

# PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE EM ESCOLAS MÉDICAS: OPORTUNIDADES E PERSPECTIVAS – MAIS DO QUE UMA NECESSIDADE

Henry de Holanda Campos<sup>1</sup> João José Batista de Campos<sup>2</sup> Maria José Salles de Faria<sup>3</sup>  
Pamela Fernanda Alves Barbosa<sup>4</sup> Maria Neile Torres de Araújo<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

A cada dia, os docentes de escolas médicas enfrentam o desafio de desenvolver tarefas acadêmicas para as quais se faz necessária à aquisição de novos conhecimentos e habilidades: ensino ambulatorial eficiente em espaços de tempo limitados, trabalhos em pequenos grupos, sessões tutoriais, novas formas de apresentar casos clínicos, avaliação estruturada de habilidades clínicas, portfólios, práticas na comunidade, ferramentas de educação a distancia. Esta constatação, por si, bastaria para levantar a questão sobre como deveria ocorrer o adequado treinamento docente para o exercício dessas funções.

Adicione-se a esse quadro o crescimento exponencial do conhecimento médico, favorecedor da fragmentação do conhecimento e da superespecialização, as conflituosas relações de trabalho praticado em sistemas de saúde cada dia mais onerosos e deficitários, pacientes cada dia mais bem informados e com maior poder reivindicatório, e já teremos um panorama bem mais complexo do que aquele identificado por Flexner em 1910, em seu relatório de análise de 155 escolas médicas americanas e canadenses<sup>2</sup>. Ao contrário da era Flexner, passaram as escolas a conviver com a cultura do “publicar ou perecer”, com a conseqüente desvalorização do ensino. Cabe-nos hoje a

tarefa de corrigir o *gap* entre o que conhecemos sobre os processos de aprendizagem e o modo como ensinamos medicina, de combater a neutralidade que incorporamos de outras áreas da universidade e de promover estratégias de ensino que facilitem a incorporação do profissionalismo e da orientação moral requerida pelo exercício profissional. Educar para a profissão médica, eis o desafio<sup>3</sup>.

Até meados do século passado, assumia-se que a *expertise* de conteúdo garantia a condição para um desempenho docente efetivo, que seria, portanto, corolário decorrente do conhecimento da disciplina<sup>4</sup>. Progressivamente, ensinar passou a traduzir uma habilidade distinta, embora associada à *expertise* no conhecimento da disciplina. Nos primeiros estudos que trataram a questão, verifica-se que a obtenção da fonte primária de aprendizagem da docência médica ocorreu ainda na condição de estudante, pela observação direta dos próprios professores<sup>5,6</sup>.

Antes que fosse firmado o conceito de desenvolvimento docente, as estratégias para a melhora do desempenho do professor foram descritas nas décadas de 1970 a 1990, guardando estreita associação com as teorias sobre aprendizagem vigentes ou dominantes<sup>7</sup>. Assim é que, na década de 1970, guardavam relação com teorias comportamentais e assim permaneceram até os anos 1980, quan-

<sup>1</sup> Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Ceará. Pró-Reitor de Extensão da Universidade Federal do Ceará e Coordenador do Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores Médicos do Instituto Regional de Educação Médica Faimer.

<sup>2</sup> Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Coordenador do Grupo de Trabalho sobre Profissionalização Docente da Associação Brasileira de Educação Médica e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup> Professora Adjunta do Departamento de Biologia Geral da Universidade Estadual de Londrina. Coordenadora da Comissão de Educação Permanente Docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina.

<sup>4</sup> Acadêmica da 3ª Série do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Coordenadora do Centro Acadêmico Samuel Pessôa.

<sup>5</sup> Professora Adjunta do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Núcleo de Desenvolvimento da Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

do passaram a ser influenciadas pelas teorias cognitivas, merecendo destaque como novo paradigma a construção ativa do conhecimento<sup>8</sup>. Nos anos 1990, registra-se a ênfase na construção social do conhecimento e nas práticas reflexivas<sup>9</sup>.

Wilkerson e Irby definem desenvolvimento docente como “uma ferramenta para a melhora da vitalidade educacional de nossas instituições, através da atenção às competências requeridas para promover a excelência acadêmica”<sup>1</sup>. Para esses autores, o objetivo do desenvolvimento docente é o “empoderamento dos docentes para que possam exercer com excelência o seu papel de educadores e, ao fazê-lo, criar organizações que estimulem e premiem a aprendizagem contínua”<sup>1</sup>.

Beneficiando-se do acúmulo obtido ao longo dos últimos 30 anos sobre estratégias de desenvolvimento docente, é cada dia maior o número de escolas médicas que desenvolvem esses programas, como alternativa de promoção da vitalidade acadêmica dessas instituições.

Ao longo deste artigo, abordaremos alguns aspectos dos programas de desenvolvimento docente e de sua importância para que as escolas médicas alcancem o objetivo de educar para uma profissão.

## EFICIÊNCIA E IMPACTO DE PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE

Na mais completa revisão disponível sobre programas de desenvolvimento docente, Steinert *et al.*, como representantes da Best Evidence Medical Collaboration (Beme), buscaram responder à seguinte questão: Quais os efeitos do desenvolvimento docente sobre o conhecimento, atitudes e habilidades em educação médica dos docentes e sobre as instituições em que trabalham? De modo complementar, foram explorados aspectos relacionados às atividades desenvolvidas, a aspectos metodológicos dos estudos analisados e a implicações práticas para programas de desenvolvimento docente e para a pesquisa na área<sup>10</sup>.

No período selecionado (1980-2002), foram identificados 2.777 resumos, dos quais foram examinados 53 artigos completos, após triagem por critérios de inclusão e exclusão e apreciação da qualidade da metodologia empregada. Desses estudos, 38 (72%) foram realizados nos Estados Unidos, e os demais nos seguintes países: Canadá, Egito, Israel, Malta, Nigéria, Reino Unido e África do

Sul. O número de participantes variou de 6 a 399, com média de 60.

A satisfação geral com os programas foi alta, e, apesar do critério voluntário de adesão, os programas foram bem aceitos, considerados úteis e relevantes para o alcance de objetivos pessoais dos participantes. As metodologias empregadas, notadamente aquelas com enfoque prático ou que contemplam treinamento de habilidades, também foram valorizadas.

Os participantes descrevem uma mudança positiva de atitudes em relação ao desenvolvimento docente, daí resultando maior envolvimento com essa atividade. É relatada maior conscientização de fortalezas e limitações pessoais, aumento na motivação e entusiasmo para o ensino, marcante valorização dos benefícios advindos do desenvolvimento profissional.

Também foram descritos aumentos no conhecimento de conceitos e princípios educacionais, de estratégias específicas de ensino e aquisição de habilidades. De modo consistente, foram referidas mudanças atitudinais nas práticas de ensino e a implantação de novas atividades educacionais. Nos poucos estudos que analisaram mudanças organizacionais, observou-se maior envolvimento dos participantes e o estabelecimento de trabalho em rede entre os docentes.

Alguns aspectos-chave desses programas que puderam ser detectados incluem: a importância da aprendizagem vivencial, a importância do *feedback* para promover mudanças, a relação com os pares, a aderência aos princípios de ensino-aprendizagem, o emprego de múltiplos métodos instrucionais para atingir os objetivos.

O estudo destaca a importância do contexto na formulação dos programas educacionais, a necessidade de que os programas sejam distribuídos ao longo de maior intervalo de tempo para permitir aprendizagem cumulativa, prática e crescimento. É também sugerido um reexame da natureza voluntária da participação, pois há casos em que ela deve ser requerida, além das implicações que pode acarretar na cultura institucional.

## DESENVOLVIMENTO DOCENTE E SISTEMAS DE SAÚDE

No documento *Towards Unity for Health.*, publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2000, é claramente estabelecido o papel reservado às instituições formadoras

na preparação de futuras gerações que sejam capazes de contribuir efetivamente para a reorientação de sistemas de saúde por meio de intervenções de promoção da saúde, de combate à fragmentação dos sistemas e em sua reorganização, para que se alcancem qualidade e equidade na atenção à saúde, respeitando-se os princípios de relevância e custo-efetividade<sup>11</sup>. A adoção dessa nova missão institucional implica a incorporação, pela escola médica, de responsabilidade e compromisso social para reorientação de suas três funções básicas – ensino, pesquisa e serviços –, bem como para combater a neutralidade que, muitas vezes, ignora as necessidades mais urgentes de saúde da população. Espera-se, portanto, que as escolas médicas se preparem para reagir de modo proativo às mudanças constantes das necessidades de saúde da população e às modificações introduzidas no sistema de saúde.

Ao analisar as causas pelas quais não foram produzidas mudanças efetivas na formação médica nos últimos 30 anos, Feuerwerker aponta vários fatores, ligados, direta ou indiretamente, à “condição” docente: concepção tradicional de ensino, modo de construção do saber acadêmico, relações de poder, relações com os serviços de saúde e com a comunidade<sup>12</sup>. O enfrentamento dessa realidade requer a aquisição de habilidades por programas de desenvolvimento docente, pois “a viabilidade dos projetos de mudança depende da capacidade de criar *massa crítica* e do grau de *governabilidade* dos sujeitos proponentes da mudança”.

Programas de desenvolvimento docente também poderão ser relevantes para a implantação de iniciativas internacionais que visem promover estratégias educacionais comuns para definição de competências, processos de acreditação e certificação, como previsto no Processo de Bolonha<sup>13</sup> e discutido no âmbito de uma comissão formada por representantes de países do Mercosul.

## OPORTUNIDADES E PERSPECTIVAS

Trataremos nesta seção de oportunidades e perspectivas menos freqüentemente relatadas, proporcionadas por programas de desenvolvimento docente e que constituem elementos que devem ser considerados em sua implantação.

Na prática diária de ensino médico, muitas críticas formuladas por estudantes levam a considerar que se trata

de “problemas de formação docente”. Estas implicações, freqüentemente explícitas, costumam ter poucas consequências e raramente levam a uma reflexão dos educadores sobre como desempenhar melhor suas atividades educacionais<sup>14</sup>.

Se considerarmos que o professor contribui mais para o sucesso do estudante do que outras variáveis, como sugerido por McLeod *et al.*<sup>15</sup>, devemos levar em conta que a aquisição tácita de conhecimentos educacionais não garante que esses conhecimentos sejam revertidos em benefício do estudante. Assim, os programas para favorecer um melhor trabalho docente deveriam proporcionar também o *feedback* aos docentes de como o seu trabalho é desenvolvido, não devendo se limitar, portanto, à simples provisão de tecnologias educacionais.

A construção de uma identidade profissional como professor, por parte de médicos e demais profissionais de saúde, é outro aspecto que pode ser favorecido por programas de desenvolvimento docente. Embora poucas pesquisas tenham sido realizadas para definir características que estabelecem a identidade clínica de um professor, vários estudos têm examinado pontos marcantes de professores considerados eficientes no ensino em ambientes clínicos<sup>16,17,18</sup>. Os papéis de modelo, supervisor clínico, líder do conhecimento e do desenvolvimento acadêmico parecem bem associados à imagem de professores de ensino clínico considerados eficientes<sup>19,20</sup>. Enquanto a confiança do preceptor clínico em suas habilidades parece ser um fator importante para o desempenho de práticas de ensino clínico efetivas<sup>21</sup>, atitudes negativas em relação a estudantes são identificadas como um dos principais fatores limitantes para um bom desempenho no ensino clínico<sup>22</sup>.

Apesar da ênfase geralmente dada para que médicos e demais profissionais de saúde cresçam como professores, menor atenção é dispensada à profissionalização da docência, e, se de um lado, o conceito de profissionalismo é facilmente abraçado na área específica da sua profissão, de outro, a assimilação de uma identidade profissional como professor parece menos evidente. Enquanto a identidade profissional médica específica é influenciada pela orientação do serviço<sup>23</sup>, a literatura mostra que, para que ocorra a formação de uma identidade profissional, as mudanças se processam em dois níveis – externa e internamente<sup>24</sup>. A aculturação a uma carreira ocorre, externa-

mente, pela aquisição de novas informações e pela participação em um novo conjunto social. O processo de interiorização, por sua vez, requer uma transformação, uma “autoconceitualização subjetiva”, em resposta a um apelo interior, como definem McGowen e Hart<sup>25</sup>. Esse desenvolvimento interno se exterioriza na socialização profissional, na qual desfrutar da companhia de outros que realizam tarefas semelhantes com competência confere um positivo espírito de corpo e de pertencimento a uma comunidade seleta, diferenciada pela satisfação profissional e pela qualidade do trabalho desenvolvido.

Programas de desenvolvimento docente, tradicionalmente centrados em habilidades específicas de ensino e comportamento, podem oferecer também essas oportunidades de afirmação da docência médica personalizada, endereçando questões de desenvolvimento afetivo e oportunidades de reflexão sobre as práticas de ensino<sup>26</sup>.

Um aspecto importante dos programas de desenvolvimento docente, realçado por John Bligh, é o efeito moral que podem desempenhar nas instituições, favorecendo a aderência de docentes, traduzindo confiança das instituições em sua força de trabalho, pois “valores, crenças e comportamento de docentes de escolas médicas constituem parte substancial do currículo oculto” das instituições<sup>27</sup>.

Se considerarmos que a aprendizagem é um processo ativo de construção, com base em um contexto social e que inclui um processo de auto-reflexão, tais princípios também devem nortear os programas de desenvolvimento docente<sup>28</sup>.

Um dos maiores desafios apresentados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais é o desenvolvimento de currículos que favoreçam a incorporação do profissionalismo, cuja importância é reclamada pela sociedade, uma vez que a insatisfação com a prática da medicina não pode ser ignorada. Iniciativas que proporcionam o conhecimento básico sobre profissionalismo, atributos e características de um profissional devem igualmente encorajar esses comportamentos em estudantes, residentes e professores<sup>29</sup>. Segundo Whitcomb, este último aspecto é fundamental para que o profissionalismo possa ser aprendido<sup>30</sup>.

Entre as questões que devem ser incluídas no desenvolvimento do profissionalismo, figura a discussão sobre o papel do médico na sociedade, vinculando-o a seu papel no sistema de saúde, e o impacto financeiro de decisões

médicas sobre a saúde das populações<sup>31</sup>. Embora possa ser motivo de debate, a participação direta do médico em campanhas por justiça social e equidade na saúde é indispensável ao conhecimento de políticas de saúde e custos relacionados, ainda mais no Brasil, cuja população depende majoritariamente dos serviços oferecidos pelo sistema público de saúde. O compromisso com a consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro deve constar entre os compromissos de formação dos futuros médicos e demais profissionais de saúde.

A literatura dispõe de farta evidência que demonstra a importância de programas de desenvolvimento docente no desencadeamento e estabelecimento de mudanças curriculares, podendo constituir o principal desencadeador dessas mudanças<sup>32</sup>.

Recentemente, Knight *et al.* publicaram uma avaliação sobre o impacto a longo prazo de um programa de desenvolvimento docente oferecido pela John Hopkins University. A partir de dados obtidos em 14 coortes, concluíram que essa iniciativa, planejada para o desenvolvimento de habilidades de ensino, ultrapassou aquele objetivo, favorecendo também o desenvolvimento pessoal, de relações interpessoais e de carreiras<sup>33</sup>. A formação de rede de educadores é outro importante produto que pode ser esperado de programas de desenvolvimento docente e igualmente associado ao sucesso acadêmico na carreira docente<sup>34</sup>.

Programas de desenvolvimento docente oferecem potencial para a construção de verdadeiras comunidades de educadores médicos. A importância da estruturação desses corpos profissionais pode ser exemplificada pela recente criação, no Reino Unido, da Academia Nacional de Educadores Médicos, que tem como principais objetivos: promover o desenvolvimento sustentável da educação médica como campo acadêmico de conhecimento; apoiar lideranças acadêmicas e profissionais em educação médica; promover e apoiar todos aqueles envolvidos em educação médica<sup>35</sup>.

Como se demonstrou ao longo deste artigo, programas de desenvolvimento docente têm constituído uma estratégia efetiva de profissionalização da docência em escolas médicas que oferece oportunidades e perspectivas adicionais de fortalecimento de docentes e da própria escola médica, representando, adicionalmente, uma valiosa contribuição para a promoção acadêmico-científica da educação médica em nosso meio.

## REFERÊNCIAS

1. Wilkerson L, Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. *Acad Med.* 1998; 73(4): 387-96.
2. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.* New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
3. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med.* 2006; 355(13):1339-44.
4. Gaff JG, Simpson RD. Faculty development in the United States. *Innov High Educ.* 1994; 18(3):167-76.
5. Jason H, Westberg J. *Teachers and teaching in US medical schools.* Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1982.
6. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. *Acad Med.* 1993; 69(5): 333-42.
7. Skeff KM, Berman J, Stratos G. A review of clinical teaching improvement methods and a theoretical framework for this evaluation. In: Edwards JC, Marrier RL, eds. *Clinical teaching for medical residents: roles, techniques and programs.* New York: Springer; 1988. p.92-120.
8. Bruer JT. *Schools for thought: a science of learning in the classroom.* Cambridge, MA: MIT Press; 1993.
9. Bruffee KA. *Collaborative learning: higher education, interdependence and the authority of knowledge.* Baltimore: John Hopkins University Press; 1993.
10. Steinert Y, Mann K, Centano A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide. [online] 2006; 8. Disponível em: [www.bemecollaboration.org/beme/pages/reviews/steinert.html](http://www.bemecollaboration.org/beme/pages/reviews/steinert.html).
11. Boelen C. Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development: a working paper. *Bull World Health Org.* 2000.
12. Feuerwerker LCM. *Além do discurso de mudança na educação médica.* Rio de Janeiro: Hucitec; 2002. Cap.: O problema: por que não se conseguiu produzir mudanças efetivas na formação médica nos últimos trinta anos?
13. Oliver R, Sanz M. The Bologna Process and health science education: times are changing. *Med Educ.* 2007; 41(3):309-17.
14. Eva KE. Wither the need for faculty development? *Med Educ.* 2006; 40:99-100.
15. McLeod PJ, Steinert Y, Meagher T, Schuwirth L, Tabatabai D, McLeod AH. The acquisition of tacit knowledge in medical education: learning by doing. *Med Educ.* 2006; 40:146-9.
16. Irby DM, Ramsey PG, Gillmore GM, Schaad D. Characteristics of effective clinical teachers of ambulatory care medicine. *Acad Med.* 1991; 66(1):54-5.
17. Kendrick SB, Simmons JMP, Richard BF, Roberge LP. Resident's perception of their teachers, facilitative behaviour and the learning value of rotations. *Med Educ.* 1993; 27:55-61.
18. Ullian JA, Bland CJ, Simpsons DE. An alternative approach to defining the role of the clinical teacher. *Acad Med.* 1994; 69:832-8.
19. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med.* 1995; 70:898-931.
20. Irby DM. Clinical teaching and the clinical teacher. *J Med Educ.* 1986; 61(9):35-45.
21. Vanek EP; Snyder CN; Hull AL; Hekelman FP. The relationship between teacher's confidence and use of clinical teaching skills in ambulatory care settings. *Teach Learn Med.* 1996; 8:137-41.
22. Gjerke CL, Coble RJ. Resident and faculty perception of effective clinical teaching in family practice. *J Fam Pract.* 1982; 14:323-27.
23. Young RE. Faculty development and the concept of profession. *Academe.* 1987; 73:12-4.
24. Kerr S, Von Glinow MA, Schriesheim J. Issues in the study of professional in organizations: the case of scientists and engineers. *Organ Behav Hum Perform.* 1977; 18:329-45.
25. McGowen KR, Hart LE. Still different after all these years: gender differences in professional identity formation. *Prof Psychol Res Pr.* 1998; 21:118-23.
26. Stone S, Ellers B, Holmes D, Orgren R, Qualters D, Thompson J. Identifying oneself as a teacher: the perception of preceptors. *Med Educ.* 2002; 36(2):180-5.
27. Bligh J. Faculty development. *Med Educ.* 2005; 39(2):120-1.
28. Irby DM, Wilkerson L. Educational innovation in academic medicine and environmental trends. *J Gen Intern Med.* 2003; 18(5): 370-6.
29. Steinert Y, Cruess S, Cruess R, Snell L. Faculty development for teaching and evaluating professionalism: from programme design to curriculum change. *Med Educ.* 2005; 39(2): 127-136.
30. Whitcomb ME. Fostering and evaluating professionalism in medical education. *Acad Med.* 2002; 77(6): 473-4.
31. Thistlethwaite JE. Reflection on professionalism, medical politics and moving countries. *Med Educ.* 2007; 41(4):328-30.
32. Rubeck RF, Witzke DB. Faculty development: a field of dreams. *Acad Med.* 1998; 73(9): S33-37.
33. Knight AM, Carrese JA, Wright SM. Qualitative assessment of the long-term impact of a faculty development programme in teaching skills. *Med Educ.* 2007; 41(6): 592-600.
34. Morzinski JA, Fisher JC. A nationwide study of the influence of faculty development programs on colleague relationships. *Acad Med.* 2002; 77(5):402-6.
35. Bligh J, Brice J. The Academy of Medical Educators a professional home for medical educators in the UK. *Med Educ.* 2007; 41(7): 625-7.