à Saúde da Criança TUTORIA		II Atenção Integral à Saúde da Mulher TUTORIA		III Atenção Integral à Saúde do Adulto e Idoso TUTORIA		
7º Termo						
UNIDADE DE APRENDIZAGEM APRESENTAÇÕES CLÍNICAS MÉDICAS E CIRURGICAS SEMANA INTEGRADORA						
6º Termo						
UNIDADE DE APRENDIZAGEM APRESENTAÇÕES CLÍNICAS MÉDICAS SEMANA INTEGRADORA						
P	P	SEM ANA I N T E G R A D O R A	UNIDADE DE APRENDIZAGEM ATAQUE E DEFESA II – 5º Termo			
A	P		UNIDADE DE APRENDIZAGEM ATAQUE E DEFESA I – 4º Termo			
P	M		UNIDADE DE APRENDIZAGEM MORFO FUNCIONAL II – 3º Termo			
P			UNIDADE DE APRENDIZAGEM MORFO FUNCIONAL I – 2º Termo			
			UNIDADE DE APRENDIZAGEM INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA MEDICINA – 1º Termo			

Fonte: Unidades de aprendizagem horizontais: PAPP – Programa de Aproximação Progressiva à Prática e PPM - Programa de Prática Médica.

A partir do segundo semestre de 2014, esta Faculdade de Medicina decidiu contemplar os iniciantes do curso (1º termo) com a introdução de metodologias ativas de ensino aprendizagem, lastreado no ensino da medicina baseada em problemas (em inglês PBL –*Problem Based Learning*) no início do primeiro termo. Consecutivamente, esta metodologia foi sendo implantada do primeiro ao sexto termo. Desde 2014, nos termos correspondentes ao internato a metodologia da problematização passou a ser desenvolvida com a instituição de tutorias semanais realizando o ciclo pedagógico.

Para o desenvolvimento do método PBL nos termos iniciais foi idealizada, então, a Semana Integradora, que são inserções de metodologia baseada em problemas em períodos pré-determinados em que os estudantes durante cinco dias, duas vezes no semestre, serão os autores da sua aprendizagem, contando com tutores (docentes) como facilitadores do processo e tendo à sua disposição a infraestrutura da Universidade. A Semana Integradora foi fundamentada e estruturada de acordo com o Ciclo Pedagógico proposto por Tsuji e Silva (2010). Para as atividades com pequenos grupos foram empregados os preceitos propostos por Pichon-Rivière (2009), utilizando a técnica de grupo operativo.

Os discentes são divididos aleatoriamente em grupos de no máximo 12 estudantes, que constituirão o grupo operativo para a discussão do caso-problema proposto, seguindo os passos do Processo Tutorial, mediados por docentes previamente instrumentalizados para conduzir a atividade. Os encontros dos grupos operativos são realizados em ambiente específico, destinado especialmente à tutoria. São pequenas salas climatizadas, com uma mesa de trabalho e cadeiras, quadro branco e painel com os passos do Processo Tutorial.

A abertura da Semana dá-se com a apresentação do grupo operativo (discentes e tutor) nas salas de tutoria, com a distribuição do cronograma de atividades práticas propostas para a semana e a leitura do caso problema, com identificação das lacunas de conhecimento, formulação de questões de aprendizagem, seguindo a Taxonomia de Bloom (TSUJI; SILVA, 2010), e levantamento de hipóteses sobre o caso. Os discentes são orientados a buscarem as respostas para as questões de aprendizagem formuladas no acervo da biblioteca e laboratórios de informática, em literatura científica. São oferecidos cenários práticos de apoio ao discente, como laboratórios de Anatomia, Histologia, Fisiologia,

Habilidades e Simulação, atividades de vivência (PAPP) e outras atividades práticas necessárias relacionadas ao caso em discussão.

Durante a Semana, é oferecida uma atividade lúdica ao estudante, representado pela sessão de cinema com filmes relacionados aos temas discutidos. A Semana Integradora conta, também, com uma conferência sobre o assunto, com a participação de profissionais renomados na sociedade civil e científica, em que os discentes podem esclarecer dúvidas e ampliar a visão sobre o tema abordado. O encerramento da atividade dá-se com a reunião do grupo operativo e tutor, com a discussão das respostas das questões de aprendizagem pesquisadas pelos discentes. O processo é finalizado com a auto avaliação dos discentes e tutor e avaliação dos discentes pelo tutor, cujo conceito varia de 0 a 1,0, compondo a nota bimestral de todas as disciplinas do termo.

No projeto pedagógico do curso (PPC) de Medicina deste estudo, os programas PAPP (Programa de Aproximação Progressiva à Prática) e PPM (Programa de Prática Médica) são desenvolvidos do modo horizontalizado do primeiro ao quinto termo, onde são tratados temas transversais de conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência e da pessoa com transtorno do Espectro Autista, educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura afro-brasileira e indígena, correlacionados com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

A política de educação ambiental também é foco de abordagem neste projeto pedagógico, sendo desenvolvida como uma prática educativa integrada, contínua e permanente em todos os níveis do programa. Destacando-se o respeito à autonomia da dinâmica da construção curricular, é desenvolvida como uma prática educativa integrada e interdisciplinar, contínua e permanente em todas as fases, etapas, níveis e modalidades.

O Programa de Aproximação Progressiva à Prática (PAPP) deste PPC, integra o estudante no serviço de Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família (ESF). Inicia-se o contato entre a academia e o serviço, reconhecendo as necessidades de saúde, condições de vida, autonomia e vínculo. O PAPP desenvolve uma parceria entre as Secretarias Municipais de Saúde de dois municípios, desenvolvendo teoria e prática como eixos básicos da aprendizagem, elaborando ações educativas nos serviços de saúde em diversos cenários.

Este programa é um dos componentes centrais da estrutura curricular do curso de Medicina, que visa articular a teoria e a prática na integração do curso ao meio social, local e regional, contribuindo, assim, para a construção da identidade profissional, possibilitando a articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão por se constituir como um dos eixos básicos deste Projeto Pedagógico do Curso (PPC).

O PAPP é desenvolvido do 1º ao 5º termos do curso de Medicina e, neste contexto, serão vivenciados quatro eixos, sendo eles: Saúde Individual, Saúde Coletiva, Processo de Trabalho em Saúde e Educação em Saúde. Cabe ao estudante de Medicina caracterizar os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). O discente deve reconhecer a dinâmica da rede de saúde dos municípios, refletindo e privilegiando o trabalho em equipe frente à complexidade das ações desenvolvidas durante as sucessivas aproximações com os cenários de prática, nas diferentes comunidades (ESF, visitas e acompanhamentos domiciliares, bem como demais recursos sociais). A experiência adquirida, ao vivenciar os problemas reais na comunidade, proporciona ao estudante desenvolver responsabilidades crescentes, compatíveis com o seu grau de autonomia, com base nos conteúdos das disciplinas para sua formação, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014.

O Programa de Prática Médica (PPM) consiste no aprendizado da propedêutica médica, favorecendo a capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, a capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado. Este programa passou a integrar o currículo de uma forma mais horizontal, distribuído do primeiro ao quinto termo, alinhando a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individuais e coletivos do processo saúde-doença e, também, no uso de tecnologias leves com aproximação às práticas médicas.

Seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais (2014), que indicam que a avaliação do processo ensino-aprendizagem deve ser planejada e executada, levando em consideração as suas diversas finalidades. Sendo assim, a verificação do conhecimento cognitivo e o domínio de habilidades psicomotoras e afetivas, também foram elementos repensados nos processos avaliativos desta escola médica. Os instrumentos adotados para avaliar os domínios devem fundamentar-se em modelos já validados e seguir padrões de formatos, visando à minimização de

vieses de julgamento, configurando um processo de aprendizagem e não um acerto de contas.

Segundo Tsuji e Silva (2010 p. 208), a avaliação, como parte integrante do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em Medicina deve ter caráter formativo, devendo ser concebida como diagnóstica, contínua, inclusiva e processual. Deve ainda priorizar os aspectos qualitativos sobre os quantitativos, considerando a verificação de competências, habilidades e atitudes. As duas principais modalidades de avaliação são: a avaliação normativa e a avaliação formativa. A primeira limitando-se à quantificação objetiva das habilidades e conhecimentos assimilados. Já a avaliação formativa admite um julgamento relacionado ao sucesso prático de uma ação de ensino, com vistas a identificar os conceitos assimilados. Nesta visão, uma avaliação deve ser feita por competências, ou seja, por sua capacidade em relação ao desempenho requerido podendo identificar as fortalezas e fragilidades do processo educativo e, assim, permitir correções. (TSUJI; SILVA, 2010).

Tendo a avaliação como uma proposta que se configura em um momento contínuo de aprendizagem permitindo aos alunos produzir, criar, superar ao máximo a pura reprodução, e ser capaz de intervir na sociedade de forma criativa, reflexiva e transformadora, este curso de Medicina introduziu mudanças em seus métodos de avaliação.

O OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) ou Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECO) é um método de avaliação das competências, habilidades e atitudes adquiridas pelos estudantes durante o processo de aprendizagem. O método foi criado na década de 1970, por Harden, no Reino Unido, na Universidade de Dundee e, a partir desse momento, tornou-se uma importante ferramenta para avaliar as habilidades clínicas, conhecimento, atitudes, comunicação e profissionalismo, sendo utilizado de forma consolidada nas escolas médicas em mais de 50 países. (FRANCO et al., 2015 p. 434). Atualmente, o OSCE figura entre os exames padrão ouro para avaliar objetivamente competências médicas, uma vez que não está restrito ao conhecimento, mas inclui a capacidade de exercê-lo. Este método possibilita a avaliação da anamnese, do exame físico, da interpretação de resultados clínicos e da comunicação efetiva.

O OSCE na Faculdade de Medicina estudada é estruturado com estações relacionadas a temas e habilidades previamente escolhidos pelos docentes

de cada área de conhecimento. As salas destinadas a cada estação são dotadas de espelho falso e equipamento de áudio que permitem o acompanhamento das ações do estudante pelo avaliador sem interferência direta. As informações referentes ao caso da estação e as tarefas solicitadas são fixadas na porta de entrada e nas mesas internas de cada estação.

Segundo Franco et al (2015), o tempo destinado ao desenvolvimento das atividades propostas em cada estação é de 7 minutos, sendo 1 minuto para a leitura do caso fixado fora da sala e 6 minutos para a realização das tarefas. Os tempos são informados por meio de sinal sonoro, sendo que o discente avaliado somente poderá entrar ou sair da sala após soar o alarme. O estudante terá 6 minutos para cumprir as tarefas que podem ser, por exemplo, conduzir uma história clínica; realizar um exame físico; realizar um procedimento que envolva uma habilidade prática; interpretar exames laboratoriais ou de imagem; fazer um diagnóstico e instituir o tratamento. Decorridos os 6 minutos, o avaliado deverá dirigir-se a outra estação, repetindo o mesmo processo. As estações com tarefas clínicas poderão utilizar pacientes padronizados (atores treinados para o caso), simuladores do laboratório de habilidades e estações híbridas (pacientes e simuladores ao mesmo tempo).

Nesta metodologia, Franco et al. (2015, p. 435) esclarece que o desempenho do estudante será verificado pelo docente avaliador por meio de um *checklist*, preparado pelo responsável pela área de conhecimento envolvida na estação. Este método de avaliação tem sido utilizado do primeiro ao décimo segundo termo, levando em conta o grau de autonomia e complexidade esperados para cada etapa do curso.

Durante o desenvolvimento dos estágios do Internato, os docentes podem se utilizar de diversas correntes e tendências pedagógicas. Nestes estágios é privilegiada a construção dos conhecimentos a partir da vivência de situações reais ou simuladas da prática profissional, estimulando as capacidades de análise crítica e reflexiva e o aprender a aprender. Para tanto, foram adotadas nesta Faculdade de Medicina, metodologias capazes de aperfeiçoar a reflexão crítica, a resolução de problemas, o preparo do discente cidadão e sua participação na construção de uma sociedade mais justa e equânime, através da intervenção sobre a realidade observada e vivida. Em todas as áreas são realizadas tutorias, onde o tutor acompanha 8 a 12 discentes. As tutorias são baseadas em metodologias

ativas, como Problematização, com a realização do processo denominado Ciclo Pedagógico, capaz de gerar um estado de autoconfiança e de autonomia, fortalecendo o entusiasmo e a motivação dos estudantes em uma fase importante do curso.

Todas estas mudanças foram implantadas acompanhadas de treinamentos e capacitação docente, mas não eximiram a insegurança e o medo do novo, para o qual a grande maioria dos docentes não se sentia preparada. A repercussão da implantação deste novo modelo de escola médica, determinada a partir da publicação das novas DCN's, levou ao questionamento de que as mudanças de metodologia de ensino deste curso de Medicina pudessem impactar a resiliência dos docentes e com isto, serem determinantes no processo de trabalho.

4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa transversal do tipo estudo de caso que buscou avaliar a resiliência do docente em um curso de graduação em medicina em processo de mudança metodológica. Verificando os níveis de resiliência no corpo docente procurou associar mudança metodológica e níveis de resiliência.

4.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 68 docentes do curso de Medicina de uma Universidade do interior do estado de São Paulo, sendo 44 do sexo feminino (64,7%) e 24 do sexo masculino (35,3%), com idades variando entre 28 e 77 anos (M = 46,79; DP = 10,05) e com tempo de docência variando entre 1 e 36 anos (M = 14,96; DP = 9,53). Em relação à titulação a maior parte da amostra foi composta por docentes que cursaram até o mestrado (n=27; 39,7%), seguidos por especialistas (n=21; 30,9%), doutores (n=19; 27,9%) e apenas uma pessoa tinha a graduação como titulação máxima (1,5%). Sobre o curso de graduação dos participantes, 48,5% (n=33) declararam ser formados em Medicina, 16,2% (n=11) em Enfermagem, 11,8% (n=8) em Farmácia, 10,3% (n=7) em Ciências Biológicas, 7,4% (n=5) em Odontologia, 2,9% (n=2) em Fisioterapia, 1,5% (n=1) em Ciências da Computação e 1,5% (n=1) em Pedagogia.

Também se buscou caracterizar os participantes em função do período formativo em que lecionam no curso de Medicina. A maioria (52,9%; n=36) declarou lecionar na etapa Básica (1º ao 8º semestre), seguidos por aqueles que lecionam na etapa Básica e no período de Internato (9º ao 12º semestre) com 29,4% dos participantes (n=20). A minoria declarou lecionar apenas para o Internato (17,6%; n=12).

4.2 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado foi a **Escala de Pilares de Resiliência: EPR** (Cardoso; Martins, 2013). Este instrumento está constituído por 11 fatores que reuniram 90 itens fundamentados em atributos pessoais da resiliência. Estes fatores

são: aceitação positiva de mudança (APM), autoconfiança (AC), autoeficácia (AE), bom humor (BH), controle emocional (CE), empatia (E), independência (I), orientação positiva para o futuro (OPF), reflexão (R), sociabilidade (S) e valores positivos (VP). A escala é autoaplicável. Os itens serão avaliados por meio da utilização de uma escala de Likert.

Esta escala foi construída a partir de uma pesquisa bibliográfica em uma série de estudos, relatos de construção de instrumentos para avaliar a resiliência, proposições de modelos teóricos e conceitos desenvolvidos por pesquisadores identificando atributos pessoais da resiliência. Para garantir a consistência dos fatores que compuseram a escala foram selecionados os atributos citados por cinco ou mais autores. Inicialmente foram identificados 15 atributos pessoais da resiliência e construídos 156 itens para representá-los. Após a análise de especialistas seis itens foram excluídos da escala tendo esta primeira etapa resultado na construção da Escala de Pilares da Resiliência com 150 itens subdivididos em 15 componentes relacionados aos atributos pessoais da resiliência.

Para verificação das propriedades psicométricas da EPR o instrumento foi aplicado em 833 pessoas atendendo aos critérios exigidos para realização de análises fatoriais de no mínimo cinco por item (Pasquali, 2012, apud Cardoso; Martins, 2013). Com o propósito de averiguar a evidência de validade baseada na estrutura interna da escala foram feitas várias análises. Primeiramente foram aplicados cálculos utilizando o método de Análise dos Componentes Principais (ACP) sem rotação. Para retenção dos componentes foi utilizado o parâmetro de *eigenvalues* (autovalores) iguais ou maiores que 1. Para análise da fatoração da matriz de dados foram analisados o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), o determinante da matriz de correlações e os resultados do teste de esfericidade de Bartlett. Novas análises foram realizadas pelo método de Fatoração dos Eixos Principais (PAF). Para analisar a matriz de correlação entre os fatores foram utilizados os métodos *Oblimin* e *Varimax*. Após verificação do diagrama de *scree plot* que forneceu uma análise visual do número de fatores acima do “cotovelo” chegou-se ao número de 11 fatores que seriam relevantes para composição da escala.

Entre os itens que compõem cada fator foi analisado o conteúdo semântico para averiguar se todos são adequados teoricamente para se manterem no fator. Foram então calculados os valores do alfa de *Crombach* deles para avaliar

se os valores melhorariam caso algum item fosse excluído. Ainda foi realizada uma análise detalhada da composição dos 11 fatores tendo-se chegado à exclusão de alguns itens e a escala final ficou composta de 90 itens em sua totalidade. A precisão do instrumento (consistência interna) foi calculada pelo método de alfa de *Crombach* aplicado em cada fator.

4.3 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (**CAAE 65157817.9.0000.5515**) iniciou-se o procedimento de recolha dos dados. Os participantes foram convidados individualmente a responder a escala, situação na qual foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A seleção dos participantes foi aleatória buscando contemplar docentes de todos os períodos do curso, incluindo o internato, com tempo de docência variado e de diferentes graduações universitárias. Aos docentes que aceitaram participar foi entregue um envelope numerado contendo o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a escala EPR e um adesivo para lacrar o envelope garantindo, assim, o sigilo. Os envelopes foram devolvidos na secretaria da faculdade, na secretaria do internato no Hospital de Ensino e alguns foram entregues e recolhidos em consultórios devido à característica da atividade do docente no Hospital que não permitia a circulação deste material durante seu horário de trabalho. O tempo de devolutiva do envelope contendo a escala EPR preenchida variou de 2 horas a 45 dias. Dos 75 participantes, apenas 7 não responderam, e apenas 1 que respondeu sentiu necessidade de se justificar tendo ficado preocupado como seria sua pontuação.

Em relação aos procedimentos de análise, cabe esclarecer que os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v.21 com estatísticas descritivas para caracterização da amostra e das médias dos participantes nos instrumentos. Posteriormente, ocorreram as estatísticas inferenciais com teste t de Student, ANOVA, Prova de Tukey e Correlação de Pearson entre os fatores dos instrumentos e variáveis sociodemográficas. Para interpretação dos dados de correlações foram utilizados os parâmetros de Dancey e Reid (2006) no qual coeficientes de correlação com valor 0

são considerados nulos, entre 0,10 e 0,30 fracos, a partir de 0,40 e até 0,60 moderados, de 0,70 a 0,90 fortes e correlações de 1 são perfeitas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente os resultados evidenciam a prevalência de docentes do sexo feminino. A tendência consistente de feminização da medicina no Brasil, que segundo Scheffer e Cassenote (2013, p. 269) vem sendo observada ao longo das últimas décadas e que se acentuou recentemente, pode já estar repercutindo também nas escolas médicas. O número de mulheres formadas vem aumentando a cada ano e a partir de 2009 ocorreu uma inversão, passando a apresentar uma prevalência de mulheres formandas nos cursos médicos.

Neste estudo foram empregadas estatísticas descritivas para caracterização da amostra. Na sequência buscou-se verificar a distribuição de respostas nos fatores do instrumento. Nesse sentido, realizaram-se estatísticas descritivas das pontuações dos participantes no instrumento sendo que os resultados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Estatística descritiva das pontuações nos fatores da Escala de Pilares de Resiliência

Pilares	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Aceitação positiva de mudança	68	10	55	17,40	5,085
Autoconfiança	68	41	61	51,26	5,054
Autoeficácia	68	48	87	72,62	6,943
Bom Humor	68	11	23	17,94	3,012
Controle emocional	68	32	62	47,65	6,902
Empatia	68	11	20	16,01	2,175
Independência	68	9	19	15,06	2,574
Orientação positiva para o futuro	68	15	55	47,12	6,107
Reflexão	68	22	35	30,12	2,847
Sociabilidade	68	10	20	17,65	2,050
Valores positivos	68	23	30	28,41	1,797

Fonte: EPR – Escala dos Pilares de Resiliência, Cardoso e Martins (2013)

A maior média encontrada foi no pilar Autoeficácia (72,62) indicando que estes docentes acreditam em suas próprias capacidades. Segundo Bandura (2009, p.180) o indivíduo pode ser agente de seu autodesenvolvimento, adaptação e

mudança, influenciando o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. Este autor afirma que o homem pode auto ativar suas reações e estímulos, não sendo totalmente influenciado pelo meio.

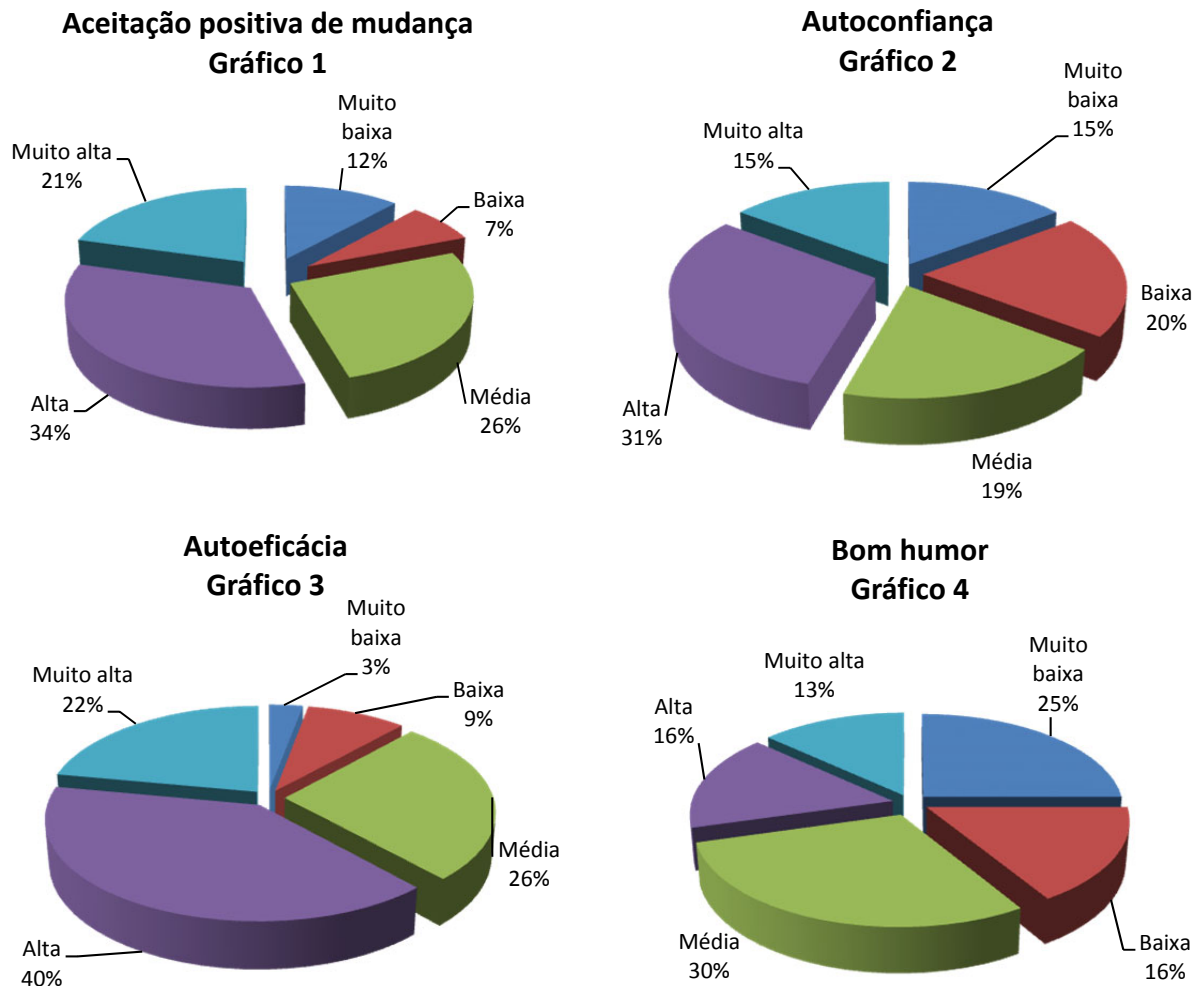
A autoeficácia percebida é definida como a crenças das pessoas sobre sua capacidade de alcançar níveis de desempenho que exercem influência sobre eventos que afetam suas vidas. Tais crenças produzem estes efeitos através de quatro processos principais: cognitivos, motivacionais, afetivos e seletivos. (BANDURA, 1994, p. 2). Um forte senso de eficácia aumenta a realização humana e o bem-estar pessoal.

Este achado pode indicar que estes docentes por acreditarem em suas capacidades, podem abordar tarefas difíceis como desafios a serem dominados e não como ameaças a serem evitadas. Neste momento de mudanças tão significativas, este dado pode representar uma fortaleza neste corpo docente.

A seguir encontramos três pilares com médias próximas de 50 o que corresponde a escores médios: Autoconfiança (51,26), Controle Emocional (47,65) e Orientação Positiva para o Futuro. Segundo Cardoso e Martins (2013) escores médios de autoconfiança estão relacionados a indivíduos que assumem responsabilidades e cumprem tarefas, mas sem muita convicção das propostas. Em relação ao pilar Controle Emocional, um escore médio indica que estes indivíduos na maioria das vezes demonstram controle sobre suas emoções, e que nos momentos em que ficam vulneráveis, esforçam-se para contornar a situação. Cardoso e Martins (2013) descrevem o pilar Orientação Positiva para o Futuro referindo-se à pessoa que pensa positivamente em relação aos acontecimentos de sua vida, demonstrando ter objetivos claros e que luta para concretizá-los por acreditar em sua conquista. Escores médios neste pilar indicam que estes indivíduos se mantêm mais otimistas em algumas situações do que em outras, podendo perder a crença em resultados positivos se a adversidade for demasiada. Apesar destes pilares demonstrarem certa vulnerabilidade dos docentes, a crença em sua autoeficácia e o fato de terem permanecido durante todo o processo de mudança, indica que estes indivíduos conseguiram conduzir positivamente certas fragilidades.

Na sequência, buscou-se caracterizar os níveis de classificação dos participantes de acordo com os parâmetros normativos do instrumento. Os resultados são apresentados nos Gráficos 1 a 11.

Figura 3 - Gráficos 1 a 4: Classificação dos participantes nos pilares Aceitação positiva de mudança, Autoconfiança, Autoeficácia e Bom Humor



Fonte: EPR – Escala dos Pilares de Resiliência, Cardoso e Martins (2013).

O pilar aceitação positiva de mudança (APM), demonstrado no **gráfico 1**, refere-se a pessoa que acredita que os acontecimentos são oportunidades de crescimento em sua vida, e que as adversidades enfrentadas trazem esta possibilidade. (MARTINS; SIQUEIRA; EMÍLIO, 2010 apud CARDOSO; MARTINS, 2013). Os resultados evidenciam o predomínio de um escore alto e muito alto perfazendo 55%, mas 45% de escores médio, baixo e muito baixo indica que há uma resistência a situações novas, podendo dificultar uma boa adaptação a

mudanças, principalmente em situações adversas que podem alterar sua rotina. (CARDOSO; MARTINS, 2013). Encarar mudanças e dificuldades como oportunidades é o que pode ser identificado como aceitação positiva de mudança. Estes indivíduos podem ter dificuldades para se adaptar ao novo, ao desconhecido por dificuldades de aceitação. Costa (2005) em sua pesquisa etnográfica sobre a formação e prática do professor de Medicina relata que apesar do discurso de aceitação e envolvimento com as mudanças pedagógicas, o uso metodologias que se afastem do modelo tradicional, ainda estão pouco presentes, evidenciando um envolvimento parcial nas mudanças.

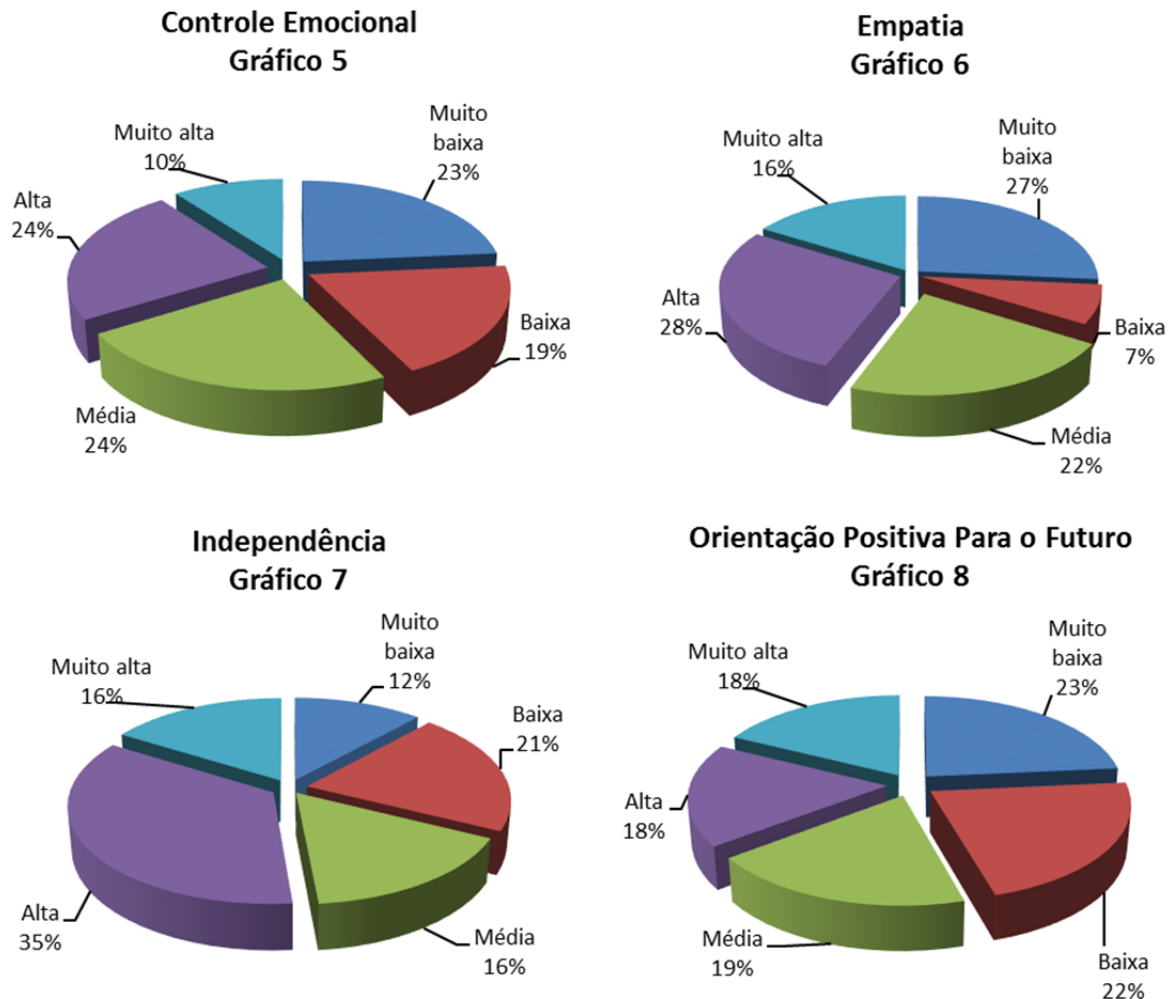
O **gráfico 2** corresponde aos resultados do pilar autoconfiança (A). O conceito de autoconfiança se refere à pessoa que acredita em sua condição de se colocar diante de qualquer situação de forma ativa, com postura forte e confiante, com segurança sobre si mesma. Uma pessoa autoconfiante tem convicção de suas ideias e pensamentos e não se abate diante de críticas, conseguindo defender seu ponto de vista. (CARDOSO; MARTINS, 2013). Neste estudo encontrou-se predomínio de escores médios, baixos e muito baixos perfazendo 54% da amostra, indicando que há insegurança quanto a sua capacidade de cumprir as tarefas com responsabilidade e compromisso. Indivíduos com estes escores podem alternar momentos de maior e menor segurança, e nem sempre acreditam em sua capacidade de resolver problemas, podendo se referir tanto a sua vida pessoal quanto profissional. (SOUZA ; PALÁCIOS, 2007).

O fator autoeficácia (AE) evidenciado no **gráfico 3**, pode ser entendido como a crença em seu poder de chegar ao resultado esperado. Relaciona-se com a percepção do indivíduo sobre suas capacidades. Alguns estudos sobre a autoeficácia identificaram que uma percepção de autoeficácia alta nos indivíduos os conduz a planejar metas mais ambiciosas e a comprometer-se mais para alcançar essas metas. (CARDOSO; MARTINS, 2013). Assim, sujeitos com maiores escores neste pilar acreditam em sua capacidade de colocar os planos em prática e solucionar problemas e desafios de forma criativa. Para Bandura (1994), sujeitos com boa percepção de auto-eficácia experimentam menos estresse em situações que demandam mais esforço pessoal. Eles adquirem a motivação e a persistência para alcançar um objetivo, através de dois processos: os motivacionais, projetados pelo esforço e perseverança, identificáveis na conduta, e pelos mecanismos de

enfrentamento, no manejo da ansiedade e do stress perante algumas situações. (BARREIRA; NAKAMURA, 2006). Neste estudo encontrou-se escores de autoeficácia alta e muito alta com valor de 62%, indicando que os docentes acreditam em sua capacidade de alcançarem suas metas, seja pelo esforço ou por perseverança.

O pilar humor (H), delineado no **gráfico 4**, como fator promotor de resiliência tem sido descrito por alguns pesquisadores: Canelas (2004), Melillo; Ojeda (2005) e Rodriguez (2005). O humor proporciona uma descarga emocional que permite ao indivíduo enxergar a vida de forma otimista. Possibilita aceitar o que não se pode mudar. (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008), Melillo; Ojeda (2005) descreve como a possibilidade de se distanciar do problema liberando o pensamento crítico para encontrar respostas originais. A criatividade envolvida no humor contribui para o desenvolvimento da resiliência (RODRIGUEZ, 2005). Segundo a escala utilizada, um escore médio de humor indica que na maioria das situações o indivíduo lida de forma bem-humorada leve e otimista. Os escores encontrados neste estudo indicam 41% de humor baixo e muito baixo indicando que a maioria dos indivíduos não conta com o bom humor como estratégia de enfrentamento e desenvolvimento de resiliência.

Figura 4 - Gráficos 5 a 8 - Classificação dos participantes nos pilares: Controle Emocional, Empatia, Independência, Orientação Positiva Para o Futuro



Fonte: EPR – Escala dos Pilares de Resiliência, Cardoso e Martins (2013)

O indivíduo que apresenta controle emocional (CE) é o que não se apresenta imprevisível, ou seja, consegue controlar a expressão de seus sentimentos de uma maneira adequada. Pode-se falar da capacidade de regulação emocional como a possibilidade de permitir a expressão adequada das emoções sejam elas positivas ou negativas. (REIVICH; SHATTÉ, 2002, apud CARDOSO; MARTINS, 2013).

Piletti (2004, p. 83) afirma que “o professor não é neutro, sem sentimentos, frio e distante. É uma pessoa e, como tal, tem sentimentos, simpatias,

antipatias, amor, ódio, medo, timidez, etc.”. No entanto, não é conveniente deixar que as emoções afetem seus comportamentos.

Pessoas com alto escore de controle emocional são descritas como as que não permitem que problemas externos ou conflitos interfiram em seu modo de sentir ou agir mantendo o equilíbrio interno. E as pessoas com escores médios podem eventualmente se deixar influenciar por sentimentos negativos, mas precisam de certo esforço para contornar a situação. (CARDOSO e MARTINS, 2013). Neste estudo, conforme demonstrado no **gráfico 5**, os escores somados de controle emocional muito alto e alto somaram 34% indicando que estes docentes demonstram ter controle emocional, mesmo que sofram influências eventuais, no entanto o total encontrado de 66% com controle emocional comprometido mais do que eventualmente pode ser preocupante em um ambiente educativo.

Weisinger (1997) aponta que as emoções alteram a percepção dos fatos bloqueando o raciocínio, podendo levar o indivíduo a agir de forma ineficaz e, muitas vezes, prejudicial. Pessoas com rebaixamento neste quesito afundam constantemente em sentimentos de incerteza, enquanto aquelas com melhor controle emocional tendem a recuperar-se mais rapidamente dos revezes e contratempos da vida. (GOLEMAN, 1995).

A empatia (E) é definida como uma resposta emocional que deriva da percepção do estado ou condição de outra pessoa, sendo congruente com essa situação. (EISENBERG; STRAYER, 1987, apud CECCONELLO; KOLLER, 2000). Empatia consiste em compartilhar uma emoção percebida de outra pessoa, sentindo a mesma emoção que ela está sentindo, sem que necessariamente ela o diga. No **gráfico 6**, apenas 44% dos escores indicaram capacidade muito alta e alta de perceber o estado emocional do outro e compreender as razões que a levam a esses sentimentos por meio de da observação e interpretação de comportamento, expressões faciais, postura corporal, tom de voz, etc.

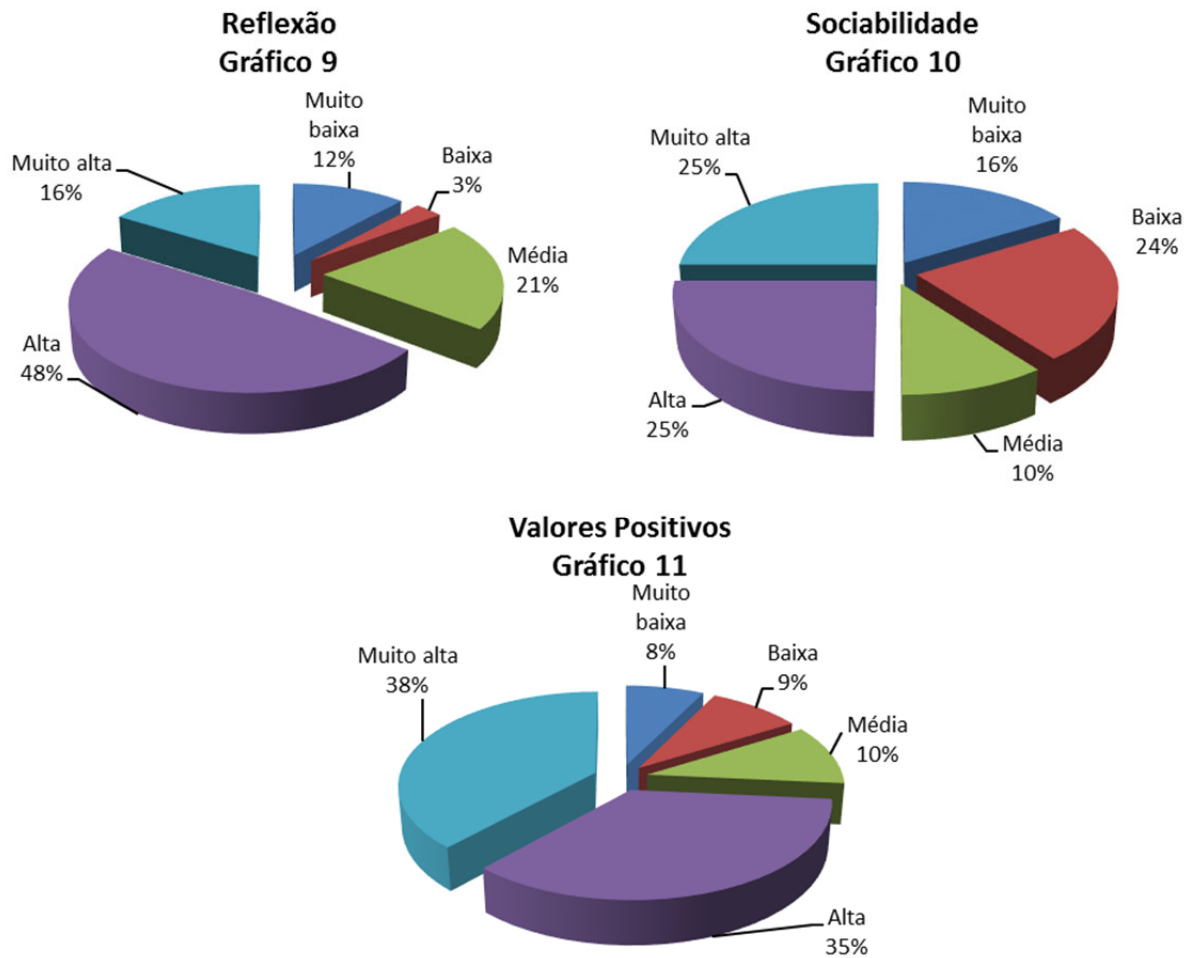
Goleman e Senge (2015) descrevem que existem três tipos principais de empatia: a cognitiva, que permite compreender como as outras pessoas percebem o mundo e como pensam a respeito dele; a emocional, que proporciona uma percepção interior de como as outras pessoas se sentem e suas emoções do momento; e a preocupação empática, que é quando a pessoa se volta para ajudar a outra. A preocupação empática é essencial para proporcionar um bom ambiente para o aprendizado do aluno. (GOLEMAN; SENGE, 2015) Os valores encontrados

neste pilar podem ser preocupantes neste momento de mudanças para um currículo da integralidade.

O fator independência (I) refere-se à “habilidade de participar da vida econômica e social e decidir o que deseja fazer com seus recursos, sem a ajuda de terceiros”. (CARDOSO e MARTINS, 2013). Os resultados demonstraram no **gráfico 7** que os indivíduos da amostra apresentaram 51% de valores alto e muito alto neste pilar. Este resultado quer dizer que estas pessoas são capazes de buscar seus próprios recursos para tomar suas decisões ou resolver seus problemas.

No **gráfico 8**, os resultados do fator orientação positiva para o futuro (OPF) referem-se ao indivíduo que antevê positivamente os acontecimentos que envolvem sua vida nos contextos pessoais, sociais, familiares, profissionais e que estabelecem meios objetivos para alcançá-los. A somatória dos escores muito alto e alto correspondem a 36%. Neste fator, um escore médio significa que em algumas situações o indivíduo pode perder a crença de que seus esforços trarão resultados positivos (CARDOSO e MARTINS, 2013). Este resultado aponta para prevalência da dificuldade de manter a positividade diante de eventos negativos ou adversos nos sujeitos pesquisados. Esta prevalência pode ser uma fragilidade se analisada de modo isolado neste momento de mudanças.

Figura 5 - Gráficos 9 a 11 - Classificação dos participantes nos pilares: Reflexão, Sociabilidade, Valores Positivos.



Fonte: EPR – Escala dos Pilares de Resiliência, Cardoso e Martins (2013).

O ser humano tem a capacidade de se perceber vivo por meio do pensamento crítico, de questionamentos que expressam suas reflexões. Esta capacidade permite ao indivíduo nascer existencialmente e expressar sua surpresa e perplexidade diante da vida. (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008). Ao formular respostas a estes questionamentos com base na reflexão e na ação, a pessoa vai configurando sua existência. No **gráfico 9** o fator reflexão (R) apresentou escores de 64% na somatória de muito alto e alto. Este resultado evidencia uma grande capacidade de reflexão exaltando a particularidade de decidir o que vai se tornar.

Escolher a melhor solução levando em consideração as consequências de seus atos.

Esta questão mostra-se essencial na reflexão sobre as experiências vividas. (CARDOSO; MARTINS, 2013).

A possibilidade de contar com altos escores no pilar reflexão neste estudo pode evidenciar docentes capazes de agir sem tomar decisões precipitadas levando em conta seus atos e consequências, sempre buscando a utilização da inteligência crítica.

O **gráfico 10** exhibe os resultados do fator sociabilidade (S), que está ligada ao bom relacionamento interpessoal. Quem tem esta característica consegue criar vínculos com as outras pessoas. Quem desenvolve a sociabilidade apoia a equipe e é apoiado por ela. Nunes (2007) em seu trabalho, afirma que a socialização é um componente da personalidade que descreve a qualidade das relações interpessoais dos indivíduos. Este fator relaciona-se aos tipos de interações que uma pessoa apresenta ao longo de um contínuo que se estende da compaixão ao antagonismo. Pessoas com altos escores em socialização tendem a ser generosas, bondosas, afáveis, prestativas e altruístas. Indivíduos com baixos escores em Socialização tendem a ser pessoas cínicas, não cooperativas e irritáveis, podendo também ser pessoas manipuladoras e vingativas. (NUNES, 2007). Esta pesquisa trouxe como resultado que no pilar sociabilidade 50% de escores estão muito alto e alto. Portanto, metade da amostra tem como atributo pessoal a sociabilidade bastante fortalecida, e a outra metade pode não sentir necessidade de estar envolvida com outras pessoas, ou ainda apresentar dificuldades para interagir, mesmo em situações em que precise de ajuda.

O fator valores positivos (VP) está diretamente relacionado com o princípio de moralidade descrito por Melillo, Estamatti e Cuestas (2005). As pessoas que seguem seus valores e princípios acabam sendo mais resilientes. Não se trata de qual valor a pessoa tem e, sim, da importância que ela dá a eles. Cada um tem seus próprios valores, ter essa orientação é que é muito importante, pois as pessoas que se comprometem com valores positivos, buscam estender seu anseio de uma vida pessoal satisfatória a toda humanidade. No **gráfico11**, identificamos que 73% dos escores estão altos e muito altos refletindo que nossa amostra se compõe de pessoas bem-intencionadas, honestas que preferem viver com dignidade

procurando estender seus princípios às pessoas de seu convívio. (CARDOSO; MARTINS, 2013).

Na sequência, buscou-se verificar diferenças nas médias das respostas em função das variáveis sociodemográficas. Inicialmente realizou-se a comparação entre os sexos por meio do teste t de Student, sendo que foram encontrados resultados com significância estatística em apenas um pilar.

Tabela 3 - Diferenças de médias nos pilares de resiliência em função do sexo dos participantes

Pilares	Sexo	N	t	P	M	DP
Aceitação positiva de mudança	Feminino	44	-0,370	0,71	17,23	1,891
	Masculino	24			17,71	8,275
Autoconfiança	Feminino	44	0,018	0,98	51,27	4,732
	Masculino	24			51,25	5,705
Autoeficácia	Feminino	44	-0,115	0,90	72,55	7,699
	Masculino	24			72,75	5,439
Bom humor	Feminino	44	0,721	0,47	18,14	3,070
	Masculino	24			17,58	2,933
Controle emocional	Feminino	44	-0,419	0,67	47,39	7,196
	Masculino	24			48,13	6,449
Empatia	Feminino	44	1,698	0,09	16,34	2,188
	Masculino	24			15,42	2,062
Independência	Feminino	44	1,127	0,26	15,32	2,390
	Masculino	24			14,58	2,873
Orientação positiva para o futuro	Feminino	44	0,780	0,43	47,55	6,642
	Masculino	24			46,33	5,019
Reflexão	Feminino	44	1,607	0,11	30,52	2,816
	Masculino	24			29,38	2,810
Sociabilidade	Feminino	44	4,229	0,00	18,34	1,539
	Masculino	24			16,38	2,281
Valores positivos	Feminino	44	1,701	0,09	28,68	1,695
	Masculino	24			27,92	1,909

Fonte: EPR – Escala dos Pilares de Resiliência, Cardoso e Martins (2013).

Conforme visto na Tabela 3, apenas no pilar Sociabilidade houve diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, sendo que as mulheres obtiveram maiores médias quando comparadas com os homens.

Em seguida, buscou-se verificar diferenças em função do período de formação que os professores lecionam. Nesse sentido, realizou-se Análise de Variância (ANOVA) e Prova de Tukey e apenas em um pilar foram encontrados resultados significativos, tal como apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - ANOVA e Prova de Tukey para comparação entre período do curso que lecionam e os pilares de resiliência

	F	G	N	Período da formação	Subconjuntos
Independência	0,301	2	20	Básico e Internato	14,90
			36	Básico	14,97
			12	Internato	15,58

Fonte: EPR – Escala dos Pilares de Resiliência, Cardoso e Martins (2013). ^{p<0,05}

O pilar Independência foi o único que diferenciou significativamente os participantes ao considerar o período de formação em que lecionam. Os resultados indicam que docentes exclusivamente do Internato obtiveram maiores médias quando comparados com os demais, porém, não houve diferenciação com formação de subconjuntos. Pode-se inferir que no ciclo básico os docentes têm menos possibilidade de fazer proposições curriculares. Estão atrelados de maneira mais formal as propostas metodológicas e conteúdos determinados pelas matrizes curriculares. Já no período do internato o docente tem um pouco mais de independência para conduzir sua ação educativa já que é um período de aprendizado em serviço. Apesar de também estar alinhado a uma proposta metodológica e curricular próprias desta etapa do curso.

Em seguida foram gerados três quartis para a idade dos participantes e para o tempo de docência e realizou-se ANOVA e Prova de Tukey para verificar diferenças. Em relação ao tempo de docência não foram encontradas diferenças com significância estatística. Ao considerar a idade dos participantes, houve diferenciação para o pilar Empatia, sendo que os resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - ANOVA e Prova de Tukey para comparação entre idade e os pilares de resiliência

Pilar	F	G I	N	Idade	Subconjuntos	
					1	2
Empatia	0,301	2	18	Acima de 53 anos	14,89	
			33	Entre 38 e 53 anos	16,35	16,35
			17	Até 38 anos		16,53

Fonte: EPR – Escala dos Pilares de Resiliência, Cardoso e Martins (2013). $p < 0,05$

Os resultados indicaram que para o pilar Empatia houve diferenciação em função da idade com formação de subconjuntos, sendo que os participantes mais novos obtiveram as maiores médias quando comparados com os demais e os participantes mais velhos obtiveram as menores médias. Podemos trazer como inferência o fato de que foram encontrados docentes com idade elevada e que estão há muitos anos exercendo a atividade docente. Os docentes com mais idade percorreram um longo período de docência na metodologia tradicional. Neste modelo, o distanciamento formal na relação médico-paciente também se estendeu à relação professor-aluno, restando ao professor um papel de depositário do conhecimento. O estudante estava destinado a ser um receptor passivo e desta forma necessitando pouco da percepção empática.

Na sequência buscou-se verificar diferenças entre participantes com formação em Medicina e os das outras profissões e os resultados são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Diferenças de médias nos pilares de resiliência em função da área de graduação

	Sexo	N	t	p	M	DP
Aceitação positiva de mudança	Outros	35	-1,638	0,1	16,43	2,227
	Médicos	33		0	18,42	6,838
Autoconfiança	Outros	35	-2,344	0,0	49,91	4,395
	Médicos	33		2	52,70	5,371
Autoeficácia	Outros	35	-1,650	0,1	71,29	7,773
	Médicos	33		0	74,03	5,780
Bom humor	Outros	35	0,165	0,8	18,00	2,818
	Médicos	33		7	17,88	3,248
Controle emocional	Outros	35	-1,514	0,1	46,43	7,138
	Médicos	33		3	48,94	6,500
Empatia	Outros	35	-0,057	0,9	16,00	2,156
	Médicos	33		5	16,03	2,229
Independência	Outros	35	-0,193	0,8	15,00	2,601
	Médicos	33		4	15,12	2,583
Orientação positiva para o futuro	Outros	35	-0,044	0,9	47,09	4,990
	Médicos	33		6	47,15	7,186
Reflexão	Outros	35	0,075	0,9	30,14	3,173
	Médicos	33		4	30,09	2,505
Sociabilidade	Outros	35	-0,323	0,7	17,69	1,937
	Médicos	33		4	17,61	2,193
Valores positivos	Outros	35	-0,323	0,7	28,34	1,939
	Médicos	33		4	28,48	1,661

Fonte: EPR – Escala dos Pilares de Resiliência, Cardoso e Martins (2013).

Conforme os resultados da Tabela 6, apenas no pilar Autoconfiança houve diferenciação com significância estatística, sendo que os médicos se diferenciaram dos demais obtendo maiores médias. Esse resultado sugere que médicos possuem percepções de si mais positivas em relação à capacidade de se valorizar frente aos outros, ter maior senso de confiança para fazer suas escolhas mesmo que sofram críticas em detrimentos dos demais profissionais.

Por fim, foram realizadas Correlações de Pearson entre os pilares de resiliência, tal como mostrado na Tabela 7.

Tabela 7 - Correlações entre os pilares de resiliência

	APM	AC	AE	BH	CE	EMP	IND	OPF	REF	SOC	VP
APM	1										
AC	0,22	1									
AE	0,16	0,26*	1								
BH	0,04	0,14	0,29*	1							
CE	0,05	0,38**	0,25*	0,60**	1						
EMP	0,10	0,13	0,09	0,07	0,08	1					
IND	0,07	0,19	0,07	0,09	0,12	0,18	1				
OPF	0,15	0,21	0,30*	-0,00	0,16	0,29*	0,27*	1			
REF	0,20	0,11	0,32**	0,20	0,31**	0,27*	0,25*	0,19	1		
SOC	0,18	0,08	0,36**	0,36**	0,30*	0,11	0,06	0,12	0,51**	1	
VP	0,25*	0,13	0,33**	0,06	0,14	0,24*	0,30*	0,51**	0,46**	0,33**	1

fonte:

EPR – Escala dos Pilares de Resiliência, Cardoso e Martins (2013).
 p<0,05; **p<0,01; Nota APM = Aceitação positiva de mudança; AC = Autoconfiança; AE = Autoeficácia; BH = Bom humor; CE = Controle emocional; EMP = Empatia; IND = Independência; OPF = Orientação positiva para o futuro; REF = Reflexão; SOC = Sociabilidade; VP Valores positivos.

A maioria das correlações obtidas foi sem relevância estatística, porém, entre as que obtiveram coeficientes de correlações significativos, os valores foram em sentido positivo e com magnitude variando de fraca à moderada. Os pilares que obtiveram o menor valor de correlação foram os Valores Positivos e Empatia, ou seja, quem tem menos valores positivos tem menos empatia e quem tem menos empatia tem menos valores positivos; e os pilares que tiveram maior magnitude de correlação foram Bom Humor e Controle Emocional, ou seja, que tem mais bom humor tem mais controle emocional e vice e versa. De modo geral, há relações entre praticamente todos os pilares, indicando que as facetas do construto resiliência estão inter-relacionadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças na estrutura curricular e pedagógica dos cursos de medicina são uma determinação legal que deverão ser implantadas em todas as escolas médicas do Brasil. A abertura de novos cursos de Medicina está condicionada a estruturação curricular dentro destas novas propostas. Os cursos preexistentes vêm fazendo o processo de transição levando em consideração características particulares de cada escola médica.

O início das atividades do Curso de Medicina estudado ocorreu em 1988, tendo permanecido, portanto, um longo período embasado unicamente dentro do modelo tradicional. Em consonância com as propostas de mudanças curriculares, vem reorganizando sua matriz curricular, e a partir de 2014 passou a introduzir o uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem e a reorganizar o processo avaliativo.

Retomando os objetivos propostos por esta pesquisa, foram identificados os níveis de resiliência no corpo docente através da aplicação da EPR. Os resultados indicaram que as pontuações nos pilares Bom Humor, Controle Emocional, Empatia e Orientação Positiva para o Futuro foram encontrados valores baixos, que se fossem analisados de modo isolado poderiam significar uma fragilidade importante neste grupo. Os pilares Aceitação Positiva de Mudança, Autoconfiança, Independência e Sociabilidade apresentaram escores médios, indicando que devidamente amparados por condições ambientais e afetivas estes pilares podem se tornar uma fortaleza. E os pilares Autoeficácia, Reflexão e Valores Positivos apresentaram valores muito altos, demonstrando que estes pilares podem sustentar as fragilidades encontradas nos outros pilares, já que estes docentes vêm desenvolvendo seu trabalho neste processo de mudanças com crescente sucesso.

Portanto apesar de estarem imersos neste ambiente de mudanças, com impactos expressivos em sua prática, os resultados não explicitaram impactos na resiliência destes docentes.

Com os resultados deste estudo, foi possível identificar que os docentes apresentam um nível de resiliência apoiados em pilares que podem facilitar a adoção das mudanças metodológicas. E as fragilidades encontradas podem servir para reflexão e futuro alvo de um trabalho institucional para o desenvolvimento docente.

Este estudo pretendeu relacionar a resiliência dos docentes com o movimento de mudanças metodológicas, e apontou para a importância de continuar estudando este tema. A mudança de paradigma do papel docente no processo de ensino-aprendizagem e suas consequências na docência da escola médica são temas que merecem reflexões. É desejável que novos estudos possam ampliar o olhar sobre este assunto e estimular ações que contribuam para o desenvolvimento da resiliência no exercício da docência. Estudos de abordagem qualitativa poderiam permitir que os professores expressassem as consequências das mudanças de método para sua atuação como docente.

Por fim, cabe enaltecer os professores, que em sua caminhada na construção do trabalho docente influenciado por ações humanas conflituosas e ao mesmo tempo sinalizadoras de potencialidades, dão a sua contribuição significativa no caminho das mudanças.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. **Resiliência**: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BANDURA, A. Self-efficacy. In RAMACHAUDRAN, V. S. (Ed.), **Encyclopedia of Human Behavior**. New York: Academic Press, v. 4, p. 71-81. 1994.
- BANDURA, A. **Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness**. In E. A. Locke (Ed.), Handbook of principles of organization behavior. (2nd Ed., pp. 179-200). Oxford, UK: Blackwell. 2009.
- BARBOSA, G. S. **Resiliência em Professores do Ensino Fundamental de 5ª a 8ª série**: validação e aplicação do Questionário do Índice de Resiliência: Adultos-Reivich-Shattè / Barbosa. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) –Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BARREIRA, D. D.; NAKAMURA, A. P. Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. **Aletheia**, n.23, p.75-80, jan./jun. 2006.
- BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S. **O professor de medicina**. São Paulo: Loyola, 1998.
- BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B ; BATISTA, S. H. S. S. **Educação médica no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011,
- BONANNO, G. A., Loss, Trauma, and Human Resilience – Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? **American Psychologist**. v. 59, n. 1, p. 20-28, jan. 2004.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BRASIL. DCN 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina**. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Brasília - DF. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em 20 de out. 2017.
- BRASIL, DCN 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina**. Res. CNE/CES nº 3, de 20 de junho 2014. Brasília- DF. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>>. Acesso em 20 de out. de 2017.

BRONFENBRENNER, U. Ecology of human development: experiments by nature and design. **Harvard University Press**. Cambridge, Massachusetts, 1981.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. São Paulo: Artes Médicas. 1996.

BUENO R. R. L.; PIERUCCINI M. C. **Abertura de escolas de medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio**. Associação Médica Brasileira, 2005.

CANELAS, R. S. **A Resiliência de crianças em situação de risco em programas socioeducativos de Belo Horizonte**. 2004. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

CANUTO, A.; BATISTA, S. H. Concepções do processo ensino-aprendizagem: um estudo com professores de medicina. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro. v.33, n. 4, out./dez. 2009.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO, T. **Construção e validação de uma escala dos atributos pessoais da resiliência**. 2013. 154 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2013.

CARDOSO, T; MARTINS, M. C. F. **Livro de exercícios EPR**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2013. v. 2.

CARREY, N. Interview with Sir Michael Rutter. **Jornal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. v. 19, n.3, p.212-217, ago, 2010.

CASTRO, M. A. C. D. Revelando o sentido e o significado da resiliência na preparação de professores para atuar e conviver num mundo em transformação. In: TAVAREZ, J. (org.). **Resiliência e educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de Psicologia**. v.5, n.1., p.71-93, 2000.

CINAEM - COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991-1997**. Brasília, Distrito Federal, 1997.

COSTA, N. M. S. C. **A formação e as práticas educativas de professores de Medicina: uma abordagem etnográfica**. 2005. 191 p. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2005.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. 2015. Disponível em: <<http://escolasmedicas.com.br/metodologia.php>>. Acesso em 20 out. 2017 e 20 fevereiro 2019.

FAJARDO, I. N.; MINAYO, M. C. S.; MOREIRA, C. O. F. Educação escolar e resiliência: política de educação e a prática docente em meios adversos. **Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação**. Rio de Janeiro. v. 18, n. 69, p. 761-774, out./dez. 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. O Movimento Mundial de Educação Médica: As Conferências de Edinburgh. **Cadernos da ABEM**. Rio de Janeiro. v. 2, jun. 2006.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. **Bulletin number four**. Boston, Massachusetts: Updyke, 1910.

FRANCO, C. A. G. S.; et al. OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: Relato de Experiência e Meta-Avaliação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 39, n. 3, p.433-441, 2015.

GEMIGNANI, E. Y. M. Y. Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão. **Revista Fronteira da Educação**. Recife. v. 1, n. 2, 2012.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOLEMAN, D.; SENGE, P. **O foco triplo: uma nova abordagem para a educação**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

GROTBERG, E. H. A Guide to Promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The Hangué. Bernard Van Leer Foundation Early Childhood: **Practice and Reflections**, n. 8, 1995.

GROTBERG, E. H. Introdução: novas tendências em resiliência. In: A. MELILLO, A.; OJEDA E. N. S. (org.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005, p.15-22.

HIEW, C. C.; et al. **Measurement of Resilience Development: Preliminary Results with a State-Trait Resilience Inventory**. University of New Brunswick, 2000.

INFANTE, F. A. Resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.23-38.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19, n.1, p.227-235. 2003.

LAMPERT, J. B. Na Transição Paradigmática da Educação Médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. **Cadernos da ABEM**, v.1, 2004.

LAMPERT, J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. **Gazeta médica**. Bahia. v. 78, n.1, p.31-37, 2008.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil, tipologia das escolas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec - ABEM, 2009.

LAMPERT, J. B.; BICUDO, A.M. (ORG.) **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Rio de Janeiro, 2014.

LARANJEIRA, C. A. S. J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 23, n. 3, p. 327-332, set. 2007.

LIBORIO, R. M. C.; CASTRO, B. M.; COELHO, A. E. L. Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: conceitos e reflexões críticas. In: **Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco a proteção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

LIBORIO, R. M. C.; UNGAR, M. Resiliência oculta: a construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco. **Psicologia: reflexão crítica**. Porto Alegre. v. 23, n. 3, p.476-484, 2010.

LUTHAR, S.: **Poverty and Children's Adjustment**. Newbury Park: Saga Publications, 1999.

LUTHAR, S.; CICCHETTI, D.; BECKER, B.: **The Construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work**. Child development, 2000.

MASTEN, A. et al. Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. **Development and Psychopathology**. v. 11, p.143-169, 1999.

MELILLO, A., ESTAMATTI, M. & CUESTAS, A. Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In: A. MELILLO & E. N. S. (Orgs). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. p. 59-70 Porto Alegre: Editora Artmed, 2005.

MELILLO, A.; OJEDA, E. N. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, dez., p.2133-2144, 2008.

NUNES, C. H. S. S. Lançamento da Escala Fatorial de Extroversão (EFEx) e Escala Fatorial de Socialização (EFS). **Avaliação Psicológica**. Porto Alegre. v.6, n.1, jun. p. 103-106. 2007.

PICHON-RIVEIRE, E. **O processo Grupal**. 8 eds. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

PILETTI, N. **Psicologia Educacional**. São Paulo: Ática, 2004.

POLETTI, R. ; DOBBS, B. **A resiliência: a arte de dar a volta por cima**. Petrópolis: Vozes. 2007.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.3, p.405-416, jul./set. 2008.

REBOLLO, Regina Andrés. A Escola Médica de Pádua: medicina e filosofia no período moderno. **História Ciências Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.307-331, 2010.

RODRIGUEZ, D. O humor como indicador de resiliência. In. A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROWE, D. E. O.; BASTOS, A. V. B.; PINHO, A. P. M. Comprometimento e entrenchamento na carreira: um estudo de suas influências no esforço instrucional do docente do ensino superior. **Revista Administração Contemporânea**. Curitiba, v. 15, n. 6, p. 973-992, dez. 2011.

RUTTER, M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**. v. 57. Social Ecology of Resilience. p.316-331, 1987.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**. p.626-631, 1993.

SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo, Hucitec/Educ, SP. 1991. v.1

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. **Revista Bioética**. v. 21, n. 2, 268-277, 2013.

SILVA, R. H. A. Avaliação do processo de gestão na implantação de processos inovadores na Faculdade de Medicina de Marília: aspectos da resiliência docente e discente. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 14, n. 2, p. 471-485, July 2009.

SILVEIRA, D. R.; MAHFOUD, M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. **Estudos de Psicologia**. Campinas, p.567-576, out/dez, 2008.

SOUZA, M. G. S.; PALACIOS, K. P. Validação e testagem de uma escala de autoconceito profissional. **Revista Psicologia: organizações e trabalho**. Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 95-114, dez. 2007.

SOUZA, C. S. Competência educativa: o papel da educação para a resiliência. **Revista Educação Especial**. p.9-24, 2008.

STELLA, R. C. R.; CAMPOS, J. J. B. Histórico da Construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Brasil. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v.2. jun., 2006.

STELLA, R. C. R.; PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In PUCCINI, R.F.; SAMPAIO, L. O. e BATISTA, N. A. (orgs.). **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social**. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p.53-69.

TAVARES, J. (Org.) **Resiliência e Educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TSUJI, H.; SILVA, R. H. A. **Aprender e ensinar na escola vestida de branco**. São Paulo: Phorte, 2010.

UNGAR, M. The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. **American Journal of Orthopsychiatry**. p.1-17. jan. 2011.

UNGAR, M.; LIEBENBERG, L. Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the Child and Youth Resilience Measure. **Journal of Multiple Methods in Research**, p.126-149, 2011.

XAVIER, L. N., et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE**. Sobral. v.13, n.1, jan/jun., p. 76-83. 2014.

WEISINGER, H. **Inteligência emocional no trabalho**. Rio de Janeiro: objetiva.1997.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, v.8, p.75-84, 2003.

YUNES, M. A. M.; MENDES, N. F., e ALBUQUERQUE, B. M. Percepções e crenças de agentes comunitários sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. **Texto e Contexto: enfermagem**. n.14. p.24-31, 2005.

YUNES, M. A. M; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.) **Resiliência e Educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO

Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (CAAE 65157817.9.0000.5515)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA DOCENTE FRENTE À INTRODUÇÃO DAS METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM EM UM CURSO DE MEDICINA”

Nome do (a) Pesquisador (a): Celeste Corral Tacaci Neves Baptista

Nome do (a) Orientador (a): Camélia Santana Murgio

1. **Natureza da pesquisa:** *O senhor (senhora) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar a resiliência docente no processo de introdução das metodologias ativas no curso de medicina da UNOESTE.*
2. **Participantes da pesquisa:** *150 professores do curso de medicina.*
3. **Envolvimento na pesquisa:** *ao participar deste estudo o senhor (senhora) permitirá que a pesquisadora Celeste Corral Tacaci Neves Baptista possa mensurar e analisar o desenvolvimento de processos de resiliência nessa população. O senhor (senhora) tem a liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o senhor (senhora). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, que é o órgão que avalia se não há problemas na realização de uma pesquisa com seres humanos.*
4. **Sobre as entrevistas:** *será aplicada uma escala autoaplicável denominada escala dos pilares da resiliência (EPR). Depois de tabulados os resultados da escala, serão selecionados alguns sujeitos para realização de encontros utilizando a técnica denominada grupo focal.*
5. **Riscos e desconforto:** *a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e nenhuma informação refletirá na relação dos sujeitos com a instituição. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução n. 466/2012 do*

Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

6. **Confidencialidade:** *todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.*
7. **Benefícios:** *ao participar desta pesquisa o senhor (senhora) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possa trazer informações importantes sobre o impacto destas mudanças, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para o desenvolvimento de estratégias que minimizem este impacto, bem como auxiliem os docentes e a instituição no desenvolvimento de processos que estimulem a resiliência. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.*
8. **Pagamento:** *o senhor (senhora) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens a seguir: Confiro que recebi uma via deste termo de consentimento e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Celeste Corral Tacaci Neves Baptista

Camélia Santana Murgo

Pesquisador: Celeste Corral Tacaci Neves Baptista (18) 981120056

Orientador: Camélia Santana Murgio (14) 996180117

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Profa. Dra. Gisele Alborghetti Nai

Vice-Coordenadora do CEP: Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Barilli Nogueira.

Telefone do Comitê: **(18) 3229-2077**

E-mail: cep@unoeste.br