

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

ROSE CRISTINA POSSATO

**UNIDADE EDUCACIONAL DE PRÁTICA DE SAÚDE NA COMUNIDADE:
PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIPLAC**

LAGES (SC)

2020

ROSE CRISTINA POSSATO

**UNIDADE EDUCACIONAL DE PRÁTICA DE SAÚDE NA COMUNIDADE:
PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIPLAC**

Dissertação de Mestrado, inserida na linha Educação, Processos Socioculturais e Sustentabilidade, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em educação.

Orientador: Prof.º Dr.º Geraldo Augusto Locks

LAGES (SC)

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica

P856u Possato, Rose Cristina.
Unidade educacional de prática de saúde na comunidade:
percepções de estudantes do curso de medicina da Uniplac/Rose
Cristina Possato – Lages, SC, 2020.
94 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense.
Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do
Planalto Catarinense.

Orientador: Geraldo Augusto Locks.

1. Medicina. 2. Metodologias Ativas. 3. Problematização.
4. UPSC. I Locks, Geraldo Augusto. II Título.

CDD.362.1

Catálogo na Fonte: Biblioteca Central

ROSE CRISTINA POSSATO

**UNIDADE EDUCACIONAL DE PRÁTICA DE SAÚDE NA
COMUNIDADE: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA
UNIPLAC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Planalto Catarinense para a Defesa de Dissertação do Mestrado em Educação. Linha de Pesquisa: Educação, Processo Sociocultural e Sustentabilidade.

Lages, 03 de março de 2020.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Geraldo Augusto Locks
Orientador e Presidente da Banca – PPGE/UNIPLAC

Prof. Dr. Alexis Rivas Toledo
Examinador Externo – PUCE/QUITO
Participação Não Presencial - Res. nº 432/2020

Profa. Dra. Mareli Eliane Graupe
Examinadora Interna – PPGE/UNIPLAC

Dedico esta dissertação à minha família, por serem exemplo constante, o que me motiva a superar os desafios que a mim são confiados por Deus.

AGRADECIMENTOS

Tenho a imensa alegria de agradecer às pessoas que contribuíram de modo fundamental para que este estudo se tornasse possível.

Agradeço primeiramente a Deus por ter sido meu refúgio nos momentos difíceis, me concedendo saúde, força e coragem nesta caminhada.

Ao meu orientador, professor Dr^o Geraldo Augusto Locks, por compartilhar comigo seus conhecimentos, me auxiliar com valiosas contribuições e me incentivar no universo da pesquisa científica.

À professora Dr^a. Mareli Eliane Graupe, pela significativa colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa e também ao longo do caminho trilhado no mestrado.

Aos professores das disciplinas do Mestrado que compartilharam seus conhecimentos, apontaram caminhos e auxiliaram na realização deste.

Aos colegas de mestrado, pelo apoio mútuo e solidário durante todo o curso, os levarei para sempre no coração.

Aos estudantes do Curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense, por participarem desta pesquisa e contribuírem gentilmente com as reflexões tecidas neste texto.

À minha querida Dr^a Vanir Peixer Lorenzini, por ter incentivado imensamente a minha entrada no mestrado e ter sido uma grande colaboradora nessa jornada.

À Maria Cristina Mazzetti Subtil, por acreditar em mim e me proporcionar inúmeras oportunidades de crescimento profissional e pessoal. Minha eterna gratidão.

Aos meus familiares e meu companheiro de vida Umberto, pela compreensão das ausências e por terem sido o meu alicerce para esta caminhada.

A minha mãe Inês, que foi fundamental para a finalização desta jornada, dividindo comigo o cuidado com meu amado e tão esperado Mathias.

Ao meu lindo filho Mathias, que acompanhou de uma maneira ou de outra o processo de escrita e junto a isso é o responsável pela minha transformação pessoal, um menino guerreiro que chegou ao mundo superando desafios e quebrando barreiras, a você meu amado filho, meu muito obrigada. És minha vida!

Certos Amigos (Expresso Rural)

Quando esse trem de alegria vara a vida da gente/
Sempre que a estação mais perto é o nosso coração/
Difícil se saber na hora o que a gente sente/
Se certos amigos nos mostram que o mundo ainda é bom/
Por saber/
Que tendo você do meu lado eu me sinto mais forte/
Quero beijar o teu rosto e pegar tua mão/
Se cada estrela no céu é um amigo na terra/A força do acaso do encontro é uma constelação/
Lumiar/

De que planeta você é?/
Eu faço o que você quiser/
Em troca do teu amor/
Posso te dar o que eu sou/
Amigo é um cobertor/
Bordado de estrelas/
De estrelas/
Constelação, nave louca/
A vida é pouca e o que vale é se querer/
Constelação, nave louca/A vida é pouca e o que vale é se querer/
Mais e mais que mais...

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou para a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”

Paulo Freire

RESUMO

Esta pesquisa tem o propósito de conhecer as percepções do estudante do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC, sobre seu conhecimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, sua concepção metodológica e epistemológica vivenciadas na Unidade Prática de Saúde na Comunidade (UPSC). O tema de investigação é vinculado a Linha de Pesquisa 2 do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Educação da Universidade do Planalto Catarinense “Educação, Processos Socioculturais e Sustentabilidade” que investiga processos educativos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa tendo como método de abordagem o Estudo de Caso, utilizando-se da pesquisa documental e da entrevista semiestruturada realizada com estudantes matriculados no primeiro ano em 2018. A análise tem como suporte o enfoque filosófico do Materialismo Histórico Dialético – entendido como princípio para observação e compreensão do mundo, para análise e explicação da realidade, a importância da prática social como critério da verdade. A discussão tem como base os estudos de Freire (1996), Berbel (2005), Bordenave (2008), Triviños (2013), Bardin (2011), entre outros que consideram o estudante como protagonista, na utilização da problematização como metodologia de ensino-aprendizagem durante seu processo de formação pessoal e profissional. Após a análise dos dados de campo percebeu-se que a escolha dos estudantes pela profissão médica acontece na maioria das vezes muito cedo, buscam oportunidades diversas e não se atentam a conhecer as metodologias utilizadas pelas instituições de ensino, conhecendo-as e incorporando-as ao longo do curso. A análise também mostrou que a inserção direta na comunidade desde os primeiros dias do curso é um grande diferencial, atraindo a atenção dos futuros profissionais, sendo que ao longo das atividades desenvolvidas na UPSC, os estudantes passam a perceber o quanto aprendem com a comunidade, evoluindo como pessoas e como futuros profissionais na busca pelo conhecimento de forma humanizada. São aspectos que as metodologias tradicionais de ensino não contemplam ou apresentam limites quando se projeta o contato do estudante com a realidade. Com os resultados desta pesquisa, espera-se contribuir para o fortalecimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, colaborar para a formação de um profissional médico com perfil capaz de promover a saúde integral dos usuários, por meio de ações da equipe multidisciplinar, com atuação no contexto biopsicossocial no processo saúde-doença e para o fortalecimento do curso na tríade do campo do ensino, extensão e pesquisa.

Palavras-chave: Medicina. Metodologias Ativas. Problematização. UPSC.

ABSTRACT

This research aims to get to know the perceptions of the first year medical student at UNIPLAC, about his knowledge of active teaching-learning methodologies, his methodological methodology and epistemological experiences at the Community Health Practice Unit (UPSC). The research theme is linked to Research Line 2 of the Postgraduate Program Master in Education at the University of Planalto Catarinense “Education, Sociocultural Processes and Sustainability”, which investigates educational processes. This is a qualitative research using the Case Study as a study method, using documentary research and semi-structured interviews conducted with students enrolled in the first year in 2018. An analysis is supported by the philosophical focus of Dialectical Historical Materialism - understood as a principle for observation and understanding of the world, for analysis and explanation of reality, an importance of social practice as a criterion of truth. A discussion is based on the studies of Freire (1996), Berbel (2005), Bordenave (2008), Triviños (2013), Bardin (2011), among others who consider the student as the protagonist, in using problematization as a teaching method -learning during your personal and professional training process. After an analysis of the data from the perceived field, the choice of students by the medical profession occurs most often very early, on the webcam of various opportunities and is not intended to learn about the methodologies used by educational institutions, knowing them and incorporating them during the course. The analysis also showed that the direct insertion in the community from the first days of the course is a great differential, the attention of future professionals, the duration of experimental activities at UPSC, students start to perceive or learn from the community, evolving as people and as future professionals in the search for knowledge in a humanized way. These are aspects that, like traditional teaching methods, do not contemplate or present limits when designing or contacting a student with reality. With the results of this research, it is expected to contribute to the strengthening of active teaching and learning methodologies, to collaborate in the formation of a medical professional with a profile capable of promoting the integral health of users, through actions of the multidisciplinary team, acting in the field biopsychosocial context in the health-disease process and to strengthen the course in the triad of the field of teaching, extension and research.

Keywords: Medicine. Active Methodologies. Problematization. UPSC.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1. Desenvolvimento de uma análise.....	58
---	----

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1.	Distribuição das Escolas Médicas em Santa Catarina.....	32
-----------	---	----

LISTA DE SIGLAS

AB	-Atenção Básica
ABEM	-Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	-Aprendizagem Baseada em Problemas
CadE	-Caderno do Estudante
CAP	-Comissão Ampliada de Pesquisa
CEP	-Comitê de Ética em Pesquisa
CGT	-Confédération Generale Du Travail
CTH	-Câmaras Técnicas de Humanização
CFM	-Conselho Federal de Medicina
CINAEM	-Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
DCN	-Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	-Estratégia Saúde da Família
GTH	-Grupo de Trabalho em Humanização
LDB	-Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LP	-Linha de Pesquisa
MA	-Metodologias Ativas
MEC	-Ministério da Educação e Cultura
MG	-Minas Gerais
NBS	-Necessidades Básicas de Saúde
NOAS	-Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB's	-Normas Operacionais Básicas
OMS	-Organização Mundial da Saúde
OPAS	-Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	- <i>Problem Based Learning</i>
PFST	-Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
PPC	-Projeto Pedagógico do Curso
PNH	-Programa Nacional de Humanização
SUS	-Sistema Único de Saúde
TCLE	-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-Unidade Básica de Saúde

UDF -Universidade do Distrito Federal
UFSC -Universidade Federal de Santa Catarina
UnB -Universidade de Brasília
UNIPLAC -Universidade do Planalto Catarinense
UPSC -Unidade Educacional de Prática de Saúde na Comunidade
USP -Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL.....	20
1.1 METODOLOGIAS ATIVAS NAS ESCOLAS DE MEDICINA.....	26
1.2 METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APRENDIZAGEM.....	35
1.2.1 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).....	38
1.2.2 Método da Problematização.....	40
2 CURSO DE MEDICINA DA UNIPLAC.....	43
2.1 METODOLOGIAS ATIVAS NO CURSO DE MEDICINA DA UNIPLAC: MÉTODO DA PROBLEMATIZAÇÃO.....	44
2.2 UNIDADE EDUCACIONAL DE PRÁTICA DE SAÚDE NA COMUNIDADE ORIENTAÇÕES DO CADERNO DO ESTUDANTE.....	49
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
4 PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DO PRIMEIRO ANO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIPLAC SOBRE METODOLOGIAS ATIVAS.....	59
5 CONSIDERAÇÕES.....	77
REFERENCIAS	81
ANEXOS.....	89
ANEXO I	90
ANEXO II	91
APÊNDICE	93
APÊNDICE I.....	94

INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar as percepções do estudante do primeiro ano de Medicina da UNIPLAC no cenário da Unidade Educacional Prática de Saúde na Comunidade (UPSC), surge da trajetória profissional da pesquisadora. A qual tem como sua formação inicial, Licenciatura Plena em Enfermagem, seguida de quatro cursos de pós-graduação: Saúde do Idoso: Enfoque em Geriatria; Saúde da Família; Gestão dos Serviços de Saúde e Auditoria em Serviços de Saúde. Estando há 14 anos desenvolvendo atividades profissionais junto à comunidade de Lages, tanto na assistência, como na formação de profissionais da saúde ou na gestão.

O enfermeiro vivencia em seu processo de formação a relação humana, seja na arte de cuidar ou gerenciar equipes e conflitos, na busca da participação dos pares e da comunidade, respeitando a realidade local, as dimensões culturais e sociais, as necessidades, vulnerabilidades, potencialidades, fragilidades e particularidades da comunidade a qual está inserido.

Partindo do princípio de ter a prática social como motivação para minha vida profissional, não poderia ser diferente ao assumir outros papéis, tanto na gestão como na formação de profissionais da saúde, especificamente os novos médicos.

Primeiramente, esta pesquisa remete-me a oportunidade de estar inserida durante os últimos três anos como mediadora dos estudantes do primeiro ano de Medicina da UNIPLAC. A relação com os estudantes e a Metodologia da Problematização, base para esta unidade educacional, proporcionam uma relação de ensino-aprendizagem de maneira ativa, contínua e processual, embasada nos princípios da dialética, a qual oportuniza ao grupo o exercício e estímulo à cidadania, a participação social, a responsabilidade pelo aperfeiçoamento e a capacidade de interagir com a realidade, buscando a transformação dos envolvidos neste processo.

Seguindo o processo de reflexão pela escolha do tema, durante o período em que a pesquisadora esteve na gestão dos serviços de saúde municipal, percebeu o impacto que a qualidade e eficiência do atendimento proporcionam. E esta qualidade e eficiência do atendimento não estão ligadas somente ao conhecimento técnico dos profissionais inseridos no sistema de saúde ou na quantidade e magnitude dos exames e procedimentos ofertados, e sim na atenção dispensada e na preocupação com a realidade local de cada paciente atendido.

O atendimento do ser humano na sua integralidade, leva em consideração todos os aspectos que possam, de uma maneira ou outra, interferir na sua condição de saúde-doença,

sempre falando do conceito ampliado de saúde, a qual não é somente a ausência de doenças, mas um completo bem-estar físico, mental e biopsicossocial.

Neste sentido busco perceber como o estudante vivencia o processo de ensino-aprendizagem, através da sua inserção na comunidade, da importância do ser humano como base de sua formação humanista, generalista, crítica e reflexiva, bem como possíveis lacunas que possam estar presentes durante o processo da prática ou da exploração adequada das Metodologias Ativas, mais especificadamente da Metodologia da Problematização.

Na busca por mais reflexões sobre as percepções do estudante do primeiro ano no Curso de Medicina da UNIPLAC no cenário da Unidade Educacional de Prática de Saúde na Comunidade, a pesquisadora encontrou na Linha de Pesquisa (LP2) do Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Educação da Universidade do Planalto Catarinense um caminho para desenvolver a dissertação. Convém lembrar que a LP2 focada na Educação, Processos Socioculturais e Sustentabilidade, desdobra-se nos estudos sobre processos socioeducativos formais e não formais; movimentos sociais; educação ambiental; cultura e políticas públicas; identidade, gênero e etnia; desenvolvimento territorial sustentável e qualidade de vida.

Esta pesquisa é de grande relevância pois consegue de maneira ímpar abranger as percepções do estudante frente à sua formação quando inserido na comunidade assistida desde os primeiros dias do curso, bem como o seu contato direto e contínuo com os serviços, estimulando assim, a pró-atividade, a autonomia, bem como a tomada de decisões dos estudantes durante a sua formação acadêmica e profissional.

Pessoalmente, e sendo uma profissional de saúde, envolvida diretamente neste processo de formação de novos profissionais médicos, participar e contribuir destes momentos de reflexão, fortalece a esperança para uma assistência em saúde mais consciente, humana e efetiva. Há que se considerar, outrossim, que esta investigação poderá contribuir para o aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense no que tange aos seus diferentes processos avaliativos. A formação de profissionais do Curso de Medicina tem significado proeminente para uma região em que os índices de desenvolvimento humano no campo da saúde ainda são precários a exigir ações permanentes e urgentes no nível da Atenção Básica da Saúde.

O Plano de Governo de Santa Catarina 2030, ao destacar a macrorregião do Planalto Serrano no que diz respeito ao diagnóstico e obstáculos a serem enfrentados pelas ações de governo nos próximos anos, identifica na área da saúde “ocorrência de taxas de mortalidade infantil e por doenças crônicas não transmissíveis substancialmente maiores do que a média estadual, bem como problemas de gestão da rede de saúde” (PLANO SC 2030, 2018, p. 142-

143). Trata-se de uma realidade que, de um lado, afirma o Projeto do Curso de Medicina que fundamentalmente, tem seu foco na preparação de profissionais para a política de Atenção Básica em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Note que o diagnóstico aponta para um problema estrutural no campo da saúde na região que é a “gestão da rede de saúde”, objeto também de formação do Curso de Medicina, entrando imperativamente a necessidade de avaliações sistemáticas e integradas que garantam uma formação integral do profissional da saúde.

Na inserção do estudante na UPSC, este tem um confronto direto com a realidade, constituindo-se num marco-referencial no seu processo de ensino-aprendizagem.

Após a sua inserção no curso, o estudante é direcionado para a realização das atividades pedagógicas em pequenos grupos de, em média, oito estudantes, e contam com a presença de um professor, o qual tem como responsabilidade a mediação através da utilização adequada dos recursos da Metodologia da Problematização.

A problematização “é uma estratégia utilizada para que o estudante, na relação com o professor, possa construir o conhecimento de forma ativa, partindo de uma visão crítica da realidade em que está inserido” (COUTINHO; OZÓRIO, 2016, p. 33). Busca-se a construção do conhecimento articulando teoria e prática na “perspectiva da *práxis*, pela ação-reflexão-ação” (COUTINHO; OZÓRIO, 2016, p. 33 – grifo do autor).

O estudante passa a ser protagonista, sujeito ativo no processo de ensino-aprendizagem, crítico, reflexivo, levando a um crescimento pessoal e profissional de grande relevância, bem como alcançando sua autonomia para o enfrentamento dos problemas.

Diante do exposto acima, emerge nossa pergunta de pesquisa: como o estudante do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC percebe sua inserção metodológica e epistemológica nas práticas desenvolvidas na UPSC?

O objetivo geral proposto é conhecer as percepções do estudante do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC, sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, sua inserção metodológica e epistemológica vivenciadas na UPSC. E os objetivos específicos são:

- a) identificar se o estudante do primeiro ano do Curso de Medicina tem conhecimento prévio das metodologias ativas de ensino-aprendizagem;
- b) registrar as expectativas (positivas ou frustrações) do estudante após seu ingresso no Curso de Medicina ao deparar-se com um currículo integrado¹;

¹Desenvolver uma integração de campos de conhecimento e experiência que facilitem uma compreensão mais reflexiva e crítica da realidade, ressaltando não só dimensões centradas em conteúdos culturais, mas também o domínio dos processos necessários para conseguir alcançar conhecimentos concretos e, ao mesmo tempo, a

- c) apresentar as percepções do estudante, frente a escrita dos confrontos experienciais, considerando sua inserção em programas e ações desenvolvidos na UPSC e
- d) verificar como os estudantes percebem a contribuição das Metodologias Ativas no seu processo de formação profissional, confrontando-as com as metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem vivenciadas anteriormente.

A abordagem metodológica prevista para esta pesquisa é qualitativa e se configura fundamentalmente em um Estudo de Caso, utilizando-se da pesquisa documental e da entrevista semiestruturada, tendo a análise ancorada no paradigma filosófico do Materialismo Histórico Dialético – entendido como princípio para observação e compreensão do mundo, valorização da prática social como critério da verdade para análise e explicação da realidade, bem como das relações humanas; uma abordagem teórico-prática que insiste nas conexões entre as partes para se entender a totalidade, o movimento e as contradições da realidade (TRIVIÑOS, 2013).

Para o autor, “o pesquisador, orientado pelo enfoque qualitativo, tem ampla liberdade teórico-metodológica para realizar seu estudo [...] e deve ter uma estrutura coerente, consistente, originalidade e nível de objetivação [...]” (TRIVIÑOS, 2013, p. 133).

Conforme já descrito acima, o *lócus* de pesquisa tem vínculo com a pesquisadora, ressalta-se assim, a importância do distanciamento do pesquisador, “[...] para dar sentido à realidade sem deturpar com a sua visão, embora tenha de conceder-se que, ao olhá-la, não é totalmente neutra” (ALARCÃO, 2014, p. 115).

Velho (1980, p. 123 – grifo do autor) “afirma-se ser preciso que o pesquisador veja com olhos *imparciais* a realidade, evitando *envolvimentos* que possam obscurecer ou deformar seus julgamentos e conclusões”.

Para a coleta das informações estaremos ancorados na pesquisa documental, principalmente na exploração do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e o Caderno do Estudante do primeiro ano (CadE/2018), e para as entrevistas, utilizaremos o modelo semiestruturado. As entrevistas foram realizadas na UNIPLAC, em salas adequadas situadas no Centro de Ciências da Saúde. Cada um dos sete (7) estudantes foram entrevistados individualmente. A privacidade e anonimato dos entrevistados foram preservados com a utilização de codinomes. Usamos nomes de profissionais médicos consagrados historicamente

compreensão de como se elabora, produz e transforma o conhecimento, bem como as dimensões éticas inerentes a essa tarefa. (SANTOMÉ, 1998, p. 27).

Parágrafo único. O Currículo do Curso de Graduação em Medicina incluirá aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região. (DNC, 2014)

pela dedicação à medicina a nível mundial. As entrevistas foram gravadas em áudio, utilizando-se de um gravador, após a autorização dos entrevistados. Posteriormente, foram transcritas para meio digital, mantendo a fidelidade do que foi dito pelo informante.

Os sujeitos da pesquisa foram sete (7) estudantes do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC do ano letivo de 2018.

O delineamento desta pesquisa parte das razões que motivaram a escolha do objeto de sua problematização e relevância social e acadêmica. É da pergunta de pesquisa, “Conhecer as percepções do estudante do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC, sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, sua inserção metodológica e epistemológica vivenciada na UPSC”, desdobrados em seus objetivos específicos que disparam-se os procedimentos metodológicos e referenciais teóricos. Os procedimentos específicos residem na pesquisa documental e entrevista semiestruturada. Após a coleta das informações procedeu-se a sua análise e sistematização apoiados em Bardin (2011).

Pretende-se através desta pesquisa oferecer contribuição para o fortalecimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem; colaborar para a formação de um profissional médico com perfil capaz de promover a saúde integral dos usuários, através de ações da equipe multidisciplinar, com atuação no contexto biopsicossocial no processo saúde-doença e qualificação do curso na tríade do campo do ensino, extensão e pesquisa.

O projeto de pesquisa tem aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 2.940.101 datada de quatro de outubro de 2018. A dissertação está estruturada em quatro capítulos: no primeiro capítulo são abordados aspectos sobre Formação Médica no Brasil e o uso das Metodologias Ativas nas Escolas de Medicina. O segundo capítulo explora o uso de metodologias ativas, enfatizando a Metodologia da Problematização, no Curso de Medicina da UNIPLAC. O terceiro capítulo apresenta os procedimentos metodológicos da pesquisa, o tipo de pesquisa e suas características gerais. E no quarto capítulo, consta da análise dos dados, referenciado na pesquisa documental e nas respostas obtidas nas entrevistas semiestruturadas realizadas com os estudantes do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC matriculados no ano de 2018, e para finalizar as considerações da pesquisa.

1 FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Neste capítulo aborda-se alguns aspectos da formação médica no Brasil, a partir de uma breve retrospectiva histórica com intuito de construir uma linha do tempo. Procura-se demonstrar como a formação médica iniciada no século XIX, exerce forte influência na formação e práticas das gerações destes profissionais na contemporaneidade.

Para entendermos os caminhos percorridos para a construção desta, iniciamos com a Constituição de 1988 que, a partir desta, no ano de 1990, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual apontava que uma das atribuições era direcionar a formação de recursos humanos na área da saúde para trabalhar esse novo sistema (BRASIL, 1988).

Posteriormente, em 1994, buscando a reorganização da Atenção Básica implantou-se o Programa Saúde da Família, hoje denominado como Estratégia de Saúde da Família, orientada pela Política Nacional da Atenção Básica, a qual caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo.

Com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, desenvolvidas por práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral conforme descrito na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Para a efetivação desta proposta, a reorganização e o incentivo à Atenção Básica no SUS, torna-se necessário a formação de profissionais, especialmente médicos, dotados de uma visão social abrangente e tecnicamente apto a prestar cuidados contínuos e resolutivos à saúde da comunidade.

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN (2014) a formação de um médico generalista é direcionada pelo

Art.3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidade e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

I- Atenção à Saúde;

- II- Gestão em Saúde;
- III- Educação em Saúde (BRASIL,2014).

A educação médica no Brasil, passou ao longo de sua história por diversos momentos, e ainda sentimos reflexos do passado nos modelos de formação adotados nas universidades até os dias atuais.

Para entender todo este processo, torna-se necessário refazer o caminho percorrido até o momento, abordando os principais pontos do processo educativo da formação médica.

Ao revisitar o processo histórico da educação médica, construímos uma linha do tempo, e possivelmente, estaremos frente a frente com conceitos, dimensões, vivências, crenças inculcadas em nossa vida, demonstrando assim a forte influência na sociedade moderna.

Conforme apresentado por Yared, (2016, p. 126) “[...] o ensino médico no Brasil é de origem portuguesa e, [...] os médicos brasileiros eram formados em Portugal na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – [...] uma das mais antigas da Europa, criada em 1290”.

A história da formação médica no Brasil, teve início quando, “[...] D. João VI assinou, em 18 de fevereiro de 1808, o documento que mandou criar a Escola de Cirurgia da Bahia, no antigo Hospital Real Militar da Cidade do Salvador [...]”² configurando-se desta forma como a primeira escola médica do Brasil.

A segunda escola de formação médica no Brasil, “[...] foi criada pelo príncipe regente D. João, por Carta Régia, assinada em 5 de novembro de 1808, com o nome de Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia e instalada no Hospital Militar do Morro do Castelo”³, iniciando assim, a educação superior no Brasil.

No final do século XIX, a Província de São Paulo, apresentava um impecável desenvolvimento econômico, mas os paulistas enfrentavam a falta de médicos para atendimento a sua população, tendo em vista que existiam somente duas escolas, uma na Bahia e a outra no Rio de Janeiro conforme já apresentado.

As tentativas para a implantação de uma Escola Médica em São Paulo iniciaram em 1823, através de um decreto-lei. Em 1878, Cesário Motta Júnior saía em defesa da criação da Escola de Medicina. Na data de 24 de novembro de 1891, surge o primeiro instrumento legal

² Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/institucional/historico>. Acesso em: 20 mar. 2019

³ Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/colchoes.php?id_colchao=1. Acesso em 19 mar. 2019

estabelecendo a Escola Médica em São Paulo, através da lei nº 19, sancionada pelo Presidente do Estado, Américo Brasiliense de Almeida Mello.⁴

Entre idas e vindas, acertos e desacertos, a primeira aula da Faculdade foi proferida em 2 de abril de 1913, por Edmundo Xavier, sendo que “[...] em 1918 formou-se a primeira turma, composta por 27 médicos, entre os quais duas mulheres”.⁵

A Faculdade de Medicina passou a integrar a Universidade de São Paulo em 25 de janeiro de 1934, através do decreto 6.283/34, e surge com as seguintes finalidades conforme descritas no seu Artigo 2º:

a) promover a pesquisa, o progresso da ciência; b) transmitir, pelo ensino, conhecimentos que enriqueçam ou desenvolvam o espírito ou sejam úteis a vida; c) formar especialistas em todos os ramos da cultura, bem como técnicos e profissionais em todas as profissões de bases científica ou artística; d) realizar a obra social de vulgarização das ciências, das letras e artes por meio de cursos sintéticos, conferências e palestras, difusão pelo rádio, filmes científicos e congêneres (USP, 1934).

Seu grande diferencial para a história da Educação Médica, era a presença de um “projeto acadêmico e institucional pleno, [...] sob o modelo francês de ensino [...]” (MACHADO, 2018, p. 67), tendo como base as Faculdades de Medicina de Paris e de Montpellier (esta conhecida como uma das mais antigas escolas de medicina do mundo medieval).

Lampert (2002, p. 4), apresenta a forma tradicional de ensinar Medicina no contexto do denominado paradigma flexneriano que se tem caracterizado:

(a) pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; (b) pelo fato de o processo de ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; (c) pela prática desenvolvida predominantemente no hospital; (d) pela capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e (e) pelo mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, e cobra seus honorários sem intervenções de terceiros.

Modelo este, que enfatiza as “[...] especializações precocemente, ainda na graduação, dificultando a formação geral dos médicos. Daí saem, com frequência, pseudo-especialistas” (LAMPERT, 2002, p. 4).

⁴ Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/historico.php> Acesso em: 20 mar. 2019

⁵ Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/historico.php> Acesso em: 20 mar. 2019

“O modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista” (PAGLIOSA, 2008, p. 496), ou seja,

Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos.

Após a proposta de Flexner,

De fato, pôde-se notar uma hierarquização da educação médica, uma vez que as escolas passaram a contar com um maior número de homens, brancos e de classe média alta, únicos estudantes que poderiam custear os estudos em medicina (AGUIAR, 2003, p.18).

Porém, quando falava sobre a população negra, considerava “[...] que eles seriam as pessoas mais adequadas para servir às suas próprias e carentes comunidades” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 496), demonstrando “[...] uma visão discriminatória sobre seu acesso à educação médica [...]” (YARED, 2016, p. 137).

Nesta época, Anísio Teixeira, ocupava o “[...] cargo de secretário da Educação do Distrito Federal, [...] e promoveu a fundação da Universidade do Distrito Federal (UDF), localizada no Rio de Janeiro e contava com o apoio dos maiores nomes da cultura nacional” (MACHADO, 2018, p. 67).

Esse grupo produziu o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, de 1932, e entendiam não haver outra prioridade a ser enfrentada dentre os problemas nacionais do início do século XX que não fosse o grave problema da educação. Sendo necessária “[...] uma ação decisiva do Estado em favor da escola pública, gratuita, obrigatória”, (LIMA, 2011, p. 226) “de acesso a todas as classes sociais e que trazia para a sala de aula experiências cotidianas” (MACHADO, 2018, p. 67), contraponto o modelo Flexneriano.

Por “educação nova” entende-se, no dizer de Lourenzo Luzuriaga (1984, p. 227), “a corrente que trata de mudar o rumo da educação tradicional, intelectualista e livresca, dando-lhe sentido vivo e ativo”.

Conforme descrito por Teixeira (1998, p. 35), durante a inauguração dos cursos da UDF em 31 de julho de 1935, Anísio Teixeira, ressaltava:

A função da universidade é uma função única e exclusiva. Não se trata, somente, de difundir conhecimentos. O livro também os difunde. Não se trata, somente, de conservar a experiência humana. O livro também a conserva. Não se trata, somente, de preparar práticos ou profissionais, de ofícios ou artes. A aprendizagem direta os prepara, ou, em último caso, escolas muito mais singelas do que as universidades.

Com essas palavras de Anísio Teixeira, o mesmo chama a atenção para a investigação, a produção do conhecimento, o exercício da liberdade e a efetivação da autonomia universitária.

Em meados de 1946, com o término da Era Vargas, observou-se a “expansão do ensino superior com a criação das universidades federais” (MACHADO, 2018, p. 67), “[...] com o predomínio da formação profissional, sem idêntica preocupação com a pesquisa e a produção de conhecimento” (FÁVERO, 2006, p. 28).

Fávero (2006, p. 29), fala que,

o movimento pela modernização do ensino superior no Brasil, embora se faça sentir a partir de então, vai atingir seu ápice com a criação da Universidade de Brasília (UnB). Instituída por meio da Lei nº 3.998, de 15 de dezembro de 1961, a UnB surge não apenas como a mais moderna universidade do país naquele período, mas como um divisor de águas na história das instituições universitárias, quer por suas finalidades, quer por sua organização institucional, como foram a USP e a UDF nos anos 30.

Retomando a história da educação e formação médica no Brasil, chegamos em 1951, quando criado o Conselho Federal de Medicina – CFM, o qual possui “atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica, [...] sua competência inicial reduzia-se ao registro profissional do médico e à aplicação de sanções do Código de Ética Médica”.⁶

Conforme informações do próprio Conselho Federal de Medicina, com as mudanças ocorridas nos últimos 65 anos, as atribuições e magnitude das ações precisaram ser ampliadas, e “atualmente, o CFM exerce um papel político muito importante na sociedade, atuando na defesa da saúde da população e dos interesses da classe médica”.⁷ A formação e educação médica, assim como todos os outros processos educativos regulares de formação no Brasil e no mundo, “[...] não é um processo estático, pois é um produto humano, ou seja, um processo em constante mudança, assim como as dimensões sociais, históricas, políticas e econômicas que envolvem cada ser humano [...]” (YARED, 2016, p. 126).

Desta forma, a partir da década de 1960, começaram críticas recorrentes, com maior intensidade e frequência ao setor saúde, em todo o mundo, momento este denominado crise da medicina, levando à intensas discussões e culminando em 1980 com o início do processo de reforma no setor da saúde em vários países.

“As reformas se desenvolveram por meio de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais”, (PAGLIOSA; DA ROS 2008, p. 497) e a sociedade civil organizada teve um papel fundamental.

Durante este período, em 21 de agosto de 1962, foi fundada a Associação Brasileira de Escolas Médicas, com sede provisória na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de

⁶ Disponível em: www.portal.cfm.org.br. Acesso em 19 mar. 2019.

⁷ Disponível em: www.portal.cfm.org.br. Acesso em: 04 abr. 2019.

Minas Gerais na cidade de Belo Horizonte/MG, atualmente denominada Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Desde o início, a ABEM “[...]tem tratado de questões que visam à qualificação da formação desse profissional” (LAMPERT, 2009, p. 19), bem como, que a graduação formasse médicos mais generalistas e, conseqüentemente, com menos ênfase nas especialidades (LAMPERT, 2009).

A ABEM, tem como missão “desenvolver a educação médica visando a formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária”.⁸ E a sua visão é “ser reconhecida como principal protagonista de melhorias na educação médica brasileira, representante de seus associados, influenciando as políticas públicas de educação e saúde”.⁹

Para Pagliosa (2008, p. 497), “outro movimento importante no Brasil, que se acentua a partir da década de 1960-70, refere-se ao aumento do número de universidades e de vagas na educação superior, principalmente na área privada [...]”.

Apesar de, em números, ser demonstrado que no Brasil já existem médicos proporcionalmente suficientes para o atendimento à população, a realidade mostra que há escassez de médicos para atender as NBS (LAMPERT, 2002, p. 1), demonstrando que existe uma “[...]concentração da formação e fixação dos médicos nos grandes centros urbanos, obedecendo claramente uma lógica do mercado” (PAGLIOSA, 2008, p. 497).

“O modelo Flexneriano, pautado em disciplinas isoladas e na conseqüente fragmentação do aprendizado, encontra-se aplicado na maioria dos cursos de Medicina do País” (MACHADO, et al., 2018, p. 68). Sob um esquema metodológico e estrutura rígida, no qual “os alunos recebem os materiais preparados pelos professores e fixam os assuntos em estudos já pré-programados, ficando a discussão e o processo de ensino-aprendizagem com pouca flexibilidade” (MACHADO, et al., 2018, p. 68).

Para Veiga (2015, p. 227, grifos da autora)

[...] a formação médica fundamentada na racionalidade técnica não colabora para a melhoria das condições de saúde de nosso tempo, porque o conhecimento técnico e descontextualizado é alienante, enfatiza o saber fazer, conferindo ao trabalho do médico caráter de atividade artesanal, restringindo as competências a um saber prático, quando não é acompanhado pelo desenvolvimento da capacidade de leitura da realidade social. Nesse sentido, o curso de medicina, quando realizado da perspectiva meramente instrumental e técnica, não contribui para a formação de um profissional para atuar numa sociedade competitiva, desigual, individualista e excludente.

8. Disponível em: www.abem-educmed.org.br . Acesso em: 20 mar. 2019.

9. Disponível em: www.abem-educmed.org.br . Acesso em: 20 mar. 2019.

Desta forma, “são formados profissionais tecnicamente hábeis e com amplo conhecimento dos processos patológicos, sem que haja, entretanto, a transferência adequada desses aprendizados para a realidade social em que serão inseridos na prática médica” (MACHADO, et al.,2018, p. 68).

A estrutura rígida em que é formulado, apresentando um corpo docente com foco estrito em sua área de atuação específica, que reproduz, muitas vezes de forma inconsciente, um conceito fragmentador levando a ideias descontextualizadas.

Mas, como modificar esta realidade? Como superar a educação bancária? Como promover a autonomia e a liberdade na formação médica? Nesta perspectiva, no final da década de 1960, nascia na Universidade de McMaster, no Canadá, um programa inovador de aprendizagem, a metodologia denominada *Problem Based Learning (PBL)*, que,

propõe o desenvolvimento de um processo de auto-aprendizagem em um contexto colaborativo. Inspirada nos princípios da Escola Nova, a ABP tem como objetivo desenvolver habilidades cognitivas para resolver problemas relativos a temas específicos do ensino específico da profissão. Os acadêmicos levantam questões a partir de problemas da vida real, que são geralmente apresentados como casos clínicos contextualizados, elaborados pelos docentes ou até pelos próprios acadêmicos. O elenco de diversas situações problemas serve como desencadeamento de busca e estudo dos conceitos, desafiando o acadêmico como sujeito ativo do seu processo de aprendizagem, no que difere do modelo tradicional. Portanto, a organização curricular se dá a partir de problemas reais e não por disciplinas, integrando as ciências básica com as áreas clínicas (ANDRADE, 2012, p. 198).

Nesta época, em 1960, iniciaram os movimentos para a reestruturação dos currículos dos cursos de Medicina principalmente no Canadá. Porém, e o Brasil? Quais foram os caminhos metodológicos para a reestruturação do currículo? O Brasil, está preparado para as propostas pedagógicas inovadoras?

1.1 METODOLOGIAS ATIVAS NAS ESCOLAS DE MEDICINA

Nas primeiras décadas do século XXI as instituições do Ensino Superior no Brasil têm se envolvido com as reformas curriculares dos seus cursos de graduação, sustentadas por diferentes perspectivas, propondo novas alternativas de organização curricular, consideradas por elas, propostas pedagógicas inovadoras (ANDRADE, 2012).

Na área da saúde as propostas de mudanças buscam superar a fragmentação dos saberes e a visão biomédica do ser humano. Os estudos de Laura Feuerwerker (2002) e Jadete Lampert (2002; 2009) apontam que os cursos de medicina apresentam nos últimos anos mudanças curriculares significativas (ANDRADE, 2012, p. 17).

O anúncio de um novo paradigma já tem impregnado os discursos e tem sido expresso na formulação das políticas de saúde e de educação, com evidência recente nas novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina (LAMPERT, 2009, p. 23-24).

Essas mudanças no campo do currículo na área médica são resultados de movimentos históricos, mobilizações, de avaliações e anseios de um novo perfil profissional, assim como as reivindicações por serviços de saúde mais humanizados. Da mesma forma estão, presentes nesse contexto a influência de Políticas Curriculares e propostas de incentivos ministeriais que vem impulsionando essas mudanças principalmente a partir dos anos 2000 (ANDRADE, 2012).

A formação de médicos generalistas capazes de atender as demandas e necessidades da comunidade, estavam sendo discutidos mundialmente, com apoio e participação efetiva da sociedade civil organizada.

O primeiro grande movimento aconteceu em 1978, na cidade de Alma-Ata, (localizada na República do Cazaquistão), durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), este momento foi de grande relevância, pois despertou e enfatizou a importância da atenção primária em saúde.

Na oportunidade fora redigida a Declaração de Alma-Ata, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, para a promoção da saúde de forma igualitária, de todos os povos do mundo, conforme segue:

I) A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países. III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial. IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social. VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da

comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.¹⁰

Posteriormente, em 1986, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá. Na oportunidade foi discutida e construída a sua Carta de Intenções, tendo como ponto de partida os progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata. A Carta de Ottawa, fora organizada nos seguintes tópicos: a) promoção da saúde; b) pré-requisitos para a saúde; c) defesa de causa; d) capacitação; e) mediação; f) significado das ações de promoção da saúde: construindo políticas públicas saudáveis; g) criando ambientes favoráveis; h) reforçando a ação comunitária; i) desenvolvendo habilidades pessoais; j) reorientação dos serviços de saúde; k) voltados para o futuro; l) compromissos com a promoção da saúde; m) por uma ação internacional.¹¹

Como resultado, ampliou-se o conceito de saúde, deixando de ser somente a ausência de doenças, conforme preconizado pelo modelo biomédico, fragmentado, individualista e curativo, para tornar-se qualidade de vida.

Partindo para os movimentos nacionais em prol de uma saúde mais igualitária a todos, vivenciamos em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, esta, conforme apresentado na biblioteca virtual Sergio Arouca¹², conseguia pela primeira vez em quase 45 anos de história ser verdadeiramente popular, reunindo em Brasília mais de 4 mil delegados de todas as partes do país e das mais diversas classes sociais. Nas conferências anteriores os debates se restringiam às ações governamentais, com a participação exclusiva de deputados, senadores e autoridades do setor saúde. Para tornar-se em 1986 o evento mais significativo em termos de debate da política de saúde já conhecido na história do país.

A comissão organizadora da VIII Conferência tinha como presidente o Professor Sérgio Arouca, e na apresentação final do relatório fica evidenciado a importância deste momento para os avanços na saúde a partir desta data.

Entre os aspectos amplamente trabalhados fica decidido: a) torna-se necessário uma reformulação aprofundada e ampliação do conceito de saúde, denominado de Reforma Sanitária; b) a negativa frente a possibilidade de estatização da saúde; c) separação da “saúde” da “previdência”; d) reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, o qual deveria resultar na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e por sua vez reger-se pelos princípios da organização dos serviços; condições de acesso e qualidade; relacionados com a política de

¹⁰Disponível em: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 21 mar. 2019

¹¹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019

¹² Disponível em: <https://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 04 abr. 2019.

recursos humanos, e tendo como principal objetivo a expansão e fortalecimento do setor nos três níveis federativos.

De maneira concreta, e apesar de muitos conflitos, embates e diferentes interesses, as mudanças só passariam a ser aplicadas, após a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, e posteriormente a criação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Em 1990, a implantação efetiva do SUS deu início à organização de um sistema de dimensão nacional, de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional, regulados a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde de 1990, leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, dentro dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização da assistência e participação da comunidade (Brasil, 1990).

Conforme apontado por Batista e Gonçalves (2011, p. 885),

apesar dessas conquistas, a especialização do cuidado à saúde, a distância do sujeito nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários e os trabalhadores e gestores da saúde têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão.

O mesmo autor (2011, p. 886), reflete sobre a formação dos profissionais de saúde atuantes no SUS, apresentando algumas estratégias utilizadas para a operacionalização da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), Norma Operacional Básica (NOB's) até o Pacto de Gestão, como o Programa Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, Política Nacional de Humanização, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, entre outras. Tais estratégias, visam contribuir para a reorientação do modelo, e como questão prioritária, emergiu a necessidade de expansão da Atenção Básica. Para Nogueira (2009, p. 263) a ampliação dos serviços da AB,

[...] trouxe em seu bojo alguns desafios conceituais, como a necessidade de buscar uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento e capaz de promover o cuidado em saúde mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar. A partir daí, uma constatação se evidenciou: as faculdades de Medicina não estão formando esse tipo de profissional. Assim, tornou-se imprescindível adotar medidas voltadas à formação e à capacitação desse profissional por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde.

Avançando ainda mais para a consolidação de um sistema universal, humanizado, de qualidade, que atenda às necessidades de saúde da população, bem como avaliar a formação médica, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras nove instituições relacionadas à profissão médica constituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM).

O projeto teve início em 1991 e foi dividido em três fases. Na primeira delas, traçou-se o perfil das escolas médicas; no segundo momento, foram contemplados os métodos pedagógicos, o sistema de avaliação docente e discente e a proposta curricular. Em 1998, a terceira fase do projeto foi chamada de “Transformação do Ensino Médico no Brasil, contou com adesão significativa das escolas médicas para um movimento de mudanças cujo objeto maior seria o real atendimento das necessidades de saúde da população” (NOGUEIRA, 2009, p. 263).

Frente a necessidade de mudança no perfil do acadêmico de Medicina, a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS) em 1994, afirmou:

Os médicos devem ser preparados para promover à saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar o deficiente, de maneira ética e amorosa, dentro da sua área de competência. Não se trata de um somatório de disciplinas, mas de uma formação transdisciplinar, a qual lhes dará condições de agir em equipes de caráter multidisciplinar e multiprofissional, em estudos e soluções dos problemas de saúde.

“Assim, após um longo processo de discussão e de negociação, foram homologadas em 2001, pelo Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador” (NOGUEIRA, 2009, p. 263).

Conforme apresentado por Nogueira (2009, p. 264), as novas diretrizes tinham como premissas:

[...] a integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento.

Define ainda, seus princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação do médico.

Preconiza que cada profissional deva assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, e que seja capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Recomenda, no artigo 3º, que o curso de graduação em Medicina tenha como egresso um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, s/p).

Sendo assim, é sugerido que os programas de Educação Superior ofereçam “[...] a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde desde o início da graduação, com o objetivo de proporcionar, [...] a oportunidade de trabalhar com problemas reais [...] compatíveis com o seu grau de autonomia” (BRASIL, 2005, s/p).

Entretanto, para Veiga (2015, p. 226), uma mudança na educação médica não é algo simples “[...] uma vez que, historicamente, os modelos pedagógicos são dominados por um pensamento conservador, reducionista e transmissivo”.

Corroborando com Veiga, temos Pagliosa e Da Ros (2008) alguns pressupostos para as diversas tentativas, e poucos resultados efetivos, em se tratando das mudanças na educação médica, quando apontam que

[...] as razões destes sucessivos fracassos são múltiplos e complexas. Envolvem desde a mobilização de professores que pouco se interessam pelo processo de formação, mais preocupados que estão com a pesquisa, quando não com sua prática profissional privada, até os interesses do capitalismo internacional, representado pelo complexo médico-industrial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p.497).

Ainda em relação a tais mudanças, Nogueira (2009, p. 264) adverte que,

a implementação das novas diretrizes curriculares não é um processo estático, apesar de garantido pela legislação, mas, ao contrário, é um processo dinâmico e acidentado, intercalado por avanços e retrocessos, que precisa ser cotidianamente construído nos diversos cenários de prática profissional para o enfrentamento dos problemas que se apresentam na realidade.

Para Yared (2016, p. 147), “neste caminho desafiante, as DCN atualizadas em 2014 apresentam em seu Art. 3º a formação que o graduado em Medicina deverá ter:

Formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, s/p).

“Seguramente, para alcançar tal finalidade, necessita-se de um processo de ensino-aprendizagem diferenciado, ou seja, novas propostas de formação médica que sejam capazes de promover a superação do paradigma da Medicina Científica” (YARED, 2016, p. 148). Logo, torna-se necessário a construção coletiva de um projeto político pedagógico seguindo o artigo 26 da Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências.

[...] 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 (BRASIL, 2014, p. 6).

Neste meandro, “na última década, percebe-se uma tendência, cada vez maior, de diminuição de propostas curriculares disciplinares e uma crescente implantação de currículos integrados com proposições de metodologias ativas” (MACHADO et al., 2018, p. 70).

No Brasil, atualmente, existem trezentos e trinta e seis cursos de graduação em Medicina, distribuídas em duzentos e treze municípios e juntas oferecem trinta e quatro mil quatrocentos e sessenta e cinco vagas para o primeiro ano do curso.

Em Santa Catarina (SC), contamos atualmente com dezessete instituições de ensino superior, distribuídas em quinze cidades e juntas oferecem mil trezentos e cinquenta vagas para o primeiro ano do curso de medicina, destas, duzentas são em escolas federais, duzentas e cinco vagas em escolas municipais e oitocentas e quarenta e cinco vagas em instituições privadas.

O primeiro curso de formação médica no Estado de Santa Catarina foi na Universidade Federal de Santa Catarina a qual teve o início de suas atividades em 1960, e a última instituição a iniciar suas atividades foi o Centro Universitário de Brusque no ano de 2018.

Ao realizar a busca individualizada sobre as metodologias de ensino utilizadas em cada uma das instituições do Estado, percebe-se a predominância do modelo tradicional de ensino, o qual está presente em dez destas, o ensino misto em uma, e do total, seis escolas utilizam as metodologias ativas de ensino-aprendizagem como sustentação para a formação do profissional médico generalista.

A UNIPLAC, lócus deste estudo, foi a segunda instituição de ensino de Santa Catarina, apoiar-se em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, sendo este o método desde a sua concepção.

Ao analisar o quadro abaixo, nota-se que nos últimos cinco anos existe uma predominância considerável para a utilização das metodologias ativas, tendo em vista que no período foram abertas sete escolas e destas apenas uma utiliza-se de metodologia mista e uma tradicional.

Quadro 1: Distribuição das Escolas Médicas em Santa Catarina

SIGLA/CIDADE	ESCOLA MÉDICA	ANO DE INÍCIO	METODOLOGIA	ADM.
UNIFEBE Brusque	Universidade de Brusque	2018	MA	ACAFE
Estácio Jaraguá do Sul	Estácio de Sá	2018	PBL	Privada
UFSC Araranguá	Universidade Federal de Santa Catarina -	2018	Misto	Pública

	Araranguá			
UNIARP Caçador	Universidade Alto Vale do Rio do Peixe	2017	PBL	ACAFE
UnC Mafra	Universidade do Contestado – Mafra	2017	Tradicional	ACAFE
UNIDAVI Itajaí	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí	2016	MA	ACAFE
UFFS Chapecó	Universidade Federal da Fronteira Sul - Chapecó	2015	Tradicional	Federal
UNOCHAPECO Chapecó	Universidade Comunitária da Região de Chapecó	2005	Modular	ACAFE
UNIPLAC Lages	Universidade do Planalto Catarinense	2003	PBL	ACAFE
UNOESC Joaçaba	Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba	2001	Tradicional	ACAFE
UNIVILLE Joinville	Universidade da região de Joinville	1998	Tradicional	ACAFE
UNESC Criciúma	Universidade do Extremo Sul Catarinense	1998	PBL	ACAFE
UNISUL Tubarão	Universidade do Sul de Santa Catarina - Tubarão	1998	Tradicional	ACAFE
UNISUL Palhoça	Universidade do Sul de Santa Catarina - Palhoça	1998	Tradicional	ACAFE
UNIVALI Itajaí	Universidade do Vale do Itajaí	1997	Tradicional	ACAFE

FURB Blumenau	Furb Blumenau	1989	Tradicional	ACAFE
UFSC Florianópolis	Universidade Federal de Santa Catarina	1960	Modular	Federal

Fonte: Busca na web¹³ Quadro construído pela pesquisadora

Para melhor compreensão, em breves palavras apresentamos a diferença entre as metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas pelas instituições de Santa Catarina, que possuem curso de Medicina.

O *blended learning*, ou aprendizagem mista, é uma modalidade na qual momentos presenciais são mesclados por atividades desenvolvidas como “trabalho em casa”, e o estudante tem a oportunidade de mergulhar em determinados assuntos.

A estrutura modular os conteúdos, habilidades e atitudes são trabalhados de forma articulada, onde os estudantes dedicam-se ao tema de forma global, integrada e vinculada com a prática, o que facilita o aprendizado e a fixação dos conceitos a longo prazo (UFSC, 2019).

Já a organização através do método tradicional, caracteriza-se no modelo clássico de sala de aula, através [...] de um comportamento passivo do aluno [...] e onde o professor é tido como detentor universal do conhecimento (MUNHOZ, 2015, p. 98).

E a metodologia ativa de ensino-aprendizagem, a qual será explorada de maneira mais aprofundada no próximo capítulo desta dissertação. Diante do exposto, torna-se cada vez mais importante, a utilização de novas propostas pedagógicas na formação médica, de maneira a contrapor o modelo hospitalocêntrico e fragmentado, para a inclusão das ciências humanas e das práticas integrais, humanizadas e humanizadoras, éticas, críticas-reflexivas e cidadãs, promovendo uma visão holística de ser humano, no âmbito biológico, psicológico, social e histórico (YARED, 2016).

¹³ Disponível em:

<https://www.escolasmédicas.com.br/>; <http://webpainel.cfm.org.br/>, www.new.acao.org.br/instituicoes/ e <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 05 abr. 2019.

1.2 METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APRENDIZAGEM

Conforme descrito no Dicionário Básico de Filosofia (2001), a palavra metodologia significa a ciência ou estudo dos métodos. Métodos em sua origem grega advém da palavra *methodos*, de meta e hodos que significa caminhos. Sendo assim, metodologia significa “o estudo dos métodos, dos caminhos a percorrer, tendo em vista o alcance de uma meta, objetivo ou finalidade” (MANFREDI, 1993, p. 1).

Partindo deste princípio, a metodologia do ensino é apontada por Manfredi, (1993, p. 1),

[...] tal como qualquer outro conhecimento, é fruto do contexto e do momento histórico em que é produzido. Sendo assim, talvez não exista apenas um conceito geral, universalmente válido e histórico de metodologia, mas sim vários, que têm por referência as diferentes concepções e práticas educativas que historicamente lhes deram suporte.

É preciso levar em consideração o momento vivenciado, bem como a construção do conhecimento socialmente adquirido, as possibilidades e ferramentas apresentadas e possíveis em cada período histórico. Freire (1996, p. 24), aponta que “foi assim, socialmente aprendendo, que ao longo dos tempos mulheres e homens perceberam que era possível – depois, preciso – trabalhar maneiras, caminhos, métodos de ensinar”.

Diante dos diversos caminhos e métodos de ensinar começam as discussões sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a qual tem em sua concepção educativa a estimulação de processos crítico-reflexivos, “[...] no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado” (SOBRAL e CAMPOS, 2012, p. 209).

Segundo Manfredi, (1993, p.4), a metodologia ativa “[...] visa garantir o processo de reflexão crítica sobre a realidade vivida, percebida e concebida, visando uma tomada de consciência dessa realidade, tendo em vista a sua transformação”.

Para que o estudante compreenda e vivencie plenamente o processo através das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, torna-se necessário que o professor passe a assumir-se “[...] como sujeito também da produção do saber, se convença definitivamente de que ensinar não é *transferir conhecimento*, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 1996, p. 22).

Devemos ter a consciência que “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina, ensina alguma coisa a alguém (FREIRE, 1996, p. 23), e

Quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, gnosiológica,

pedagógica, estética e ética, em que a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a seriedade (FREIRE, 1996, p. 24).

Provavelmente a presença do modelo tradicional, bancário adotado nas Universidades e incorporado por muitos profissionais, significa o problema mais grave a ser enfrentado, demonstrando a ausência de

[...]consciência *na prática* de que *a aprendizagem dos alunos é o objetivo central dos cursos de graduação* e que nosso trabalho de docentes deve privilegiar não apenas o processo de ensino, mas o processo de ensino-aprendizagem, em que a ênfase esteja presente na aprendizagem dos alunos e não na transmissão de conhecimentos por parte dos professores (MASETTO, org. 1998, p. 12 - grifos do autor).

O mesmo autor, (1998, p.12) continua suas colocações falando sobre o papel docente, o qual “[...] é fundamental e não pode ser descartado como elemento facilitador, orientador, incentivador da aprendizagem”. Os docentes, no papel de “[...] simples e tão-somente repassadores de conhecimento, [...] está em crise e, já há algum tempo, ultrapassado” (MASETTO, 1998, p. 12).

O encontro entre docentes e discentes, precisa ser trabalhado na busca de desenvolver “[...] situações favoráveis ao desenvolvimento dos aprendizes nas diferentes áreas do conhecimento, no aspecto afetivo-emocional, nas habilidades e nas atitudes e valores” (MASETTO, 1998, p. 14).

Algumas metodologias de ensino que tem como princípios o desenvolvimento integral do estudante são denominadas como Metodologias Ativas de Aprendizagem. “Estas metodologias são aquelas em que o estudante tem um papel ativo, participativo, e o professor assume papel de mediador e orientador durante o processo de construção do conhecimento” (ANDRADE, 2012, p. 223).

As metodologias ativas, se fundamentam nos princípios da aprendizagem ativa e significativa, podemos assim elencar:

a) a resolução de problemas por meio da articulação entre os campos profissional e acadêmico; b) o desenvolvimento de conhecimentos transversais por meio de atuação em equipes; c) a complexidade dos conhecimentos, em atividades pautadas na multidisciplinaridade” (MACHADO et al., 2018, p. 70).

Estas se baseiam em diferentes formas de aprender, na qual os estudantes participam utilizando experiências reais ou simuladas. Para tanto, torna-se necessário a utilização de ferramentas metodológicas, que promovam o suporte adequado para cada uma das situações vivenciadas. As modalidades compreendidas como metodologias ativas são: o Estudo de Caso, Aprendizagem Baseada em Projetos; Pesquisa Científica; Metodologia da

Problematização com o Arco de Maguerez e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), este mais amplamente utilizado nos cursos de Medicina (MACHADO, et al., 2018).

As metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito na *invocação* de Paulo Freire. Torna-se necessário considerar que o processo de formação na graduação tem duração de quatro a seis anos, enquanto, por outro lado a vida profissional perdurará por décadas, motivo este que deve ser o foco para a “[...] formação de um profissional ativo e apto a *aprender a aprender*” (MITRE et al., 2008, p. 2135).

Mas, como aprender a aprender? Como construir um profissional ativo? Como estimular e promover a autonomia? Como perceber que a aprendizagem é significativa?

Para Coll (2000), existem duas condições para a construção da aprendizagem significativa: a existência de um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de uma atitude favorável para a aprendizagem, ou seja, a postura própria do discente que permite estabelecer associações entre os elementos novos e aqueles já presentes na sua estrutura cognitiva.

Ademais, conforme apresentado por Mitre et al. (2008, p. 2136 – grifos do autor)

[...] a aprendizagem significativa se estrutura, complexamente, em um movimento de continuidade/ruptura. O *processo de continuidade* é aquele no qual o estudante é capaz de relacionar o conteúdo aprendido aos conhecimentos prévios, ou seja, o conteúdo novo deve apoiar-se em estrutura cognitivas já existentes, organizadas como subsunções. O *processo de ruptura*, por outro lado, instaura-se a partir do surgimento de novos desafios, os quais deverão ser trabalhados pela análise crítica, levando o aprendiz a ultrapassar as suas vivências – conceitos prévios, sínteses anteriores e outros-, tensão que acaba por possibilitar a ampliação de suas possibilidades de conhecimento.

Para que o estudante consiga ampliar suas possibilidades de conhecimento, o professor precisa respeitar cada sujeito, estimulando de maneira progressiva a autonomia, alicerçados em bases sólidas do autoconhecimento, e na construção de sua história de vida. Para Mitre et.al.,

Esse respeito só emerge no âmago de uma relação dialética na qual os atores envolvidos – docente e discente – se reconhecem mutuamente (e aqui se pode *recuperar* a dialética do senhor e do escravo de Hegel), de modo a não haver docência sem discência, na medida em que as duas se explicam, e seus sujeitos, apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto um do outro (2008, p. 2136).

Esta relação de ganho substantivo que emerge da relação, torna-se possível “[...] quando o docente tenha como características principais a humildade reconhecendo sua finitude, os limites do conhecimento [...] e de sua avaliação pelo aprendiz [...], a partir da adoção de uma atitude de compaixão” (MITRE et al., 2008, p. 2136).

A atitude de compaixão deve pressupor “[...] o deslocamento do eu em direção do outro” de maneira a “desenvolver e praticar um amplo respeito à existência” (MITRE et al., 2008, p. 2136).

Partimos da compreensão de que todo processo educativo precisa ser uma prática transformadora, tanto do indivíduo quanto da realidade em que este se insere. Como nos diz Freire (1997), ensinar exige apreensão da realidade, não para nos adaptarmos a ela, mas para transformá-la, para nela intervir, recriando-a; desenvolvendo a capacidade de aprender com sujeitos críticos, epistemologicamente curiosos, construindo o conhecimento acerca do objeto e da realidade.

1.2.1 Aprendizagem Baseada em Problemas

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou PBL (sigla inglesa da expressão Problem-Based Learning), é considerada uma das mais significativas inovações na educação médica nos últimos anos, tendo surgido como um movimento de reação aos currículos das escolas médicas.

Representa uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem ancorada no desenvolvimento do pensamento crítico, na autonomia, na (re) construção do conhecimento, cuja centralidade é o estudante, diferentemente do método de ensino tradicional, o qual é baseado na transmissão de conhecimentos disciplinares.

Para que os objetivos da metodologia sejam alcançados, torna-se necessário a elaboração cuidadosa dos problemas a serem trabalhados pelo grupo. Devendo assim, “[...] haver tantos problemas quantos seja, os temas essenciais que os alunos devem estudar para cumprir o currículo, sem os quais não poderão ser considerados aptos para exercer a profissão” (BERBEL, 1998, p. 149).

A ABP tem uma sequência de problemas a serem estudados. Ao término de um, inicia-se o estudo do outro. O conhecimento adquirido em cada tema é avaliado ao final de cada módulo, com base nos objetivos e nos conhecimentos científicos (BERBEL, 1998, p. 149).

Para Munhoz (2015, p. 124), a ABP é uma abordagem que busca “enfrentar um problema sem uma solução previamente definida, não atestada pelo professor, que adota um papel de orientador, somente o despertar do senso crítico, da criatividade e da iniciativa [...]”.

Corroborando, Moraes e Manzini (2006, p. 126), apresentam que a ABP “focaliza conhecimentos, habilidades, atitudes e valores”, e busca uma “aprendizagem centrada no estudante, no aprender a aprender, na integração dos conteúdos das ciências, básicas e clínicas, além dos conhecimentos interdisciplinares” (Moraes e Manzini, 2006, p. 126).

Nesta perspectiva é uma proposta de desenvolvimento, a qual reconhece as necessidades dos estudantes a adotar um comportamento interessado, participativo, e apto para o desenvolvimento de atividades coletivas, e

“[...] de uma forma mais eficaz e capaz de recuperar o encantamento no relacionamento entre professor e aluno, desenvolvido com utilização de uma extensiva aplicação de um diálogo constante entre todos os participantes do processo de ensino-aprendizagem, que agora incluem as redes sociais, familiares e a própria sociedade” (MUNHOZ, 2015, p. 125).

Os estudantes começam a enfrentar problemas os quais irão deparar-se na vida profissional, desta forma, a metodologia busca a formação com habilidades para:

- Aptidão para definir claramente como será efetivada a solução de um problema, com a abordagem a ser adotada e a estratégia a ser seguida, primeiro passo na apresentação da solução do problema proposto;
- Capacidade para acessar, avaliar e utilizar dados compilados a partir de uma variedade de fontes;
- Coragem para acelerar hipóteses, sempre que forem dadas ou consideradas novas informações que podem alterar a solução dos problemas;
- Condições de desenvolver soluções claras, que demonstram o ajuste do problema e das condições apoiados e baseados em argumentos e informações claras (MUNHOZ, 2015, p. 126).

Neste ambiente, mudanças culturais são indispensáveis e fundamentais, tanto para o estudante que obrigatoriamente precisa assumir uma postura colaborativa, bem como para o professor, que passa a não ser o detentor do saber e sim assume o papel de colaborador, em um ambiente que todos aprendem juntos.

Para Cavalcante et.al (2018, p. 14), a ABP

traz uma mudança de concepção da relação professor-aluno, tendo o aluno como o sujeito ativo no processo de ensino-aprendizagem, o que diminui a distância entre esses dois sujeitos, muitas vezes considerados como polos dicotomizados e submetidos a uma rígida hierarquia. O professor passa a atuar como um orientador que auxilia o aluno a alcançar o objetivo de aprendizagem e não mais como único detentor do conhecimento. A relação, assim, torna-se mais horizontalizada, e as relações de poder tendem a ser menos conflituosas e instituídas.

Portanto, valoriza-se além do conhecimento a ser aprendido, a forma como ocorre o aprendizado, reforçando o papel ativo do estudante, permitindo que ele aprenda como aprender. Fomentando a “[...] aprendizagem significativa, a articular os conhecimentos

prévios com os de outros estudantes do grupo, a indissociabilidade entre teoria e prática, o respeito à autonomia do estudante [...]” (Borges et. al, 2014, p. 303).

Outra grande característica da ABP comparando com a metodologia tradicional, é que o conhecimento não é meramente informativo, ele caracteriza-se como uma metodologia formativa (BORGES, 2014, p. 303). Essa proposta "possibilita que o estudante empregue os conhecimentos adquiridos de forma holística, minimizando a ocorrência de uma educação fragmentada" (FARIAS et.al., 2015, p. 145).

Sendo assim, a formação de profissionais em saúde críticos, reflexivos e transformadores de suas realidades está intimamente ligada às concepções pedagógicas que estimulam a aprender a aprender, o que deve ser adotado nas práticas profissionais de educação em saúde aos usuários, famílias e comunidades as quais irão atuar.

1.2.2 Método da Problematização

O Arco de Charles Maguerez, é a base para a aplicação da Metodologia da Problematização, foi elaborado na década de 70 do século XX, e tornado público por Bordenave e Pereira a partir de 1977.

Nesse esquema constam cinco etapas os quais se desenvolvem partindo da realidade vivenciada ou de parte da vivência, seguindo os passos: “Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática)” (BERBEL, 1998, p. 141).

A utilização do Arco de Charles Maguerez, tem como sentido especial o de “[...] levar os alunos a exercitarem a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, ou dito de outra maneira, a relação prática – teoria – prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social” (BERBEL, 1998, p. 144).

Todo o processo, de observar atento a realidade e a discussão coletiva sobre os dados registrados,

[...] a reflexão sobre as possíveis causas e determinantes do problema e depois com a elaboração de hipóteses de solução e a intervenção direta na realidade social, tem-se como objetivo a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão (BERBEL, 1998, p. 144).

Uma de suas mais importantes características metodológicas, é a riqueza da observação da realidade, pois o processo acontece de diferentes ângulos e contradições, tanto dos estudantes como dos professores, e esta visão individual que depois parte para a discussão coletiva é o que torna rica a elaboração dos problemas. Neste contexto “não há restrições quanto aos aspectos incluídos na formulação dos problemas, já que são extraídos da realidade social, dinâmica e complexa” (BERBEL, 1998, p. 149). E os resultados das discussões deverão resultar em algum tipo de intervenção junto a realidade observada, desencadeando uma transformação real.

Após o aprofundamento sobre determinado problema

[...] poderão surgir outros, como desdobramentos do primeiro, só percebidos pelos alunos com o estudo aprofundado deste. Os conhecimentos científicos também são importantes e são buscados na etapa da teorização. No entanto, ao mesmo tempo são buscadas as percepções ou representações de pessoas que vivem o problema e convivem com situações em que está presente, além de informações de outras fontes. Os diferentes tipos de saberes são conjugados pelos alunos enquanto constroem seus conhecimentos, que envolvem relações entre o técnico-científico e o social, político, ético... (BERBEL, 1998, p. 149).

Quando pensamos nos resultados, precisamos lembrar que “[...] não há controle total dos resultados em termos de conhecimentos. Eles são buscados [...] amplamente considerando suas possíveis causas e determinantes, que em geral ultrapassam os aspectos técnico-científicos” (BERBEL, 1998, p. 150).

Para Berbel (1998, p. 150),

os conteúdos tanto podem não satisfazer ao professor em termos do que gostaria de ver apreendido pelos alunos, quanto podem surpreender ao professor e ao próprio grupo quando descobrem aspectos e relações não previstos. Se ocorre o primeiro caso, o professor poderá/deverá providenciar outra forma e momento para suprir o essencial do programa não atingido naquele tema.

No desenvolvimento das cinco etapas do Arco, o grupo trabalha junto durante todo o tempo, sempre com a supervisão de um professor. Por momentos tarefas poderão ser distribuídas, mas retornam sempre para o grupo, que juntos irão construindo o conhecimento.

A opção pela Metodologia da Problematização não requer grandes investimentos físicos ou estruturais, mas, “[...] alterações na postura do professor e dos alunos para o tratamento reflexivo e crítico dos temas e na flexibilidade de local de estudo e aprendizagem, já que a realidade social é o ponto de partida e de chegada dos estudos” (BERBEL, 1998, p. 148).

A Metodologia da Problematização é vista como uma alternativa metodológica, respaldada na Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, com inspirações nos princípios do Materialismo Histórico Dialético, tendo seu eixo básico de orientação de todo o processo a ação-reflexão-ação.

Refletindo sobre as duas metodologias, é possível entender que a Aprendizagem Baseada em Problemas utiliza-se do conhecimento já elaborado para aprender a pensar e raciocinar sobre ele, formulando soluções para os problemas de estudo. Já a Metodologia da Problematização, além disso, é um desafio para a construção de novos conhecimentos, pela inserção na realidade em que o tema em estudo é vivenciado por diferentes atores sociais, sejam os estudantes, professores, comunidade, profissionais da saúde, entre outros.

2 CURSO DE MEDICINA DA UNIPLAC

Este capítulo tem por objetivo, apresentar de maneira mais aprofundada o Curso de Medicina da UNIPLAC, lócus desta pesquisa, expondo a metodologia utilizada no processo de ensino-aprendizagem, com foco maior na Metodologia da Problematização utilizada na UPSC e posteriormente as orientações que são repassadas aos estudantes através do instrumento denominado Caderno do Estudante, neste momento utilizando como base o caderno do primeiro ano, alvo desta pesquisa.

O Curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense, foi implantado no ano de 2004, seu projeto foi aprovado em 29 de agosto de 2003, embasado em uma proposta inovadora para a formação de médicos, visando à “melhoria das condições de saúde das pessoas e da população, contribuindo para o desenvolvimento regional sustentável e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com as DCN” (SUBTIL, et al., 2016, p. 15).

Até o ano de 2019, foram formados 409 médicos, e atualmente existem 318 estudantes matriculados do 1º ao 6º ano, conta com 112 professores de diversas categorias profissionais, como: médicos, enfermeiros, biólogos, médicos veterinários, pedagogos, psicólogos, farmacêuticos, biomédicos, entre outros. Passou pelo reconhecimento em 2009 e 2012, e processo de renovação pelo MEC em abril de 2019.

A operacionalização deste currículo integrado e orientado por competência profissional, por meio da qual os valores éticos direcionam a visão de mundo e onde a conduta cidadã e profissional do estudante inserido precocemente nos cenários reais, vivenciando processos de saúde-doença com as pessoas, as famílias e a comunidade, de maneira a incluir os valores do “*aprender a conhecer, a fazer, a conviver e a ser*” (SUBTIL, et al., 2016, p. 17 – *grifos do autor*), “sempre com o objetivo de incluir o “outro” entre suas preocupações” (SUBTIL, 2016, p. 17).

Sendo assim, conforme descrito por Subtil (2016, p. 23),

o Curso de Medicina da UNIPLAC traz, em sua concepção a necessidade de trabalhar metodologias ativas de ensino aprendizagem, privilegiando fundamentalmente a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), nas Unidades Sistematizadas, e a Problematização nas Unidades de Prática de Saúde na Comunidade.

Na Unidade de Prática de Saúde na Comunidade (UPSC), os estudantes compartilham experiências junto à Equipe de Estratégia Saúde da Família de referência, e participam ativamente dos demais cenários de ensino-aprendizagem como grupos de Educação em

Saúde, grupos comunitários, escolas, ou seja, espaços reais de trabalho do médico, em uma perspectiva da integralidade do cuidado na Atenção Básica.

Para Coutinho e Ozório (2016, p. 31),

A inserção precoce dos estudantes em contato com essa realidade estimula e assegura a formação de vínculo e a responsabilização com as pessoas, as famílias e a comunidade em atendimento, favorecendo a humanização do cuidado e a reflexão acerca do processo de trabalho em equipe multiprofissional. A realidade dos serviços da rede de atenção primária possibilita que os estudantes apresentem um movimento particular na identificação das necessidades de saúde da população, propiciando uma aprendizagem significativa e peculiar para a história de vida das pessoas. Nesse processo, esses estudantes vão desenvolvendo autonomia e complexidade, as quais aumentam com a realização das tarefas.

2.1 METODOLOGIAS ATIVAS NO CURSO DE MEDICINA DA UNIPLAC: MÉTODO DA PROBLEMATIZAÇÃO

Ao longo desta dissertação discorreremos sobre os caminhos percorridos na educação e formação médica, sobre as propostas pedagógicas inovadoras de ensino aprendizagem, abordamos o perfil das escolas médicas no Brasil e mais especificadamente em Santa Catarina, das metodologias utilizadas pelas instituições e sobre as metodologias ativas de ensino- aprendizagem.

Logo, paramos para refletir: e a UNIPLAC, *locus* desta pesquisa, qual é a sua história? Sua relevância perante a comunidade Serrana e Catarinense? Para compreendermos este processo, estaremos utilizando dois documentos, o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e o Caderno do Estudante do primeiro ano (2018).

Segundo o PPC, (UNIPLAC, 2019, p. 23), o Curso de Medicina da UNIPLAC foi implementado no ano de 2004, e

[...]foi constituído para atender às necessidades de saúde, observando as características da região da Serra Catarinense. Em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001), projetou-se um curso com uma proposta inovadora de formação de médicos, que visasse melhoria das condições de saúde das pessoas e da população, contribuindo para o desenvolvimento regional sustentável e à consolidação do SUS.

Sua estrutura é composta por um currículo integrado, com duração de seis anos, totalizando 7.400 horas, estas estão distribuídas entre Unidades Educacionais Sistematizadas e Unidades de Prática de Saúde na Comunidade durante os primeiros quatro anos e Unidade Educacional Eletivo no quinto e sexto ano do curso.

O currículo integrado, foi adotado desde sua estruturação, e considera-se “[...] necessariamente o desenvolvimento de competências pela superação da divisão entre teoria e prática, favorece a articulação entre o serviço e ensino, o que leva a construção do saber e o saber fazer, assim como o de saber ser” (UNIPLAC, 2019, p. 26).

Visando o desenvolvimento das competências, toma-se como política institucional de ensino as metodologias ativas de ensino-aprendizagem - Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Problematização-, oportunizando que os estudantes desenvolvam a capacidade de buscar as informações de maneira constante e de qualidade, desenvolvam o raciocínio crítico, tenham responsabilidade social e capacidade de trabalhar em equipe.

O processo de ensino aprendizagem é centrado no estudante, isto é, o estudante aprende a questionar e buscar respostas, pautado em suas experiências e no conhecimento científico.

Neste sentido, o Curso de Medicina da UNIPLAC, têm como objetivo geral,

[...] formar profissionais generalistas com conhecimento, habilidades e atitudes, capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, dignidade humana e saúde integral do ser humano, atento aos aspectos éticos, humanísticos e técnicos, com espírito crítico e reflexivo, que valorize o trabalho em equipe e a autoaprendizagem (UNIPLAC, 2019, p. 29)

Para a efetivação deste objetivo, torna-se imprescindível o amparo no seu projeto pedagógico do curso, em suas metodologias, e mais propriamente a Metodologia da Problematização, a qual direciona a Unidade Educacional de Prática em Saúde na Comunidade, alvo deste estudo.

Mas, o que seria problematizar? Por que problematizar? Problematização em cursos da área da Saúde? Em medicina?

Muitas são as perguntas, e não encontramos respostas prontas pois “Problematizar a realidade é muito diferente de formular um problema no sentido abstrato. Problematizar a realidade vai demandar estudos de diferentes aspectos que, conjugados, permitirão elaborar as hipóteses de solução” (BERBEL, 2005, p. 126). Conforme aponta a autora “[...] a realidade é complexa, é multidimensional” (BERBEL, 2005, p. 126).

Além disso, segundo Berbel (2005, p. 127)

[...] poderíamos afirmar que problematizar a realidade implica uma situação de envolvimento com a realidade desde o início, e isso vai dar um caráter de concretude especial à situação observada, para a qual se deseja contribuir. Em geral, os problemas extraídos da realidade são tão ricos e desafiadores que vão demandar o estudo por diferentes ângulos, de aspectos de diferentes naturezas, que possibilitarão tratá-lo em sua complexidade e chegar a algumas hipóteses de solução.

Corroborando, Freire (1996, p. 62) diz que “quanto mais pomos em prática de forma metódica a nossa capacidade de indagar, de comparar, de duvidar, de aferir, tanto mais eficazmente curiosos nos podemos tornar e mais crítico se pode fazer o nosso bom senso”.

Ou seja, estimular a pergunta, estimular a reflexão crítica sobre a própria pergunta, o que se pretende com aquela pergunta, torna-se muito mais significativo, que simplesmente ficar passivamente ouvindo o discurso do professor, sem fazer parte efetivamente do processo de construção do conhecimento.

Gerando assim, “situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade” (SOBRAL; CAMPOS, 2012, p. 209), estimulando a refletir sobre os problemas vivenciados, elevando seu nível de curiosidade e desafios e estimulando uma investigação para a busca de soluções adequadas para cada situação.

Problematizar é questionar, é indagar. Sabe-se também que, a problematização como metodologia parte da realidade vivenciada. Após o questionamento sobre a realidade vivenciada preciso buscar possíveis respostas ou hipóteses de solução, como faço para organizar estas ideias e aplicá-las em minha realidade? Os meus conhecimentos prévios têm algum valor? De que forma sistematizar todas estas informações?

De maneira sistemática, a metodologia da problematização,

[...] privilegia capacidades mais complexas, potencializando no sujeito que aprende o raciocínio lógico e moral, a sensibilidade humana frente aos conflitos sociais que prejudicam uma convivência harmônica e saudável. Neste sentido, não se pode perder de vista que este é um processo de aprendizagem baseado na empatia e na construção de vínculos (UNIPLAC, 2017, p. 32).

A problematização valoriza ainda “os conhecimentos anteriores dos participantes e sua observação atenta da realidade contribuirão para distinguirem quando estão diante de um verdadeiro problema para se resolver” (BERBEL, 2005, p. 128). Sendo de fundamental importância “a sensibilidade e o compromisso com a realidade [...]” (BERBEL, 2005, p. 4), os quais se encarregarão de completar com clareza, todo o ciclo baseado na ação-reflexão-ação, permitindo uma efetiva integração entre ensino e prática profissional.

Todo o processo pedagógico do Curso de Medicina da UNIPLAC, orientado pela Metodologia da Problematização é operacionalizado no Ciclo de Aprendizagem que acontece uma vez por semana, em local protegido. As etapas do Ciclo de Aprendizagem, além de pautadas na Metodologia da Problematização, tem como parâmetro o Arco de Charles Maguerez (BORDENAVE, 2008), sendo dividido em:

- a) Confronto experiencial (Observação da Realidade): registro da reflexão a partir da coleta de dados de uma situação real da prática; b) Síntese provisória (Pontos

Chave): reflexão sobre as principais situações vivenciadas, discussão em grupo e identificação de questões de estudo de interesse comum do grupo, que subsidiem a tomada de decisões da situação problema; c) Busca e análise de informações (Teorização): em diferentes fontes científicas consultadas, orientadas a situação problema; d) Elaboração da nova síntese (Hipóteses de Solução): por meio da discussão das informações trazidas pelo grupo; e) Avaliação: auto e hetero-avaliação dos estudantes e do professor, referente ao Ciclo de Aprendizagem (UNIPLAC, 2017, p. 32).

Os Ciclos de Aprendizagem do primeiro ano ocorrem em espaços adequados na Universidade e sob a responsabilidade de um professor, em horário e dia estabelecidos na semana típica. São momentos fundamentais nos quais ambos, professor e estudante, assumem uma postura “[...] dialógica, aberta, curiosa, indagadora e não apassivada, enquanto fala ou enquanto ouve. O que importa é que o professor e alunos se assumam *epistemologicamente curiosos* (FREIRE, 1996, p. 86).

Para Freire (1996, p. 87, grifos do autor) “o exercício da curiosidade a faz mais criticamente curiosa, mais metodicamente ‘perseguidora’ do seu objeto. Quanto mais a curiosidade espontânea se intensifica, mas, sobretudo, se ‘rigoriza’ tanto mais epistemológica ela vai se tornando”.

A possibilidade de propiciar um ambiente de diálogo e de participar ativamente do processo de ensino-aprendizagem, aproxima professor e alunos, tornando o ambiente mais próspero e eficiente para a construção do conhecimento significativo, emergidos sempre na criatividade, na participação, no compromisso, para alcançar a transformação e o desenvolvimento de competências e habilidades individuais e coletivas.

Sendo assim, através da

flexibilidade curricular, a interdisciplinaridade, as metodologias ativas de ensino e aprendizagem, a prática como base de construção do conhecimento, as oportunidades de conhecer e intervir sobre a realidade e as novas modalidades de avaliação são elementos constituintes do currículo integrado, orientado por competências, deste Curso (UNIPLAC, 2017, p. 32).

Corroborando, Davini (1983, p. 284):

[...]o currículo integrado pode gerar possibilidades para o processo ensino e aprendizagem, permitindo: uma efetiva integração entre ensino e prática profissional; o teste imediato da prática, integrando teoria e prática; um avanço na construção de teorias a partir da integração teoria e prática; a busca de soluções específicas para diferentes situações; a integração ensino-serviço-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última; a integração entre estudante-professor na investigação e busca de esclarecimentos e propostas e a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura.

Formando, não só mais um profissional médico, mas um profissional médico capaz de modificar a realidade, de maneira hábil, participativa e coerente com as necessidades locais, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

Como tivemos oportunidade de descrever, o Curso de Medicina da UNIPLAC, conforme o perfil de seu egresso prepara-o para o serviço público da saúde. Uma saúde humanizada, onde sensibilidade, dedicação, engajamento social e ético no serviço deste profissional são valores que se expressam na prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação da saúde. Neste contexto, ao finalizar este capítulo, convém lembrar oportunamente a prática médica de Césare Sartori.¹⁴ Misto de médico e antropólogo, Césare Sartori foi um italiano de tendências revolucionárias e com tendência sindical, fixou-se no começo do século XX na cidade de Lages, onde logo mostrou preocupação com a população pobre e negra.

Sua tendência sindical tinha como modelo político de atuação as diretrizes aprovadas no congresso do CGT (Confédération Générale Du Travail) francesa de 1906, desta forma, seus objetivos centrais eram organizar os trabalhadores na defesa de seus interesses morais, econômicos e profissionais, sem associar essa luta a qualquer partido ou tendência política.

Césare Sartori, nasceu em 1867, em Vicenza na Itália, formando-se em Medicina em 1893 pela Universidade de Pádua. Em 1902 saiu do cais do porto de Suberba, rumo ao Brasil em busca de trabalho, de saúde e de liberdade, primeiramente fixou-se em Urussanga, mas achando o clima desfavorável para sua saúde, tratou-se de estabelecer-se em Lages, e criar uma Casa de Saúde, no ano de 1903. Segundo relatos, em sua bagagem havia poucas roupas e muitos livros e ferros para cirurgia.

A dedicação de Césare Sartori para com os negros, indígenas e pobres de Lages era outra de suas virtudes, pois dificilmente cobrava por suas consultas e às vezes ainda fornecia-lhes os remédios. Assim, ao falecer no dia de 12 de julho de 1945 aos 78 anos em decorrência de uma pneumonia, teve seu enterro acompanhado por pessoas de todas as classes sociais principalmente da comunidade negra, sendo que seu caixão foi carregado a pé, por membros da população pobre e negra de Lages – em atenção a um pedido do falecido-, segmentos sociais estes, a quem Sartori havia devotado seu altruísmo.

Cabe aqui ressaltar a visão humanizada, a inserção nas comunidades mais necessitadas, o vínculo e a responsabilização com as pessoas já incorporadas na prática

¹⁴ Disponível em: <http://acratastudiorum.blogspot.com/2010/09/trajetoria-revolucionaria-de-cesare.html>
Acesso em: 06 abr. 2019.

médica no século XX, aspectos estes que estão cada mais explícitos e tão necessários para a formação médica no Brasil.

Com este breve relato da prática médica de Sartori em Lages, reafirmamos o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNIPLAC, ao mesmo tempo demonstramos que sua proposição atual, respeitado os devidos contextos e características, é uma utopia realizada e realizável.

2.2 UNIDADE EDUCACIONAL DE PRÁTICA DE SAÚDE NA COMUNIDADE: ORIENTAÇÕES DO CADERNO DO ESTUDANTE

A cada novo ano letivo, o estudante do Curso de Medicina UNIPLAC, tem a seu dispor, o Caderno do Estudante, referente ao ano o qual está cursando. Neste, estão todas as informações necessárias para o desenvolvimento das atividades, subdividido nas unidades educacionais, informações sobre os laboratórios, professores, apoio pedagógico, entre outros.

Para deixar mais clara a informação exposta nesta dissertação, estaremos apresentando as principais informações, descritas no Caderno do Estudante referente a UPSC do primeiro ano. Todas as informações tem como base o Caderno do Estudante do Primeiro Ano/2018, onde estão descritas as informações gerais sobre a UPSC, o plano da Unidade Educacional do 1º ano e ações esperadas pelo estudante durante o ano letivo. Informações sobre as referências utilizadas e as avaliações não serão apresentadas, pois não são o foco de estudo desta dissertação.

O Caderno do Estudante é apresentado ao estudante no primeiro dia de curso, e a leitura é realizada de maneira integral com o grupo de trabalho, e são esclarecidas cada uma das etapas a serem desenvolvidas no decorrer do ano, bem como a busca por termos desconhecidos. Neste primeiro contato o professor já estará mediando para que o aluno comece a perceber que ele precisa ir buscar a informação, e não receberá as respostas prontas do professor, como vivenciado até a sua entrada na universidade. Iniciando assim o chamado choque de realidade que por vezes estimula, assusta e movimenta o estudante.

Iniciando a apresentação do caderno, as primeiras informações sobre a UPSC, fala do confronto do estudante direto com a realidade, sendo este o marco-referencial do processo de ensino-aprendizagem. Desta forma “[...] o desenvolvimento das tarefas previstas para o ano, são trabalhadas em espaços reais do “fazer médico” nas Unidades Básicas de Saúde – ESF, contemplando a rede de cuidados progressivos à saúde, numa perspectiva da integralidade do cuidado” (UNIPLAC - CADERNO DO ESTUDANTE, 2018, p. 23).

Dentro das UBS's, com colaboração da equipe e da comunidade o processo de ensino-aprendizagem passa a acontecer, utilizando-se de diferentes estratégias e em diferentes momentos, ou seja, na UBS acontece o [...] acolhimento e vínculo, nas visitas domiciliares relato de história de vida das pessoas e família da área da Estratégia Saúde da Família (ESF), na comunidade a observação e a intervenção quando necessário e o ciclo de aprendizagem a problematização das experiências. (UNIPLAC - CADERNO DO ESTUDANTE, 2018).

A vivência com situações reais, faz com que o estudante reflita e busque novos conhecimentos na busca para a solução dos problemas encontrados no seu dia-a-dia, fazendo conexões entre a teoria e prática. Este processo inicia-se já no primeiro contato com a equipe e/ou comunidade, e busca a sua consolidação para ao longo de seu processo de formação aplicar todo o conhecimento em todas as atividades desenvolvidas pelo Curso de Medicina.

Conforme descrito no UNIPLAC - Caderno do Estudante (2018, p. 23),

o processo de ensino-aprendizagem desenvolvido na Unidade de Prática de Saúde na Comunidade - UPSC deverá permitir ao estudante a construção da competência do médico, por meio das reflexões sobre a prática, de forma significativa, contínua e compartilhada. A construção de significado se dá ao problematizar a experiência propiciada pela tarefa, utilizando os conhecimentos prévios e os valores construídos ao longo da vida, favorecendo, deste modo, a atribuição de sentido ao que se aprende.

As atividades desenvolvidas pelos estudantes dentro da Unidade Educacional, partem de ações menos estruturadas, e respeitados o nível de complexidade, de tal maneira a instrumentalizar o estudante para o trabalho em saúde. Ao mesmo tempo que é “[...] um processo pedagógico individualizado, que respeita o tempo específico e as particularidades de cada estudante”, permitindo que cada grupo e cada estudante “[...] tenha uma trajetória única, decorrente de sua própria história, construída a partir da experiência de cada um de seus membros e das necessidades comuns” (UNIPLAC - CADERNO DO ESTUDANTE, 2018, p. 23).

O fortalecimento enquanto grupo, ocorre também com as discussões no ciclo de aprendizagem, onde são discutidas as questões relacionadas a prática, direcionados pela Metodologia da Problematização. Este é mais uma oportunidade onde são estimuladas as habilidades – cognitivas, afetivas e psicomotoras -, bem como os desempenhos que os estudantes deverão atingir ao longo de sua formação. Perpassando ai,

o desafio de formar profissionais com capacidade técnica, humana, crítico-reflexiva, com responsabilidade social, compromisso com a cidadania e com as necessidades de saúde da população exige a adoção de estratégias de ensino-aprendizagem que possibilitem a integração e a articulação entre os conteúdos, as atividades de ensino-

aprendizagem e os cenários de prática (UNIPLAC - CADERNO DO ESTUDANTE, 2018, p. 24).

A efetiva integração entre os cenários de prática, os conteúdos e as atividades de ensino-aprendizagem, é a “[...] estratégia chave para promover as transformações do modelo de atenção à saúde, do perfil dos futuros profissionais de saúde, da organização e funcionamento dos serviços e da participação comunitária” (UNIPLAC - CADERNO DO ESTUDANTE, 2018, p. 24).

A carga horária prevista para a Unidade Educacional Prática de Saúde na Comunidade no 1º ano é de 680 horas, como descrito acima, dividida entre as atividades de ciclo de aprendizagem e a prática junto a Unidade Básica de Saúde e a comunidade.

Os estudantes no 1º ano, tem por objetivo desenvolver conteúdos específicos que buscam articular conhecimentos de diferentes áreas, na busca da mobilização de habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras para a realização dos desempenhos relacionados à tarefa a ser desempenhada. As tarefas são as atividades essenciais da prática profissional, como a história de vida ou história clínica, exame físico, impressão situacional ou hipótese diagnóstica e o plano de ação. Para cada uma das tarefas existem os desempenhos esperados os quais são ações que caracterizam uma determinada prática profissional.

Todo este processo é desenvolvido com supervisão dos professores, os quais são responsáveis por mediar as situações a serem apresentadas para os estudantes bem como aprofundar e explorar o conhecimento e vivências no decorrer do ano letivo.

Com posse das informações detalhadas no Caderno do Estudante e discutidas em grupo com apoio do professor, o estudante passa a vivenciar e pensar não mais no cuidado individualizado do fazer médico, mas sim, ampliando sua visão de mundo, sendo isso tudo operacionalizado por um currículo integrado, efetivando a integralidade do cuidado, a responsabilidade social do profissional e a importância do trabalho em equipe, fatores indissociáveis e que representam a política institucional do Curso de Medicina da UNIPLAC.

Essas orientações detalhadas no Caderno, os estudantes passam a apropriar-se de informações fundamentais para o bom andamento de sua prática junto aos colegas e professores, bem como assumindo seu papel junto a Unidade de Saúde e da comunidade a ser assistida no decorrer do ano.

Finalmente, convém mencionar que o Caderno do Estudante é revisado anualmente por uma equipe multidisciplinar composta por duas psicólogas, duas pedagogas, uma enfermeira e uma bióloga, cuja atribuição é a formação permanente do quadro docente do curso.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, descrevemos o percurso realizado para a elaboração da pesquisa, que se caracteriza com a abordagem qualitativa e se configura fundamentalmente em um Estudo de Caso, portando, a um *locus* específico, norteado pelo paradigma filosófico do Materialismo Histórico Dialético – entendido como princípio para observação e compreensão do mundo, para análise e explicação da realidade, bem como das relações humanas, tendo como norteador Triviños (2013). Desta forma, pesquisar a realidade a partir do método dialético, é captar o movimento real do objeto, “logo, o pesquisador não acrescenta nada ao objeto, ele ‘extrai’, recepciona, suas categorias constituintes” (YARED, 2016, p. 187).

“O materialismo Filosófico apoia-se nas conclusões da ciência para explicar o mundo, o homem e a vida. [...] suas concepções mudam de acordo com a evolução do pensamento científico” (TRIVIÑOS, 2013, p. 21). Nesta visão, a realidade encontra-se em movimento constante, no qual as partes conectam-se com o todo, constituindo a dinâmica das transformações. Neste contexto, torna-se fundamental, avançar para além das aparências do fenômeno onde se encontra sua essência. Considerando esta perspectiva teórica, “a dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a “coisa em si” e sistematicamente se pergunta como é possível chegar à compreensão da realidade” (KOSIK, 1997, p. 20).

Santos (2010, p. 09) afirma que “[...] todo conhecimento científico é socialmente construído [...] e que a ciência, após romper com o senso comum, [...] deve transformar-se num novo e mais esclarecido senso comum”. Isto permite pensar que o conhecimento científico é o conhecimento do senso comum refinado.

Em outras palavras, a ciência é produzida pelos seres humanos, e sempre deverá voltar aos humanos de maneira democrática. Justificando, mais uma vez, a escolha das correntes marxistas como base desta pesquisa, a qual tem em sua premissa a valorização do senso comum, das vivências e do cotidiano das comunidades assistidas, para posterior produção científica do conhecimento e retorno de maneira compartilhada, justificando o verdadeiro sentido da existência humana.

Dentre as características no Materialismo Histórico, apresenta-se como a “[...] ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade” (TRIVIÑOS, 2013, p. 51). Avigora ainda, a força das ideias, dos agrupamentos humanos, “[...] cuja ação pode produzir transformações importantes nos fundamentos

materiais dos grupos sociais” (TRIVIÑOS, 2013, p. 52), fortalecendo e justificando a inserção dos estudantes do curso de medicina na comunidade desde os primeiros dias do curso.

Neste trabalho específico, buscou-se investigar as percepções do estudante do primeiro ano de Medicina da UNIPLAC no cenário da Unidade Educacional de Prática de Saúde na Comunidade, para assim desvelar seu conhecimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, sua inserção metodológica e epistemológica vivenciada na UPSC.

A motivação para a escolha do tema para o desenvolvimento deste, parte da experiência vivida pela pesquisadora como docente do curso no *lócus* a ser investigado, todavia, ressalta-se a importância do distanciamento que o pesquisador precisa assumir, “[...] para dar sentido à realidade sem deturpar com a sua visão, embora tenha de conceder-se que, ao olhá-la, não é totalmente neutra” (ALARCÃO, 2014, p. 115).

Para Yared (2016, p. 198), “este é um papel desafiante, porém, necessário que o pesquisador assume, visto que não é um mero observador, pois participamos e observamos”.

Apresentando melhor as características e escolhas teóricas para esta pesquisa, iniciamos com Triviños (2013, p. 128), o qual apresenta o pensamento de Bogdan, indicando cinco características fundamentais para a definição de pesquisa qualitativa, conforme segue:

1.^a) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento- chave. 2.^a) A pesquisa qualitativa é descritiva. 3.^a) Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto. 4.^a) Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente. 5.^a) O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

Desta maneira, para Triviños (2013, p. 131) “a pesquisa qualitativa não segue uma sequência tão rígida”. O autor defende que “o pesquisador, orientado pelo enfoque qualitativo, tem ampla liberdade teórico-metodológica para realizar seu estudo [...] e deve ter uma estrutura coerente, consistente, originalidade e nível de objetivação [...]” (TRIVIÑOS, 2013, p. 133).

Entretanto o pesquisador amparado no materialismo histórico, deve ter clara a concepção dialética da “realidade natural e social e do pensamento, a materialidade dos fenômenos e que estes são possíveis de conhecer” (TRIVIÑOS, 2013, p. 73), desta forma não sendo possível,

[...] para o pesquisador, imbuído de uma concepção marxista da realidade, realizar uma investigação no campo social, e especificadamente na área educacional, se não tem ideia clara dos conceitos capitais do materialismo histórico: estrutura das formações sócio-econômicas, modos de produção, força e relações de produção, classes sociais, ideologia, que é a sociedade, base e superestruturada da sociedade, história da sociedade com sucessão das formações sócio-econômicas, consciência

social e consciência individual, cultura como fenômeno social, progresso social, concepções do homem, ideia de personalidade, da educação, etc (TRIVIÑOS, 2013, p. 73).

Dentre as estratégias de pesquisa existentes a um estudo qualitativo e dialético temos o Estudo de Caso, o qual “é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade* que se analisa aprofundadamente” (TRIVIÑOS, 2013, p. 133 grifo do autor). Para Stake (2012, p. 11) “o estudo de caso é um estudo da particularidade e complexidade de um único caso”.

Cabe ressaltar que no “Estudo de Caso qualitativo, onde nem as hipóteses nem os esquemas de inquirição estão aprioristicamente estabelecidos, a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda o assunto” (TRIVIÑOS, 2013, p. 134). Conforme apontado por Triviños (2013, p. 134), o estudo de caso é marcado “[...] pela implicação do sujeito no processo e pelos resultados do estudo, exige severidade maior na objetivação, originalidade, coerência e consistência das ideias”.

Para Yin, “o estudo de caso é uma investigação empírica que: investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p. 32).

O mesmo autor pondera que “o estudo de caso completo deve demonstrar, de maneira convincente, que o pesquisador dispendeu esforços exaustivos ao coletar as evidências relevantes” (YIN, 2005, p. 194).

Conforme Gil (2002, p. 141), “a coleta de dados para o estudo de caso é o mais completo de todos os delineamentos, pois se vale tanto de dados de pessoas quanto de dados de escritos”. As técnicas a serem utilizadas para a coleta de dados, é a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada áudio gravadas, as quais seguiram um roteiro norteador o qual estará de posse da pesquisadora. A entrevista semiestruturada é definida como

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 2013, p. 146).

Torna-se importante esclarecer que as perguntas estabelecidas em uma entrevista semiestruturada “[...] são resultados não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que se interessa [...]” (TRIVIÑOS, 2013, p. 146).

As entrevistas foram realizadas individualmente com sete (7) estudantes matriculados no primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC durante o ano letivo de 2018, de maneira voluntária, respeitando o critério de um estudante por grupo de referência da UPSC. As entrevistas foram realizadas em salas de aula adequadas situadas no Centro de Ciências da Saúde e áudio gravadas após a autorização dos entrevistados, bem como após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e todas as dúvidas sanadas pela pesquisadora, posteriormente, as entrevistas foram transcritas para meio impresso, mantendo a fidelidade do que foi dito pelo entrevistado. Posteriormente, a transcrição fora encaminhada para a leitura dos voluntários, para após aceite ser efetivamente utilizada na pesquisa. O projeto de pesquisa tem aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer número 2.940.101 datada de quatro de outubro de 2018.

A privacidade e anonimato dos entrevistados foram preservados com a utilização de pseudônimos e optou-se por nomes de profissionais médicos consagrados historicamente pela dedicação e descobertas importantes à medicina mundial. Para a escolha dos codinomes, respeitou-se o gênero dos entrevistados e selecionamos os seguintes profissionais: Cecília Grierson, Cesare Sartori, Eloísa Díaz, Maria Brasília Leme Lopes, Maria Montessori, Rita Levi-Montalcini, Virginia Apgar. Maiores detalhes sobre a vida e carreira de cada um dos profissionais selecionados, ver anexo III.

Para a análise do conteúdo estaremos apoiados em Bardin (2011) e Triviños (2013), o qual define o momento como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens (TRIVIÑOS, 2013, p. 160)

A escolha pelo método de análise, deu-se, pois Bardin (2011, p. 44), aponta que “[...] o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (por classificação, por exemplo) relativamente a “outras coisas”.

Para Franco (2018, p. 12), “o ponto de partida da Análise de Conteúdo”, independentemente de sua forma, verbal, silenciosa ou simbólica, e ainda salienta que estas mensagens fazem parte de condições dentro de um contexto dos seus produtores. Estas mensagens são repletas de significados e não podem ser desconsideradas ou tratadas em atos isolados.

Segundo Bardin (2011), na Análise do Conteúdo o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. A autora ainda esclarece as etapas utilizadas para a Análise do Conteúdo, divididas em descrição, a inferência e a interpretação.

Ainda tratando das etapas, Franco (2018) nos remete a importância da etapa de inferência, que difere da armazenagem e da organização dos dados, sendo uma finalidade essencial a Análise de Conteúdo. Bardin, corrobora apontando que “a intenção da Análise de Conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores” (BARDIN, 2011, p. 44).

E Franco (2018) acrescenta que

Produzir inferências é, pois, *la raison d'être* da análise do conteúdo. É ela que confere a esse procedimento relevância teórica, uma vez que implica pelo menos uma comparação, já que a informação puramente descritiva, sobre o conteúdo, é de pequeno valor. Um dado sobre o conteúdo de uma mensagem (escrita, fala e/ou figurativa) é sem sentido até que seja relacionado a outros dados (FRANCO, 2018, p. 32).

Desta maneira, e norteados pelos autores referenciados, descrevemos a seguir o processo para a análise dos dados, coletados para esta pesquisa.

Para tratar e analisar os dados das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), que tem como objetivo compreender essas mensagens para se investigar as causas a partir dos seus efeitos, tendo como referência as categorias: Conhecimentos prévio; Inserção na comunidade; Processo de formação profissional.

Para Bardin (2016), a categorização é uma operação que classifica os elementos que constituem um conjunto, no qual temas que possuem o mesmo significado ficam agrupados na mesma categoria. Desta forma, ao analisar as entrevistas foram agrupados os conteúdos que dizem respeito à mesma categoria seguindo o referencial teórico para subsidiar a discussão de cada uma delas.

Uma atenção especial deve ser oferecida neste processo, vislumbrando a rigorosidade na utilização da análise de conteúdo, ultrapassando incertezas, e descobrindo o que é questionado.

O primeiro passo dá-se pela transcrição dos dados, seguido da organização da análise e conforme descrito por Bardin (2011, p. 125), “as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três polos

cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”.

A pré-análise segundo Bardin (2011), é a organização dos dados, é sistematizar as ideias iniciais e possui três incumbências: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise; a formulação das hipóteses e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final, chamada de leitura “flutuante”. Para a autora, “pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos (BARDIN, 2011, p. 126).

Após a conclusão da pré-análise seguiremos com a exploração do material que “consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2011, p. 131).

O próximo passo é tratarmos da categorização. Franco (2018, p. 63) aponta que após “definidas as unidades de análise chega o momento das categorias”. A autora também menciona esta etapa como crucial e alerta que o processo de formular categorias é longo e desafiante. Bardin (2011, p. 147) conceitua categorização como “[...] uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.”

Ou seja, na segunda fase, ou fase de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação e categorização. Com a unidade de codificação escolhida, o próximo passo será a classificação em blocos que expressem determinadas categorias, que confirmam ou modificam aquelas, presentes nas hipóteses, e referenciais teóricos inicialmente propostos. Assim, num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias vão se tornando cada vez mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo.

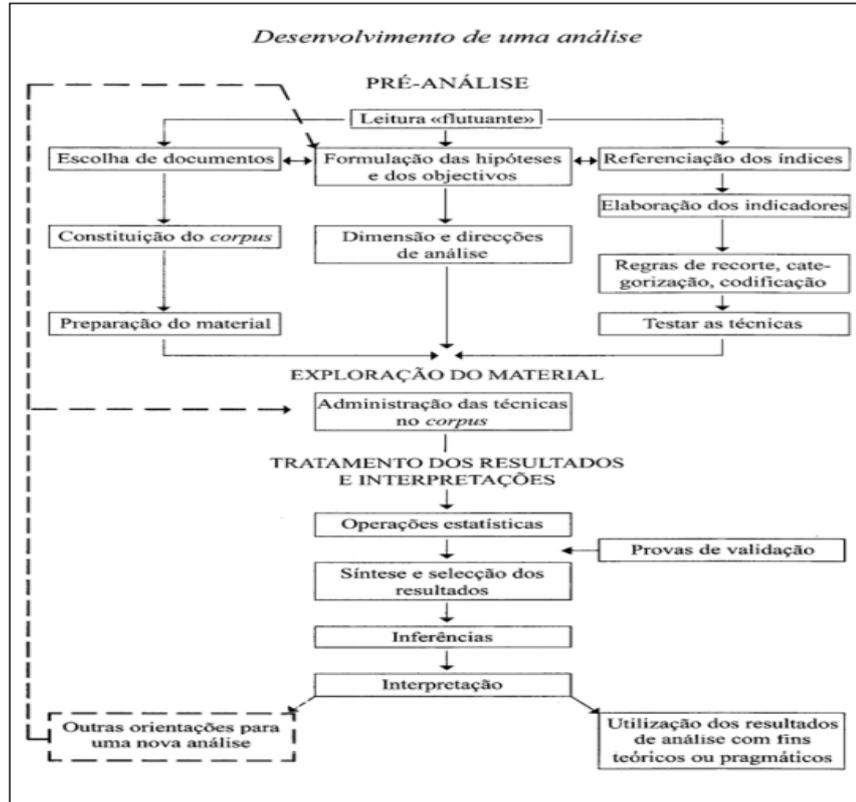
A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Calcado nos resultados ainda brutos, buscaremos torná-los significativos e válidos. A interpretação deverá ir além das informações impressas, buscando assim os conteúdos ocultos ou latentes. A mesma autora aponta que “esses saberes deduzidos dos conteúdos podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica, econômica (BARDIN, 2011, p. 44).

Em seus estudos, Câmara (2013, p. 189) alerta que

durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, é que dará sentido à interpretação.

Para ilustrar e elucidar as informações explanadas, apresentamos um esquema prático da autora Bardin (2011, p. 132), o qual apresenta o desenvolvimento de uma análise.

Ilustração 1. Desenvolvimento de uma análise



Fonte: Bardin (2011, p. 132).

Desta maneira, fica claro a necessidade de um percurso metodológico rigorosamente planejado, considerando-se em primeiro plano, a ética do pesquisador, o redobrado cuidado na obtenção de dados, e o rigor científico, no caminho a ser trilhado.

4 PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DO PRIMEIRO ANO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIPLAC SOBRE AS METODOLOGIAS ATIVAS

Neste capítulo apresentamos a análise dos dados coletados na pesquisa de campo, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com sete (7) estudantes do Curso de Medicina da UNIPLAC, matriculados no primeiro ano durante o ano letivo de 2018. Os estudantes foram voluntários, sendo respeitado o critério de um estudante por grupo de referência da UPSC, conforme especificado na metodologia desta dissertação.

Antes de iniciar a análise do conteúdo obtido com as entrevistas, é fundamental retomarmos os objetivos desta pesquisa, permitindo desta forma mais clareza neste momento da pesquisa.

Temos como objetivo geral desta, conhecer as percepções do estudante do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC, sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, sua inserção metodológica e epistemológica vivenciadas na UPSC, bem como o conhecimento prévio sobre as MA's; expectativas positivas ou frustrações ao deparar-se com um currículo integrado; inserção do estudante em ações desenvolvidas na UPSC e como os estudantes percebem a contribuição das MA's para o seu processo de ensino-aprendizagem, confrontando-as com as metodologias tradicionais vivenciadas anteriormente.

A análise dos dados da pesquisa segue as diversas etapas que precisam ser respeitadas devido a rigorosidade da pesquisa, e serão divididos em quatro blocos: a) Perfil dos Entrevistados; b) Conhecimentos prévio dos Entrevistados sobre as Metodologias Ativas, c) Percepções sobre a Inserção na comunidade e d) Percepções sobre a Metodologia da Problematização no seu processo de formação profissional.

Neste momento cabe refletir sobre o termo *Percepções*, o qual faz parte do título desta dissertação e deste capítulo a ser apresentado e também nos blocos de análise de conteúdo. Nesta, a percepção dos sujeitos diz às suas interações com as Metodologias Ativas conhecidas no Curso de Medicina da UNIPLAC, o que inclui suas experiências, memórias, sentimentos e reflexões, vivenciadas ao longo do ano no desenvolvimento das atividades pedagógicas mais precisamente na UPSC.

No dicionário de filosofia, percepção é definida como o “*Ato de perceber*, ação de formar mentalmente *representações* sobre objetos externos a partir dos dados sensoriais. A

sensação seria assim a *matéria da percepção*. Para os empiristas, a percepção é a fonte de todo o conhecimento (JAPIASSÚ, 2001).

Bacha, Strehlau e Romano (2006, p. 6) entendem que percepção “[...] é um fenômeno complexo que resulta de um conjunto de processamentos psicológicos humanos que envolvem tanto as sensações como pelo repertório do indivíduo presente na memória ou ainda associações e comparações”.

Lima (2013, p. 172) entende percepção “como uma ação do senso comum, sem intenção sensorial, tendo na experiência a principal fonte de produção do conhecimento, que é um processo biopsicossocial”.

Sendo assim, responde a opção nesta pesquisa pela utilização do termo, por se tratar de um estudo que busca a observação, reflexão e análise de experiências vividas em determinado momento pelos estudantes do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC.

A) Perfil dos entrevistados

A primeira análise a ser apresentada é o perfil dos estudantes de medicina matriculados no primeiro ano, no ano letivo de 2018.

Dos sete (7) estudantes entrevistados, dois (2) são menores de 20 anos, quatro (4) estudantes com idade entre 20 à 25 anos e apenas um (1) estudante com idade acima de 30 anos. Quanto ao gênero, seis (6) dos entrevistados são do gênero feminino e um (1) do gênero masculino.

Dentre os entrevistados, apenas dois (2) possuem formação acadêmica superior anterior, um (1) dos estudantes em Direito e outro com formação e experiência prévia em Enfermagem.

Outra informação extraída junto aos estudantes durante a entrevista, fora seu estado de origem. Entre os estudantes, um (1) é natural de Lages, dois (2) são de outras cidades de Santa Catarina, dois (2) do Estado do Paraná, um (1) do Estado de São Paulo e um (1) de Goiás.

De maneira geral, percebe-se que os estudantes são jovens, alguns ainda menores de idade, vindos das mais diferentes partes do país, onde a partir de cedo precisam tomar decisões importantes para a sua vida pessoal e profissional.

B) Conhecimento prévio dos entrevistados sobre Metodologias Ativas

A pergunta norteadora, que embasa o segundo bloco para a análise do conteúdo teve como objetivo principal saber qual era o Conhecimento prévio dos entrevistados sobre as Metodologias Ativas.

À partir das entrevistas obtivemos as seguintes respostas, as quais foram organizadas conforme o nível de conhecimentos referido pelos estudantes.

Minha inserção no curso permite afirmar que são muitas as novidades que o estudante vivencia nos primeiros momentos, e aos poucos começam a assimilar as diferenças vivenciadas no decorrer dos dias. Em suas palavras durante a entrevista:

[...] eu nunca tive nenhum contato com metodologia ativa. Eu quando fiz vestibular aqui na UNIPLAC, ACAFE, eu não me atentei, nem sabia que existia [...], eu realmente caí de paraquedas no PBL [...] (Cecília Grierson)

Eu desconhecia que aqui era esse sistema [...], quando fui inserido no grupo do WhatsApp e falaram “aqui é diferente, é PBL...você que vai correr atrás das coisas, você vai para a prática, você vai para a Unidade de Saúde”. (Césare Sartori)

É na verdade eu descobri que a UNIPLAC no curso de Medicina tinha essa metodologia de ensino do primeiro dia de aula, antes eu não sabia disso, eu achei que era tradicional, e eu, não tinha conhecimento. (Eloísa Díaz)

Como percebemos na fala dos estudantes, três deles não haviam conhecimento sobre as metodologias ativas, percebemos ainda que os estudantes fazem vestibular para diversas instituições ao mesmo tempo, deixando passar informações importantes como a metodologia utilizada pelas instituições.

A ausência desta informação de maneira preliminar pode levar a frustrações do estudante durante seu processo de inserção no curso.

De outro lado, outros três estudantes sabiam da existência do método, como apresentado nas falas a seguir. Maria Brasília Leme Lopes, deixa claro que:

Então, na verdade eu pesquisei antes de entrar porque eu tinha já intuído de entrar numa faculdade que fosse PBL. [...] tinha um amigo que estudava aqui, um veterano, e eu pedi para ele me explicar, então eu sabia exatamente como era, sabia exatamente como funcionava, então que nas primeiras semanas já estaríamos inseridos nas UBS's, teríamos as tutorias com aberturas de caso, claro que... quando a gente entra fica tudo mais claro, [...] mas, eu já sabia como ocorria a metodologia de fato. (Maria Brasília Leme Lopes)

A estudante acima, tinha conhecimento sobre a Universidade, metodologia do curso, percepções de outros estudantes e teve tempo hábil para formar a sua própria opinião, sabendo dos desafios que iria enfrentar, logo nos primeiros dias do curso.

Maria Montessori, também buscou informações com colegas em momentos anterior a sua inserção no curso, e diz que:

Conhecia assim, por ouvir falar de colegas, tanto que e eu comecei a gostar e me interessar, por amigas que entraram em PBL, em Metodologias Ativas, [...] que saia do contexto de aula e coisa expositiva e tinha mais coisas práticas, que você tinha muito mais contato. (Maria Montessori)

Rita Levi- Montalcini refere que:

Não tinha muita noção de como funcionava, mas antes de prestar o vestibular aqui para a UNIPLAC eu sabia que era PBL, e eu pesquisei um pouco e também, principalmente quando eu passei no vestibular, [...] mas, nada do que a gente pesquisa e a gente lê sobre é igual, chegar aqui e vivenciar [...]. O meu conhecimento anterior não me ajudou muito, eu tive que aprender na prática mesmo como funciona. (Rita Levi-Montalcini)

Percebe-se pelas falas dos estudantes que, por mais que apresentassem dúvida de como efetivamente aconteceria na prática, escolheram o curso sabendo da metodologia utilizada e chama a atenção de como o fator da prática desde os primeiros dias do curso, é algo presente na fala dos entrevistados.

A prática conforme referido pelos estudantes, dá-se diretamente na Rede de Atenção Básica do município de Lages, na busca pela efetivação da parceria ensino-serviço. Neste contexto Nogueira (2009, p. 268), considera “[...] o SUS como superfície de emergência de novas demandas que alavancam as transformações requeridas na educação médica brasileira”.

A inserção imediata do estudante nos cenários de prática, “[...] possibilita uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento, oferecendo maior visibilidade às questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo doente, numa compreensão ampliada do processo saúde- doença” (NOGUEIRA, 2009, p. 268).

Continuando, Virgínia Apgar afirma que

Sim, eu consigo descrever como um processo de ensino aprendizagem, que você tem a prática e a teoria atreladas para conseguir realizar o cuidado ao paciente. Basicamente a gente consegue estudar a parte teórica e ao mesmo trazer para a prática quando a gente aplica lá na atenção básica.

Somente esta estudante tinha conhecimento sobre as Metodologias Ativas, conseguindo trazer uma definição do processo de ensino-aprendizagem, onde são contemplados aspectos importantes, como por exemplo, a aplicação da teoria durante a sua prática na Atenção Básica.

É importante ressaltar que a Atenção Básica possui em seu organograma as Equipes de Saúde da Família, compostas pelos diferentes profissionais conforme apresentado na Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017, a qual preconiza que a equipe mínima deve ser composta por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo conter também o agente de combate a endemias, cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Percebemos assim que o médico sempre irá fazer parte de uma equipe, seu trabalho não é solitário e depende da articulação com outros profissionais para o bom desempenho de suas atividades.

A tendência mundial é no sentido de estruturar as equipes de saúde coordenadas em vez de fragmentá-las, formando redes multiprofissionais de cuidado para que possam atuar de maneira mais articulada e adequada junto a população sob sua responsabilidade. Nogueira (2009, p. 268) afirma que “[...] para que o médico possa se adequar integralmente aos novos modelos de atenção em saúde, é fundamental que as mudanças propostas para a formação médica realmente se efetivem”.

O Curso de Medicina da UNIPLAC, têm como seu principal objetivo conforme apresentado no UNIPLAC - Caderno do Estudante (2018, s.p) a “[...] disseminação do conhecimento científico e de práticas de intervenção na realidade que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde, com a autonomia das pessoas e da população [...]”.

Percebemos com estas reflexões que a estudante Virgínia Apgar, entende de maneira ampliada o seu papel junto a população assistida a qual está também sob sua responsabilidade.

C) Percepções sobre a inserção na comunidade

O terceiro bloco para a análise do conteúdo é denominado de percepções sobre a inserção na comunidade. Aqui pretendemos analisar como e de que forma o estudante percebe a sua inserção na comunidade deste os primeiros dias do curso como algo positivo ou negativo, tendo em vista que esse é o diferencial do Curso de Medicina da UNIPLAC.

Conforme descrito no UNIPLAC - Caderno do Estudante (2018, p. 23),

na Unidade de Prática Saúde na Comunidade - UPSC, o confronto direto do estudante com a realidade é o marco referencial do processo ensino-aprendizagem. Assim sendo, o desenvolvimento das tarefas previstas para o ano, são trabalhadas em espaços reais do “fazer médico” nas Unidades Básicas de Saúde – ESF, contemplando a rede de cuidados progressivos à saúde, numa perspectiva da integralidade do cuidado.

No primeiro ano o contato maior dos estudantes acontece através das visitas domiciliares, possibilitando que o estudante adentre a casa das pessoas e conheça de maneira profunda a realidade vivenciada pela população, buscando assim estratégias para colaborar com as famílias, iniciando assim o processo de ensino-aprendizagem.

Cecília Grierson afirma que,

eu acredito que quando a gente está no primeiro ano e entra para fazer visita domiciliar no território, é tudo é muito novo, então a gente fica encantado com muitas coisas e você acha que vai ser super herói, vai ser super respeitado e.. tem toda uma visão que as pessoas tem que a gente vai fazer a diferença naquele primeiro ano... e não! Na verdade a gente entra aprendendo com os pacientes, e quem aprende somos nós, e eu acredito que com o tempo a gente começa a respeitar a cultura do próximo, o espaço do próximo, a opinião dos pacientes principalmente e também ter um olhar mais crítico, principalmente, isso porque ... a vulnerabilidade está em toda parte, e esta é uma grande verdade. (Cecília Grierson)

Eloisa Díaz, relata que

[...] nas primeiras visitas eu não sabia muito bem como me posicionar na casa da pessoa, muito bem o que falar, mas agora ao longo do tempo as coisas vão se tornando mais naturais parece. (Eloísa Díaz)

A atitude profissional é algo que está descrito no Caderno do Estudante, e que são discutidas no início das atividades do ano letivo e retomadas sempre que necessário, sendo este um dos objetivos educacionais, pois, conforme descrito no UNIPLAC - Caderno do Estudante (2018, p. 30),

A postura verbal e não verbal dos profissionais de saúde podem representar a chave para o sucesso ou insucesso da relação médico-paciente ou com a equipe de saúde. Os valores que norteiam a postura e as atitudes dos profissionais devem ser analisados, uma vez que, quando atendemos, também estamos lidando com os valores dos pacientes, muitas vezes bastante diferentes dos nossos. Pode-se destacar as quatro principais atitudes que determinam um adequado comportamento profissional: Respeito; responsabilidade/assiduidade; comunicação; capacidade de fazer e receber críticas.

Durante o desenvolvimento das atividades, seja em visita domiciliar, em grupo de educação em saúde, no atendimento individualizado ou na discussão com os colegas e professor em sala de aula, o estudante é estimulado a perceber como o seu comportamento pode contribuir ou desconstruir a relação com o outro, sempre motivando-os a construção do comportamento profissional adequado.

O processo de ensino-aprendizagem junto à comunidade acontece de várias formas, o estudante chega imaginando que irá prescrever, diagnosticar, participar de procedimentos, acompanhar/ realizar consultas, mas esquece que antes disso tudo existe um longo processo de formação e que ele precisa passar. Nossos primeiros passos são focados em como abordar

o outro, o respeito a suas crenças, aos seus valores, como eu converso, entrevisto, como situações simples são fundamentais para perceber o outro na sua integralidade, que o paciente/usuário/cliente, ele é acima de tudo ser humano que depende de cuidado, compaixão e um tratamento digno, humanizado, integral e não focado na sua doença ou em parte do seu corpo.

Focado no cuidado humanizado e atendimento integral do outro, Césare Sartori, compartilha sua experiência

A gente foi numa mulher que ela tinha muita dificuldade, ela tinha perdido a visão, e havia um descaso dos filhos com ela, lembro que isso mexeu muito comigo, lembro que foi minha primeira visita, [...] eu tenho muito carinho por ela, aquilo mexeu muito comigo, pois eu vi como [...], mesmo com tanta dificuldade, a pessoa consegue viver bem, ser feliz, rindo, ela tinha muitos problemas de saúde e mesmo assim, ria, agradecia, dava abraço, e tipo, sei lá deu um sentido de vida, me inspirou bastante ela, nunca esqueci. (Cesare Sartori).

[...] e eu vejo o carinho que eu recebo de volta e a saudade que as pessoas vão sentir tanto de mim, como da minha dupla, então tanto o apoio que a gente dá a eles, a gente recebe de volta como um carinho. (Cesare Sartori).

[...] a gente aprendeu muito, a dar valor as pequenas coisas e ter um amor pelo próximo, se a pessoa vai lá conversar com você, você precisa ouvir... dar atenção... mais ou menos isso. (Cesare Sartori).

Esses relatos nos colocam a refletir sobre o papel dos profissionais da saúde na vida da população, por vezes a doença não está no corpo, precisam simplesmente serem ouvido com respeito, dignidade e compaixão. Por diversas vezes a atenção dispensada irá tratar muito mais do que o medicamento prescrito. E esta postura humanizada não é algo que deve ser dispensado somente enquanto estudante, mas é a postura que todos os profissionais devem ter no seu dia-a-dia, ou seja, além de conhecer devem executar a Política Nacional de Humanização a qual descreve claramente o método e dispositivos que podem e devem ser utilizadas no atendimento em saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), foi constituída em 2003 e tem como foco a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a Saúde Pública no Brasil. (BRASIL, 2003). Mas o que é humanização no SUS? É

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos envolvidos no processo de saúde, visando aumento do grau de co-responsabilização, humanização da gestão e participação dos trabalhadores nos processos de decisão e estabelecimento de vínculos solidários na produção de saúde em rede. (BRASIL, 2003).

Com a efetiva implantação da PNH nos estabelecimentos de saúde, através da mudança de postura dos profissionais e da população assistida através da corresponsabilização e co-participação, espera-se como efeito a redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso a população, atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo, garantia dos direitos dos usuários, valorização do trabalho na saúde e gestão participativa nos serviços. (BRASIL, 2003).

Os dispositivos desenvolvidos são acionados para a prática de produção de saúde, envolve o coletivo e visa promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Entre os dispositivos podemos citar:

Acolhimento com Classificação de Risco; Equipes de Referência e de Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projetos Cogeridos de Ambiente Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.; Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde; Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Câmaras Técnicas de Humanização (CTH); Projeto Memória do SUS que dá certo.

O estudante conhecer a política e vivenciá-la em sua prática cotidiana durante as atividades da UPSC, fazem com que seja mais consciente de suas responsabilidades, entenda também que deve orientar suas famílias acompanhadas, mas não pode ser responsável pelas decisões finais. O respeito às vontades do paciente, e as suas crenças e valores devem ser levadas em consideração, resultando também na divisão de tarefas diante do cuidado prescrito, o que é reforçado através do vínculo estabelecido entre os estudantes e as famílias assistidas.

Césare Sartori fala que,

[...] as pessoas confiaram em mim, mesmo eu não tendo o mínimo de experiência, eu pude entender isso, as pessoas confiam muito na palavra quando você está vestindo um jaleco e eu também recebi muito aprendizado das outras pessoas tanto em coisas aleatórias da vida. (Cesare Sartori).

Para a Política Nacional de Atenção Básica, vínculo

consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. (BRASIL, 2012, p. 21).

A efetivação do vínculo entre os estudantes de Medicina do 1º ano e as famílias assistidas também se faz presente na fala de Maria Brasília Leme Lopes, a qual relata

[...] a gente via como aquelas pessoas estavam felizes com a nossa presença, sabe, era um momento... tipo...uma pessoa pobre que não tinha o que comer, uma mulher que apanhava do marido, era um momento de conforto para ela naquele dia, sabe... e daí no fim...ahh quando você vai voltar, e voltem logo... e faz, café e faz bolo, e você vê o quanto você é importante mesmo em pequenos detalhes, mesmo em poucos dias, em poucas horas, em uma hora do dia, em uma semana que a gente visita, já faz uma diferença imensa assim... (Maria Brasília Leme Lopes)

Merhy (1994) destaca que criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, nos sentindo responsáveis pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal.

Esse sentimento de responsabilidade tem sido um dos elementos fundamentais na ação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica, e o estudante vivenciando este processo faz com que o mesmo se torne mais sensível as causas e vulnerabilidades da população assistida.

Desta forma, na Atenção Primária, a proximidade, o acesso aos profissionais de saúde e o cuidado longitudinal oferecido, no decorrer do tempo, são facilitadores para a efetivação do vínculo com o paciente levando a uma melhor ação terapêutica, tendo como consequência a construção coletiva do cuidado e a autonomia.

A ação terapêutica decorrente de vínculos bem estruturados sustenta-se em quatro pilares, e devem ser instrumentalizados por todos os profissionais de saúde durante seus atendimentos, sendo: acolhimento, escuta, suporte e esclarecimento.

A valorização e efetivação do vínculo, trazem para discussão, situações como essa vivenciadas pela estudante Maria Brasília Leme Lopes, que diz,

[...] tem uma que está sofrendo, está apanhando do marido, tem insônia, tem hipertensão, estava sofrendo horrores, e foi legal que a gente conseguiu dar pelo menos uma informação para ela, tipo, você não precisa ficar aqui com ele o resto da sua vida, você tem outra opção, você tem a opção de ter uma nova vida, você não precisa ficar aqui apanhando sendo submissa, de um cara que é machista, que é abusivo, enfim, de dar outros caminhos para as pessoas, é muito gratificante, muito mesmo. (Maria Brasília Leme Lopes)

Neste depoimento fica evidente que a estudante conseguiu incorporar em seu atendimento os quatro pilares da ação terapêutica, ou seja, Acolhimento quando a estudante garante acesso, neste caso através da visita domiciliar realizada; Escuta, quando por meio do acolhimento ela é convidada a falar sobre suas necessidades, e a paciente relata situações

vivenciadas no seu dia-a-dia; Suporte quando a estudante ajuda a busca soluções para seu problema e o Esclarecimento que através deste facilita a reflexão e permite a reestruturação do pensamento com repercussões nos sintomas emocionais e físicos.

Seguindo este padrão de atendimento, o objetivo junto as famílias assistidas certamente são alcançados, e contemplam a proposta do Curso de Medicina da UNIPLAC, o qual tem “o desafio de formar profissionais com capacidade técnica, humana, crítico-reflexiva, com responsabilidade social, compromisso com a cidadania e com as necessidades de saúde da população [...]” (UNIPLAC - CADERNO DO ESTUDANTE, 2018, p. 24), para tanto torna-se necessário a adoção de estratégias que possibilitem integração e articulação entre os conteúdos e as atividades teóricas e práticas, sendo esta a “[...] chave para promover as transformações do modelo de atenção à saúde, do perfil dos futuros profissionais de saúde, da organização e funcionamento dos serviços e da participação comunitária” (UNIPLAC - CADERNO DO ESTUDANTE, 2018, p. 24).

O relato da estudante reforça a Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), a qual apresenta o Cuidado Centrado na Pessoa como uma das suas diretrizes, ou seja,

[...] cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

Seguindo na fala de Maria Brasília Leme Lopes, aponta que para ela as atividades da UPSC

[...] é muito legal, você está ajudando, e está aprendendo... é uma reciprocidade, está agregando na vida de alguém. (Maria Brasília Leme Lopes).

[...] é uma experiência diária, principalmente pela empatia, você vê de perto, assim, nos seus olhos que existe um mundo inteiro ao redor do seu umbigo, muitas vezes, eu cresci assim, mas se a pessoa quiser se esforçar ela vai conseguir ser assim também... tipo.. não!!! (Maria Brasília Leme Lopes).

Villardi et al. (2015, p. 50) acrescentam que, a Metodologia da Problematização “tem como ponto de partida a realidade do sujeito, o cenário no qual está inserido e onde os vários problemas podem ser vistos, percebidos ou deduzidos, de maneira que possam ser estudados em conjunto ou em pares”, instigando o estudante a refletir sobre a realidade que o cerca e a questioná-la.

Para os estudantes do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC, o ponto de partida da realidade é a realização da visita domiciliar, após a aproximação com a equipe, UBS e território. Maria Montessori afirma que

no começo eu estava muito insegura, tipo, com muito medo, porque eu não tenho facilidade em ter contato com as pessoas, eu tenho muita vergonha enquanto eu não tenho uma intimidade, então para mim era muito ASSUSTADOR, eu vou chegar na casa de alguém, que eu não conheço, vou falar o que?? (Maria Montessori)

[...] a visita uma coisa que eu não queria deixar de fazer, porque você se apega as pessoas, contatos e gostaria de ficar acompanhando como que se fizesse parte de você. No começo foi muito assustador, mas depois me surpreendeu de forma muito positiva, foi bom! (Maria Montessori)

No UNIPLAC - Caderno do Estudante (2018, p. 26), um dos desempenhos esperados do estudante é a impressão situacional, o qual contempla a realização da visita domiciliar a qual “entende a residência como ambiente favorável para a compreensão da família”, percebendo também “aspectos relacionados à organização do ambiente e família”.

Algo que vou levar para a vida inteira que é a humanidade que me foi repassado, graças as visitas domiciliares e também graças a minha professora de UBS, porque, ela é uma pessoa muito, mas muito, muito humana, e eu quero ser um profissional deste jeito. (Césare Sartori).

Durante as visitas a gente está começando a contar que é final do ano, que não iremos mais fazer a visita, e eles pedem para ir visitar no ano que vem, eu acho que ouvir isso não tem preço, escutar que a pessoa quer que você volte na casa dela, sabendo que no início era algo muito difícil, aterrorizante até, bater na porta, esperar ficava com o coração acelerado (risos), agora não, agora é bem tranquilo, a gente já se conhece. (Rita Levi-Montalcini).

Kawamoto; Santos; Mattos (2009, p. 35), evidenciam o caráter pedagógico e a finalidade da visita domiciliar ao afirmarem que,

a visita domiciliar visa prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições socioeconômica em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso.

Sendo assim, o estudante do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC, tem nas mãos um instrumento de grande valia que o aproxima das famílias e da comunidade acompanhada permitindo a troca de saberes, aproximação real com as necessidades e vulnerabilidades das famílias, entendendo o verdadeiro contexto onde a mesma está inserida. Podendo desta forma avaliar as condições físicas, ambientais em que vivem, levantando dados sobre as condições de habitação e saneamento básico e prestando assistência adequada conforme a realidade do sujeito.

D) Percepções sobre a Metodologia da Problematização no seu processo de formação profissional

No quarto bloco, buscamos apresentar as Percepções dos estudantes sobre a Metodologia da Problematização no seu processo de formação profissional. Vale ressaltar que o Curso de Medicina da UNIPLAC, utiliza-se de duas metodologias ativas, a Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP a qual é ferramenta da Unidade Educacional Ciclo de Vida e a Metodologia da Problematização na Unidade Educacional Prática em Saúde na Comunidade – UPSC, objeto deste estudo.

A seguir estaremos analisando a fala dos estudantes, e buscaremos entender o quanto o Caderno do Estudante onde apresenta as habilidades e desempenhos esperados estão contemplados e são percebidos como pertinentes para os estudantes, buscando a comparação entre o método tradicional e Método da Problematização na formação profissional dos futuros médicos.

A primeira estudante a compartilhar conosco suas percepções é Cecília Grierson que afirma,

Eu tenho uma boa fala, isso tenho certeza, tenho uma boa comunicação, e quem não tem ajuda a desenvolver bastante isso é bem nítido, a socialização entre as pessoas dentro das salas, isso é fantástico, numa sala tradicional você jamais iria ter interação entre todos do grupo, entendimento, debates [...] (Cecília Grierson).

Para Eloísa Díaz

[...] então ele propicia que as pessoas consigam desenvolver uma capacidade de se expressar de uma forma melhor que eu acho que aconteceu comigo, se expressar de forma mais clara para um grupo de pessoas, que geralmente não é comum numa escola, geralmente a pessoa só escuta, então... precisar falar com um grupo, acaba fazendo com que a pessoa se expresse mais claramente (Eloísa Díaz).

Uma das habilidades que são trabalhadas junto aos estudantes é a comunicação, pois conforme descrito no Caderno do Estudante, espera-se que o mesmo possa “comunicar-se de forma ética e empática, estabelecendo relação de respeito, [...] expressando as informações de forma clara, objetiva e direcionada [...]” (UNIPLAC - CADERNO DO ESTUDANTE, 2018, p. 11).

Já Cecília Grierson

[...] acredito que desenvolvi bastante, o raciocínio tanto em relação nas tutorias, seja uma questão de problematização para planos de cuidados, ou fisiológica e histologia, então eu acredito que ajuda bastante a desenvolver, coisa que no tradicional também não tem [...] (Cecília Grierson).

Eu construir a minha base, e eu ter o meu ponto crítico, eu crio uma maior responsabilidade, perante a mim e perante o próximo, porque eu consigo... eu aprendendo melhor, eu também consigo explicar melhor, eu consigo fazer analogias melhores para o meu paciente no futuro, eu acho que é basicamente isso, a construção da nossa base que vai relacionar com o nosso futuro (Maria Brasília Leme Lopes).

As estudantes destacam dois aspectos fundamentais percebidos durante seu processo de formação, a comunicação e o raciocínio lógico, desta forma lembramos que,

A boa relação de comunicação entre o médico e o paciente é fundamental no desenvolvimento de todas as habilidades clínicas. Construir a história clínica, identificar os dados fundamentais, planejar a investigação, comunicar os resultados, responder as necessidades emocionais do paciente e decidir como gerenciar e se possível solucionar cada problema, tudo isto requer fundamentalmente a habilidade de comunicação e raciocínio clínico, e os estudantes têm a oportunidade de desenvolver estas habilidades durante todo o Curso Médico (UNIPLAC - CADERNO DO ESTUDANTE, 2018, p. 29).

Outro relato que podemos destacar de Cecília Grierson, é quando a mesma aponta que

[...] acredito que a proatividade do aluno que sempre esteve na zona de conforto ajuda bastante a desenvolver [...] (Cecília Grierson).

A formação de profissionais em saúde críticos, reflexivos, proativos e transformadores de suas realidades está intimamente ligada às concepções pedagógicas que estimulam a aprender a aprender, proposta da Metodologia da Problematização, a qual pode e deve ser adotada nas práticas profissionais de educação em saúde aos usuários, famílias e comunidades as quais vão atuar.

A tomada de consciência sobre a complexidade dos fenômenos sociais e o desenvolvimento do pensamento crítico, “são potencializados por essa metodologia, uma vez que, por esse processo de análise da realidade, os alunos passam de uma visão sincrética, geral e precária, para uma visão sintética, mais elaborada sobre a prática” (VILLARDI et al., 2015, p. 50).

A mesma estudante, aponta outro ponto que devemos levar em consideração,

[...] com relação ao processo de evolução humana e profissional, eu achei maravilhoso também, porque tudo envolve a empatia, o entendimento do outro, um outro olhar e também se colocar no lugar do próximo, que é a própria empatia em si (Cecília Grierson).

Encontramos no UNIPLAC - Caderno do Estudante (2018, p. 25) a empatia como um desempenho esperado, quando espera-se que um dos desempenhos esperados seja o de “Estabelecer relação ética, de respeito e empatia propiciando a formação de vínculo com o entrevistado, equipe de saúde e colegas”.

“Marcada pela dimensão política da educação e da sociedade, o ensino pela problematização procura mobilizar o potencial social, político e ético do estudante, para que este atue como cidadão e profissional em formação” (MITRE, 2008, p. 2139).

A Metodologia da Problematização permite a aproximação entre teoria e prática, e “[...] possibilita ao aluno preparar-se melhor para encontrar respostas, mesmo complexas, aos problemas de saúde, levando em conta os determinantes sociais que influenciam nas condições de vida e nas intervenções em saúde (VILLARDI et al., 2015, p. 49).

Quando o estudante inicia seu processo de construção de conhecimento partindo da realidade, ele obrigatoriamente passa a ter postura e atitude empática, no sentido de adaptar seus pensamentos e cuidados levando em consideração as necessidades do outro, facilitando a ruptura de paradigmas. Complementando, vejamos a contribuição das estudantes

Tangente ao profissional, a metodologia neste caso eu acredito que ela traz o tratamento mais humanizado, mais focado na pessoa e não na doença, eu acredito realmente que esse é o futuro, é uma metodologia inovadora e tem tudo para evitar o não tratamento da doença e sim evitar que ela surja. (Cecília Grierson).

Franco (2014, p. 222), fala que, “pode-se destacar como um objetivo da formação por competência uma prática eficaz, capaz não somente de solucionar problemas, mas também de melhorar os contextos sociais por meio de uma gestão responsável e uso eficiente de recursos”.

Eu avalio de forma assim DIFERENCIALMENTE DISCREPANTE, acredito que pessoas que saem das metodologias ativas dão um salto enorme tanto em questão de humano como em questão de profissional e social (Maria Montessori).

Mas, a maior contribuição para a formação humana seria a relação com as pessoas (Eloísa Díaz).

A Metodologia da Problematização tensiona o modelo tecnocientífico, com seus processos de análise da realidade e de construção do conhecimento. “Pode mesmo vir a reorientar o entendimento sobre adoecimento, pois garante maior visibilidade às questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo/paciente” (VILLARDI et al., 2015, p. 51).

Para Mitre et. al (2008, p.2139), “essa concepção pedagógica baseia-se no aumento da capacidade do discente em participar como agente de transformação social, durante o processo de detecção de problemas reais e de buscar por soluções originais”.

No decorrer das entrevistas os estudantes trouxeram algumas predisposições importantes para ingressar e integrar-se à Metodologia da Problematização:

E uma pessoa que está no tradicional, que não está acostumada a ser proativo, andar junto com os estudos e buscar a evolução dele como pessoa e tão pouco como profissional, ele jamais vai conseguir perguntar isso ou aquilo para um paciente, ele vai realmente só tratar a doença (Cecília Grierson).

Positivamente, eu aprendi a filtrar muita coisa e ir atrás realmente do que precisa, [...] e agora no final do ano eu estou tendo um olhar mais limpo, eu consigo limpar a informação e pegar realmente o canal), eu senti que atualmente eu tenho muita facilidade em procurar as coisas e foi proporcionado pelo método (Cesare Sartori).

O estudante passa por um processo de transformação e conforme apresentado por Mitre et.al (2008, p. 2140)

novos elementos tecnológicos no ensino não garantem por si a ruptura de velhos paradigmas. É necessário que se transformem as concepções inerentes ao processo de ensino-aprendizagem para ressignificá-las em uma perspectiva emancipadora da educação. Na adoção de qualquer um desses instrumentos metodológicos, o currículo deve se configurar de maneira integral temas e conteúdos, interrompe-se o ciclo da fragmentação e do reducionismo do ensino tradicional, ao mesmo tempo em que se facilita a integração ensino-serviço e a perspectiva interdisciplinar.

Ao passo dessa ressignificação, Césare Sartori relata

Sempre me falam que quando você chega no internato, que tu precisa realmente interligar todos os conhecimentos que você aprendeu durante o curso, você vê o quanto é benéfico esse sistema, que parece que você junta tudo, que parece que faz sentido as coisas (Césare Sartori).

Eloisa Diaz, fala que para ela,

O uso das Metodologias Ativas, contribui para que o processo de formação seja mais amplo, porque não restringe apenas a um conteúdo, mas a pessoa pode ir atrás de mais coisas e não apenas o que o professor passou (Eloísa Díaz).

Farias, et.al (2015, p. 145), afirma que ao levar o estudante para o contexto prático através da Metodologia Problematizadora, “possibilita que o estudante empregue os conhecimentos adquiridos de forma holística, minimizando a ocorrência de uma educação fragmentada”.

A estudante Maria Montessori, destaca

A vida inteira a gente só sabia ouvir, e você está num lugar que você é ouvido e você pode expor o conhecimento, o conhecimento que você teve que ir buscar, ser ouvido e ser construído a partir do que cada pessoa estudou, e... te coloca.. eu também sou importante para a minha própria formação [...] (Maria Montessori).

A fala da estudante recebe sua contribuição quando Munhoz (2015, p. 129), adiciona falando que “a regra do contato entre professor e aluno sempre será a facilitação e nunca o direcionamento do aluno de forma assistencialista, como ocorre nos ambientes tradicionais de ensino e aprendizagem”.

Sendo assim, “deve-se avaliar permanentemente a maneira como essa mudança curricular tem-se efetivado na prática e de que forma os sujeitos dessa mudança - estudantes, corpo docente, administração e sociedade – discutem, refletem e aplicam a reforma curricular” (FRANCO, 2014, p. 222).

Seguindo nossa análise de conteúdo, focados nas Percepções dos estudantes sobre a Metodologia da Problematização no seu processo de formação profissional, quando fazem comparações com o método tradicional de ensino, assim, apresentamos as falas de Rita Levi-Montalcini e de Virginia Apgar conforme segue

Porque tira a gente da zona de conforto, faz a gente correr atrás, acho que, comparando, eu tenho amigos que fazem medicina da tradicional e eu comparo eu vejo que a maior reclamação deles são as aulas maçantes das oito da manhã as cinco da tarde, que eles nem prestam atenção e depois eles pegam os slides com o professor, tipo reveem os slides porquê... ou eles estão no celular, ou eles estão estudando para outra matéria, ou eles estão fazendo trabalho de outra coisa, ou estão pensando, então... assim... com a metodologia ativa não existe isso, não tem uma aula maçante ou fazendo outra coisa, todo momento que a gente se reúne, que a gente está fazendo algum movimento, alguma coisa, você precisa ser participativo, não tem como ser passivo (Rita Levi-Montalcini).

Souza, Iglesias, Pazin-Filho (2014, p. 285), afirmam que,

A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Em oposição aos processos de aprendizagem tradicionais e de recepção, em que os conteúdos são entregues ao aluno em sua forma final e acabada, a problematização está apoiada nos processos de aprendizagem por descoberta, e os conteúdos são oferecidos na forma de problemas. As relações devem então ser descobertas e construídas, reorganizadas e adaptadas à estrutura cognitiva prévia do aluno para o processo final da assimilação.

Em nossa pesquisa junto aos estudantes pudemos ouvir, entre outros depoimentos, a importância da prática da problematização em cenários reais de trabalho.

Eu pensava, como que eu vou ler um livro, e vou chegar lá e fazer a prática, sabendo que eu nunca fiz? Mas tu chega no laboratório e aprende errando, e vai fazendo, eu acho que, eu pelo menos aprendo muito mais quando eu erro, porque eu nunca mais vou esquecer, se eu peguei um negócio errado, eu gravo aquilo e sei que nunca mais vou fazer, isso é muito importante (Rita Levi-Montalcini).

A estudante Rita Levi- Montalcini, fala que passa pelo processo de errar e aprender com o erro, principalmente com as dificuldades encontradas, ao precisar desempenhar uma tarefa nunca antes imaginada, e esta é a percepção dos autores conforme citação acima, onde, a educação problematizadora oportuniza ao estudante a construção, desconstrução, adaptação para chegar a um patamar adequado, e todo este processo precisa ser muito bem entendido pelos professores, estudantes, coordenação e demais envolvidos com o curso.

Virginia Apgar, faz suas contribuições apontando que

A diferença é muito gritante entre o método tradicional e o método de metodologias ativas e a gente consegue enxergar o quanto as MA mexem na nossa competência enquanto humano, no sentido de utilizar a empatia, no sentido de experienciar e ter o contato com o paciente desde o início (Virginia Apgar).

[...] além do que, a gente se sente mais feliz e satisfeito em poder realmente estar fazendo a diferença desde o início do curso e com relação a parte profissional, porque a gente consegue além de ver a parte teórica, poder aplicar lá na prática desde o início e isso é extremamente positivo (Virginia Apgar).

Para Souza, Iglesias, Pazin-Filho (2014, p. 285), os métodos de ensino-aprendizagem “[...] mostram claramente o movimento de migração do ‘ensinar’ para o ‘aprender’, o desvio do foco do docente para o aluno, que assume a co-responsabilidade pelo seu aprendizado; a valorização do aprender a aprender e o desenvolvimento da autonomia individual e das habilidades de comunicação”.

*Acredito que o profissional sai mais seguro para o mercado de trabalho, ele sai mais curioso, porque as metodologias ativas promovem essa capacidade da gente ir atrás do que a gente quer e além de tudo, a gente se torna um profissional mais completo, pelo fato de estar fazendo um pouco de cada coisa ao mesmo tempo sem deixar o estudo de **maneira** (ênfático) nenhuma em segundo plano, pelo contrário, eu acho que a gente estuda muito mais pelo fato de ser a qualidade e não a quantidade que a gente está sendo avaliado (Virginia Apgar).*

Desta forma, a Metodologia da Problematização caracteriza-se por fomentar a aprendizagem significativa, a articular os conhecimentos prévios com os de outros estudantes do grupo, a indissociabilidade entre teoria e prática, o respeito à autonomia do estudante, o trabalho em pequenos grupos, o desenvolvimento do raciocínio crítico e de habilidades de comunicação, e a educação permanente.

Da mesma forma,

[...] estimula o estudante a desenvolver habilidades para gerenciar o próprio aprendizado, buscar ativamente as informações, integrar o conhecimento, identificar e explorar áreas novas, com isso o estudante adquire ferramentas para desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais para a prática profissional e também para aprender ao longo da vida (BORGES, et al, 2014, p. 40).

Assim, seguindo no sentido contrário do ensino tradicional, onde se apresentam os conteúdos em forma de roteiros pré-determinados, as metodologias ativas surgem como uma quebra de paradigma no ensino, levando os alunos a identificarem as suas reais necessidades de aprendizagem.

Estimulando, portanto, o protagonismo do aluno neste processo, valorizando a forma como ocorre o aprendizado, além do conteúdo a ser aprendido, permitindo que ele aprenda

como aprender, bem como o desenvolvimento de habilidades técnicas, cognitivas, de comunicação e atitudinais, promovendo assim o gerenciamento do aprendizado pelo próprio estudante (FEPESC/ESCS, 2012).

Villardi et al. (2015, p. 50)

reafirma que esse preparo para reconhecer problemas que envolvam as condições de saúde se efetua por meio da metodologia da problematização, pois ela implica [...] a observação da realidade, reflexão e ação, tendo destaque a relação ensino-serviço (de saúde). No movimento ação-reflexão-ação, elaboram-se os conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam.

Considerando também que a Metodologia da Problematização, “permite preparar o aluno para identificar problemas e elaborar propostas que ajudem a superá-los, além de promover a aproximação do ensino dos serviços de saúde e favorecer um olhar mais refinado e uma prática contextualizada[...]”, sendo esta indispensável para a área da saúde (VILLARDI et al.,2015, p. 50).

Visualizando o campo da saúde e da educação médica, temos obrigação de falar sobre as questões essenciais do ser humano, de maneira a estimular os professores e estudantes a dedicar-se ao bem-estar dos indivíduos e comunidade de maneira integral, fato este, que por muito tempo foi esquecido, visualizando somente o processo de saúde x doença.

Pesquisa como esta, pode ter uma repercussão enorme dentro do curso, para os estudantes e para a universidade, pois é um indicativo de que o cenário da Unidade Educacional Prática de Saúde na Comunidade, e a metodologia utilizada refletem de maneira positiva pela visão dos estudantes, mas demandam de um grande esforço por parte de todos os envolvidos para a manutenção da qualidade e melhoria constante do processo de formação, na busca por novos parceiros, atualizações e professores que realmente conheçam a metodologia e a pratiquem rigorosamente.

5 CONSIDERAÇÕES

Este estudo materializa a prática pedagógica sob a visão dos estudantes desenvolvida na Unidade Educacional Prática de Saúde na Comunidade, do Curso de Medicina da UNIPLAC, o qual utiliza-se da Metodologia da Problematização como suporte pedagógico.

Por estar envolvida diretamente com a temática, ao longo de toda a construção, fora necessário um constante distanciamento, mas durante o ato de pesquisar exigiu torná-lo estranho para conhecê-lo pela percepção dos demais sujeitos.

O trajeto percorrido para alcançar o objetivo do estudo, foi longo e complexo, desta forma, não apresentaremos conclusões, devido o dinâmico processo que envolve educação e os sujeitos envolvidos.

Contudo, o objetivo geral proposto era conhecer as percepções dos estudantes do primeiro ano do Curso de Medicina da UNIPLAC, sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, sua inserção metodológica e epistemológica vivenciadas na UPSC, o qual foi alcançado, do mesmo modo podemos afirmar o alcance dos objetivos específicos: a) identificar se o estudante do primeiro ano do Curso de Medicina tem conhecimento prévio das Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem; b) registrar as expectativas (positivas ou frustrações) do estudante após seu ingresso no Curso de Medicina ao deparar-se com um currículo integrado; c) apresentar as percepções do estudante, frente a escrita dos confrontos experienciais, considerando sua inserção em programas e ações desenvolvidos na UPSC e d) verificar como os estudantes percebem a contribuição das Metodologias Ativas no seu processo de formação profissional, confrontando-as com as metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem vivenciadas anteriormente.

A seguir, destacamos aspectos relevantes, tendo em vista que o parâmetro do estudo são as percepções dos estudantes do Curso de Medicina UNIPLAC, matriculados no primeiro ano no ano letivo de 2018.

A pesquisa contou com a participação de 7 (sete) dos 56 (cinquenta e seis) estudantes devidamente matriculados no ano letivo de 2018, estes apresentam um perfil jovem, na sua grande maioria entre os entrevistados são do gênero feminino e advindos de outras cidades de Santa Catarina e de outros estados, demonstrando assim a diversidade de origem, gênero, idade e étnica dentro do Curso. Demonstrando o que já é de conhecimento, que muitos estudantes acabam prestando vestibular para diversas instituições, mesmo aquelas mais distantes de sua família. Em outro momento, destacou-se o conhecimento prévio dos entrevistados sobre as Metodologias Ativas, onde percebe-se que o estudante tem sua inserção

no curso sem ter um conhecimento prévio sobre Metodologias Ativas e que a Problematização é a metodologia utilizada na Unidade Educacional Saúde na Comunidade, desde a sua criação.

Na fala dos estudantes fica evidente que prestam vestibular para as mais diversas instituições do país, mas que não se atentam a buscar maiores informações sobre o curso, o que pode de certa forma gerar frustrações e estranhamentos, quando levam em consideração que até aquele momento seu processo de formação correu de maneira tradicional e passiva.

Para as três estudantes que já haviam ouvido falar sobre as Metodologias Ativas, e tiveram tempo hábil para formar a sua opinião, sabiam dos desafios que iriam enfrentar logo nos primeiros dias do curso, e percebemos pelas suas falas, que o que efetivamente os atrai é a parte prática, onde o estudante sai em busca de seu conhecimento, que tem o contato com a comunidade desde os primeiros dias do curso. E neste contexto o estudante passa a entender a responsabilidade e o peso que têm, pois esta responsabilidade é inerente ao vínculo estabelecido com a comunidade assistida, com a rede de apoio, com a equipe da Unidade Básica de Saúde, com os colegas e com o professor, ou seja, ainda muito cedo, o estudante carrega para fora dos muros da Universidade a responsabilidade de ser estudante de Medicina atuante, e quando inserido no método tradicional isso iria acontecer no terceiro ou quarto ano do curso.

E somente um dos estudantes tinha conhecimento sobre as Metodologias Ativas, conseguindo trazer uma definição do processo de ensino-aprendizagem, onde são contemplados aspectos importantes, como por exemplo, a aplicação da teoria durante a sua prática na Atenção Básica.

Mesmo para os estudantes que possuíam algum conhecimento sobre o método, estes, percebem a diferença entre conhecer e efetivamente vivenciar este processo de formação profissional, que passa a ser também uma formação pessoal.

Tal inserção na comunidade logo nos primeiros dias de curso, segundo dados de nossa pesquisa, faz os estudantes refletirem sobre sua prática. Logo no início imaginam que irão transformar a vida das pessoas, que serão ouvidos, respeitados e que efetivamente irão modificar a realidade vivenciada de maneira certa e precisa. Porém, este encontro, faz com que o estudante perceba a sua fragilidade nos diversos aspectos da sua existência humana.

Ao longo dos dias, e do contato por meio das visitas domiciliares, das entrevistas, das conversas sobre os mais diversos assuntos, pois o foco não é exclusivamente saúde x doença, o estudante percebe o quão está aprendendo com a comunidade, o quão o jogo muda, ou seja,

quando imaginava que iria ensinar saúde, passa a entender que ele aprende sobre o viver, pois aprende com os sentimentos, alegrias, frustrações, valores, crenças das pessoas as quais passaram a compartilhar conhecimento.

A convivência com as famílias, passa de algo engessado para um momento leve, descontraído, e aí o conhecimento acontece, quando ambos passam a interagir de maneira constante. Algo que também fica evidenciada na fala dos estudantes é como eles passam a dar valor para as pequenas coisas da vida, a partir do momento que começam a visualizar o outro em si, gerando por vezes comparações e percebendo-se com atitudes mesquinhas, fúteis e buscando a sua evolução enquanto pessoa para assim buscar a formação profissional.

Outro aspecto elencado pelas estudantes é o quanto o exemplo dos professores é importante, é a convivência diária que faz com que o estudante passa a construir o seu perfil profissional, observando o fazer do professor frente as situações vivenciadas e passando a construir-se, como eu quero ou não quero ser. Lembrando que o estudante tem a oportunidade de se experimentar ao longo do curso, não precisando esperar o diploma chegar em suas mãos. São as experiências diárias que elevam ou não o estudante.

Como o estudante tem a oportunidade de vivenciar as mais diversas experiências dentro da UPSC, tem a oportunidade de imaginar-se em uma escola de modelo tradicional de ensino e foi esta a reflexão que convidamos os estudantes a fazer. Os sujeitos mesmo estando no início do curso, mas o vivenciando de maneira intensa na UPSC, percebem o seu desempenho durante as atividades, onde se estivessem no modelo tradicional possivelmente não teriam a oportunidade de vivenciar de maneira tão intensa, complexa e no decorrer de todo o processo de formação, e sim tendo a oportunidade somente nos anos seguintes e de maneira fragmentada.

Os professores estando cientes de seu papel junto a sociedade e aos estudantes, estarão oportunizando a sociedade brasileira, profissionais com grande conhecimento técnico-científico, mas no mesmo nível com olhar intersetorial, multidisciplinar, humanizado, crítico, reflexivo, ético, empático, com habilidades e atitudes trabalhadas no decorrer do curso e tão emergentes junto a sociedade. Profissionais conscientes de seu papel, conseguem mobilizar uma sociedade na busca de seus direitos, mas também de seus deveres, na busca pela gestão do cuidado e na corresponsabilização, onde é de interesse e responsabilidade de ambos o sucesso do tratamento.

Destacamos a importância de aprofundar as percepções dos estudantes nesta unidade educacional, a UPSC, constituído de um importante instrumento de fortalecimento, conforme embasamento dos mais diferentes autores utilizados nesta. Vimos que a cada dia, os estudantes passam por situações diferentes e desafiadoras, e diariamente são convidados a mergulhar no aprendizado que está diante de seus olhos. O professor é peça fundamental em todo este processo vivenciado pelos estudantes, porém é o mediador, e não o detentor do saber ou repassador do conhecimento, ele precisa mediar, estimular, oportunizar, deixando que o estudante busque o conhecimento ativamente.

Os estudantes demonstram o aprendizado interdisciplinar, humanizado e rompem com a visão tradicional sobre as metodologias inculcadas ao longo de sua formação e ingressam no mundo novo das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Ao analisar as entrevistas, buscando os referenciais utilizados para embasamento desta pesquisa, e acima de tudo retomando as lembranças de momentos vivenciados com os estudantes, percebo que o grande diferencial deste curso, não está escrito no PPC, nas diretrizes curriculares, nos confrontos experiências ou no portfólio construído ao longo do ano, mas está nas entre-linhas, nas palavras sinceras durante uma visita domiciliar, no momento em que o coração abre para compartilhar as situações vivenciadas ao longo da vida, nas experiências positivas ou negativas, nos medos, nas incertezas, mas acima de tudo na força de vontade de fazer, certo ou até errado, mas no desafio de fazer o seu melhor a cada dia, a cada momento, a cada encontro.

Em suma, estamos cientes de que esta pesquisa foi realizada com estudantes do primeiro ano do curso, talvez fosse interessante realizá-la com os estudante do último ano, na busca pelo conhecimento das percepções vivenciadas pelos alunos na UPSC, mas agora em uma visão de totalidade, movimento e contradições, considerando assim, os seis anos de percurso da graduação em medicina.

REFERÊNCIAS

- ACRATA STUDIORUM. **A trajetória Revolucionária de Césare Sartori**. Disponível em: <<http://acratastudiorum.blogspot.com/2010/09/trajetoria-revolucionaria-de-cesare.html>>. Acesso em 06 abr. 2019.
- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 136f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Faculdade de Medicina, 2003.
- ALARCÃO, Isabel. “Dilemas” do jovem investigador. Dos “dilemas” aos problemas. In: COSTA, António Pedro; SOUZA, Francislê Neri de Souza; SOUZA, Dayse Neri de (Org.). **Investigação qualitativa: inovação, dilemas e desafios**. São Roque/Portugal: Ed. Ludomeia, 2014. Cap. 05.
- ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H. A.; DIAS, O.V.; LUGARINHO R.M. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde**. Revista Brasileira de educação médica. 32 (3): 356-362, 2008. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000300010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 14 fev 2020
- ANDRADE, Márcia Regina Selpa. **Recontextualização do currículo integrado nos cursos de medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ**. Campinas, SP. 2012. Tese de Doutorado.
- AZEVEDO, B.M.S.; FERIGATO, S.; SOUZA, T.P.; CARVALHO, S.R. **A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 17, n.44, p.187-99, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000100015&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 18 fev 20.
- ABEM. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS. Disponível em: <www.abem-educmed.org.br>. Acesso em 20 mar. 2019.
- BATISTA, K. B.C.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado**. Saúde soc. vol. 20. N.4. São Paulo. Oct./Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007 Acesso em: 10 mar 2020.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. ISBN: 978-85-62938-04-7
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 3ª Reimp. 1ª ed. Editora 70, 2016. 279 p.
- BACHA, M. L.; STREHLAU, V. I.; ROMANO, R. **Percepção: termo frequente, usos inconsequentes em pesquisa?** ANPAD, 30, Encontro da ANPAD, 23 a 27 set 2006, Salvador, BA, Anais..., EnANPAD, 30, Salvador, 2006.

BERBEL, N.A.N. **Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior.** Semina: Ci Soc./Hum. v.16. n.2., Ed. Especial, p. 9-19, out.1995. <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/viewFile/9458/8240>> Acesso em 14 fev 2020

BERBEL, Neusi Aparecida Navas; GOMES, Daniel Fernando Matheus (org.) **Exercitando a reflexão com conversas de professores.** Londrina: Grafcel, 2005.

BERBEL, N.N. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, SP, v.2,n.2, 1998.

BERBEL, N.A.N.; GAMBOA, S.A.S. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica.** Filosofia e Educação (online) v.3.n.2 out.2011 – mar. 2012. Issn: 1984-9605. <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rfe/article/view/8635462>> Acesso em 14 fev 2020

BORDENAVE, Dias Juan; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 29.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BORDENAVE, Dias Juan. **Alguns Fatores Pedagógicos.** Texto traduzido e adaptado do artigo La Transferência de Tecnologia Apropriada ao Pequeno Agricultor. Bordenava Juan E. Dias. Revista Interamericana de Educação de Adultos. v. 3, n. 1-2 – PRDE – OEA, Por Maria Thereza Grandi, OPS. Brasília, 1983.

BORGES, M.C., CHACHÁ, S.G.F., QUINTANA, S.M., FREITAS, L.C.C., RODRIGUES, M.L.V. **Aprendizado baseado em problemas.** Medicina (Ribeirão Preto). v.47(3):301-7 <<http://revista.fmrp.usp.br/>> Acesso em 17 fev. 20

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017> Acesso em 19 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192 Acesso em 19 de março de 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 10 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html Acesso em 11 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.**

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em 11 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Disponível em :
<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf> > Acesso em 21 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde. **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em 21 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina.** Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Resolução nº 4, de 07/11/2001. **Diário Oficial da União**, 09/11/2001, Brasília, Seção 1, p. 38, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. <
http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf>. Acesso em: 17 fev 20.

CÂMARA. Rosana Hoffman. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações.** Revista Interinstitucional de Psicologia. V.6, n.2. jul-dez, 2013. p. 179-191. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>>. Acesso em 06 abr. 2019.

CAVALCANTE, A. N., et al. Análise da Produção Bibliográfica sobre Problem Based Learning (PBL) em Quatro Periódicos Seleccionados. Revista Brasileira de Educação Médica. v.42 (1), n. 13-24, 2018

COLL. C. **Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica a elaboração do currículo escolar.** São Paulo: Ática; 2000.

COLOMBO, A.A.; BERBEL, N.A.N. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes dos professores.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v.28, n.2, p. 121-146, jul./dez. 2007. <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/3733>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

COUTINHO, Lúcia Soares Buss e OZÓRIO, Júlio César de Castro. Unidade educacional de prática de saúde na comunidade (UPSC). Florianópolis. p. 29-34. In: SOUZA e SUBTIL (org.), **Reflexões, inovações e prática: curso de Medicina da Uniplac.** Florianópolis: Editora Tribo da Ilha, 2016.

DAVINI, María Cristina. **Currículo integrado.** CADRHU. Consultoria à OPAS, Brasília, para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em

Saúde, 1983. Disponível em:

<http://lagarto.ufs.br/uploads/content_attach/path/11340/curriculo_integrado_0.pdf>. Acesso em 21 mar.2019.

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS do Curso de Graduação em Medicina, Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. <

<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>> Acesso em 17 fev 20

FARIAS, P.A.M., MARTIN, A.L.A.R., CRISTO, C.S. **Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percorso Histórico e Aplicações**. Rev Bras Educ Méd. 2015. <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000100143&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 17 fev. 20.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. Educar, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Editora UFPR. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n28/a03n28.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2019.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. **A UDF: UMA UTOPIA VETADA?**

Disponível em: <<http://www.anped11.uerj.br/19/FAVERO.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. Tese de Doutorado em Prática de Saúde Pública, USP, São Paulo.

FEPECS/ESCS. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – FEPECS/ESCS. **Plano de desenvolvimento institucional – PDI (2012-2016)**. Brasília: Secretaria de Estado de Educação; 2012.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2018.

FRANCO, C.A.G.S.; CUBAS, M.R.; FRANCO, R.S. **Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares**. Rev. bras. educ. med. vol.38 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2014.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000200009> Acesso em 17 fev 20

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed.São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Transformação da Educação Médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.35. n.4. p. 557-566, 2011. Disponível em:

www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a16v35n4.pdf>. Acesso em: 23 mar.2019.

HEINZLE, M.R.S.; BAGNATO, M.H.S. **Recontextualização do currículo integrado na formação médica**. Pro-Posições. V.26, n.3 (78). P225-238. Set./Dez. 2015.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072015000300225>
Acesso em 14 fev 2020.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3. Ed. Tupykurumin: Rio de Janeiro, 2001.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M. C.H.; MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária**. 2. Ed. São Paulo: EPU. 2009

KOSIK, Karel. **A dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1997.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil**. Rio de Janeiro, 2002. Tese de Doutorado. Disponível em: <
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4369>> Acesso em: 20 mar. 2019.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil. Tipologia das Escolas**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC,2009. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000100016>.
Acesso em: 08 abr. 2019.

LIMA, João Francisco Lopes de. Educar para a democracia como fundamento da educação no Brasil do século XX: a contribuição de Anísio Teixeira. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 39, p. 225-239, jan./abr. 2011. Editora UFPR. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/er/n39/n39a15.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2019.

LUZURIAGA, L. 1984. **História da Educação e da Pedagogia**. 15ª ed. São Paulo, Companhia Editora Nacional, vol. 59, 292 p. (Coleção Atualidades Pedagógicas).

YARED, Yalin Brizola. **Do prescrito ao vivido: a compreensão de docentes sobre o processo de educação sexual em uma experiência de currículo integrado de um curso de Medicina**. 2016. 443 p. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Florianópolis, 2016.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica** 42 (4) : 66-73; 2018. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n4/1981-5271-rbem-42-4-0066.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MANFREDI, Silvia Maria. **Metodologia do ensino: diferentes concepções** (versão preliminar), 1993. Disponível em
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1974332/mod_resource/content/1/METODOLOGIA-DO-ENSINO-diferentes-concep%C3%A7%C3%B5es.pdf>.

MASETTO, Marcos T. (org). **Docência na universidade**. Campinas, SP: Papirus, 1998. Acesso em 02 de setembro de 2018.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida.** In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 116-160.

MITRE, S.M.et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva.** V13 (Sup2): 2133-2144, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

MORAES MAA, MANZINI EJ. Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um Estudo de Caso na Famema. *Rev Bras Educ Méd* 2006;30(3). <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n3/02.pdf> > Acesso em 06 jan 20.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. **Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios.** RAC, Curitiba, v.15, n.4, p 731-741. Jul./Ago.2011. Disponível em www.anpad.org.br/rac Acesso em 17 fev 20.

MUNHOZ, A. S. **ABP: Aprendizagem Baseada em Problemas: ferramenta de apoio ao docente no processo de ensino e aprendizagem.** São Paulo: Cengage Learning, 2015.

NOGUEIRA, Maria Inês. **As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento.** Revista Brasileira de Educação Médica. 33 (2): 262-270,2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200014>. Acesso em: 20 mar. 2019.

NOGUEIRA, Maria Inês. **A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico.** Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 24 (3): 909:930,2014. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000300909&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 14 fev 2020.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. **O Relatório Flexner: para o bem e para o mal.** In: Revista Brasileira de Educação Médica. 32(4): 492-499, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12> > Acesso em 19 de março de 2019

OPAS - Organização Pan – Americana da Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Disponível em <<https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/> > Acesso em 21/03/2019.

PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE SANA CATARINA 2030. PDSC 2030. Governo do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Plano_SC_2030_VersaoFINAL.pdf>. Acesso em: 31.07.2018.

SANTOMÉ, Jurjo. **Globalização e interdisciplinaridade.** Porto Alegre: Artes Médicas,1998.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes.** p.23-71 In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul.** São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, F. M. **Análise de Conteúdo: A Visão de Laurence Bardin.** Revista eletrônica de Educação. São Carlos, SP: UFSCar. V.6,n.1,p. 383-387, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br>> Acesso em 17 fev 20.

STAKE, Robert E. **A arte da investigação com estudos de caso.** 3ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2012.

SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: Revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 2012 46(1) 208-18.

SOUZA, C.S., IGLESIAS, A.G., PAZIN-FILHO, A. **Estratégias inovadoras de ensino.** Medicina (Ribeirão Preto) 2014. v.47(3) p. 284-92 <<http://revista.fmrp.usp.br/>> Acesso em 17 fev 20

SUBTIL, Maria Cristina Mazzetti et al; **Contextualizando a implantação e o curso de medicina.** Florianópolis. p. 15-28. In: SOUZA e SUBTIL (org.), **Reflexões, inovações e prática: curso de Medicina da Uniplac.** Florianópolis: Editora Tribo da Ilha, 2016.

TEIXEIRA, Anísio. Notas para a história da educação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos.* Rio de Janeiro, v.37, n.85, jan./mar. 1962. p.181-188. <<http://www.bvanisioiteixeira.ufba.br/artigos/notas2.html>> Acesso em 14 fev 2020

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais/; a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2013.

TOMASZEWSKI, Rochele Andrade. A importância do pré-teste na construção de um repositório analítico. **La Salle- Revista de Educação, Ciência e Cultura.** V.12.n.2. jul./dez.2007. p.139-149. Disponível em: <https://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs_online/artigos/revista_la_salle/2007_v12_n2/ratomaszewski.pdf> Acesso em 06 de abril de 2019.

UNIPLAC. Universidade do Planalto Catarinense. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.** Lages, 2017.

UNIPLAC. Universidade do Planalto Catarinense. **CADERNO DO ESTUDANTE do Curso de Medicina UNIPLAC.** Lages, 2018.

UNIPLAC. Universidade do Planalto Catarinense. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.** Lages, 2019.

UFBA – Universidade Federal da Bahia. **Universidade Federal da Bahia – A primeira do Brasil.** Disponível em: <<http://www.fameb.ufba.br/institucional/historico>> Acesso em 20 de março de 2019.

UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro. **História – Um pouco de nossa história.** Disponível em <http://www.medicina.ufrj.br/colchoes.php?id_colchao=1> Acesso em 19 de março de 2019.

USP. Universidade de São Paulo. **Decreto nº 6.283 de 25 de janeiro de 1934.** Disponível em: <<http://www.leginf.usp.br/?historica=decreto-n-o-6-283-de-25-de-janeiro-de-1934>>. Acesso em: 04 abr. 2019

UFSC, 2019 <<https://medicina.ufsc.br/>> Acesso em 17 fev 20

URQUIZA, M. A.; MARQUES, D. B. **Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica.** Entretextos: londrina. V. 16, n.1, p.115-144, jan./jun. 2016. Disponível em:<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/entretextos/article/view/20988>> Acesso em 18 fev 20.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. (Org.) **Formação médica e aprendizagem baseada em problemas.** – Campinas, SP: Papirus, 2015. <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 mar. 2019.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: _____. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.

VILLARDI, M.L.;CYRINO, E.G.; and BERBEL, N.A.N. **A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades.** In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [on line]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp.45-52. ISBN978-85-7983-662-6. <<http://books.scielo.org/id/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626-05.pdf>> Acesso em 14 fev 2020

ANEXOS

Anexo 1.

Roteiro para entrevista semiestruturada

Bloco I – Identificação

Nome: _____ Idade: ___ Gênero: _____

Natural de: _____ Formação Acadêmica anterior: _____

Se sim, qual: _____ Ano: _____

Bloco II – Perguntas Abertas

- a) O Curso de Medicina da UNIPLAC é desde sua estruturação alicerçado em Metodologias Ativas de ensino- aprendizagem. Consegue descrever qual era o seu conhecimento sobre MA anteriormente a sua inserção no Curso?
- b) O currículo do Curso de Medicina da UNIPLAC, é integrado, o qual busca desenvolver além de conteúdos, as habilidades e competências de cada estudante. Descreva suas possíveis percepções (positivas ou frustrações) frente a este modelo inovador de ensino aprendizagem considerando o aprendizado de conteúdos, habilidades e competências.
- c) A inserção na comunidade desde os primeiros dias do Curso, e a escrita dos confrontos experienciais fazem parte da estratégia de ensino aprendizagem. Poderia descrever quais foram seus sentimentos, sensações, quando vivenciou este processo pelas primeiras vezes? O que muda com o tempo?
- d) Provavelmente a sua formação até a inserção neste Curso, deu-se de maneira tradicional, onde o professor repassava o conhecimento e o aluno era avaliado de maneira quantitativa. Passado alguns meses, vivenciado experiências diversas, como avalia a contribuição das Metodologias Ativas em seu processo de formação humana e profissional?

Anexo II

Quadro nº 2. Lista de profissionais médicos consagrados historicamente:

<p>Cesare Sartori</p>	<p>Misto de médico e antropólogo, Cesare Sartori foi um italiano de tendências revolucionárias que se fixou no começo do século XX na cidade de Lages, onde logo mostrou preocupação pela população pobre e negra. Formou-se em Medicina em 1893 pela Universidade de Pádua. Nascimento: Em 1867, em Vicenza na Itália. Falecimento: 12 de julho de 1945, aos 78 anos. http://acratastudiorum.blogspot.com/2010/09/trajetoria-revolucionaria-de-cesare.html Acesso em 05 de abril de 2019.</p>
<p>Maria Brasília Leme Lopes</p>	<p>Maria Brasília Leme Lopes, foi uma médica e psicóloga brasileira. É considerada pelo CNPq uma das pioneiras da ciência no Brasil. Em sua atividade científica, destaca-se seu trabalho sobre hemoterapia. Foi membro da Academia Nacional de Medicina. Foi presidenta da Associação Brasileira de Mulheres Médicas. Nascimento: 1909 Falecimento: 1996 https://pt.wikipedia.org/wiki/Maria_Bras%C3%ADlia_Leme_Lopes Acesso em 08 de março de 2019</p>
<p>Cecília Grierson</p>	<p>Cecília Grierson foi uma médica, professora e livre-pensadora argentina. Foi a primeira mulher a receber um diploma de medicina na Argentina. Nascimento: 22 de novembro de 1859, Buenos Aires, Argentina Falecimento: 10 de abril de 1934, Buenos Aires, Argentina https://pt.wikipedia.org/wiki/Cecilia_Grierson Acesso em 08 de março de 2019</p>
<p>Rita Levi-Montalcini</p>	<p>Rita Levi-Montalcini foi uma médica neurologista italiana. Foi agraciada com o Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina de 1986 pela descoberta de uma substância do corpo que estimula e influencia o crescimento de células nervosas, possibilitando ampliar os conhecimentos sobre o mal de Alzheimer e a doença de Huntington. Nascimento: 22 de abril de 1909, Turim, Itália Falecimento: 30 de dezembro de 2012, Roma, Itália https://pt.wikipedia.org/wiki/Rita_Levi-Montalcini Acesso em 05 de abril de 2019</p>
<p>Virginia Apgar</p>	<p>Virginia Apgar, foi uma médica norte-americana que se especializou em obstetrícia e anestesiologia. Foi líder em vários campos da anestesiologia e, efetivamente, foi a responsável pela criação do que viria a ser a neonatologia. Nascimento: 7 de junho de 1909, Westfield, Nova Jersey, EUA Falecimento: 7 de agosto de 1974, Centro Médico da Universidade de Columbia, Nova Iorque, EUA https://pt.wikipedia.org/wiki/Virginia_Apgar Acesso em 08 de março de 2019</p>
<p>Eloísa Díaz</p>	<p>Eloísa Díaz Insunza, foi a primeira estudante de medicina feminina a frequentar a Universidade do Chile e a primeira mulher a se tornar médica de medicina no Chile, assim como em todo o continente da</p>

	<p>América do Sul. Nascimento: 25 de junho de 1866, Chile Falecimento: 1 de novembro de 1950, Santiago, Chile https://en.wikipedia.org/wiki/Elo%C3%ADsa_D%C3%ADaz Acesso em 08 de março de 2019</p>
Maria Montessori	<p>Maria Tecla Artemisia Montessori, foi uma educadora, médica, cristã católica e pedagoga. Conhecida pelo método educativo que desenvolveu e que ainda é usado hoje em escolas públicas e privadas mundo afora. Nascimento: 31 de agosto de 1870, Chiaravalle, Itália Falecimento: 6 de maio de 1952, Noordwijk, Países Baixos https://pt.wikipedia.org/wiki/Maria_Montessori Acesso em 08 de março de 2019</p>

Fonte: Busca realizada na web, quadro criado pela autora.

APÊNDICE

Apêndice 1.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “**PERCEPÇÕES DO ESTUDANTE DO PRIMEIRO ANO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIPLAC NO CENÁRIO DA UNIDADE EDUCACIONAL DE PRÁTICA DE SAÚDE NA COMUNIDADE**”. O objetivo deste trabalho é “Conhecer as percepções do estudante do primeiro ano do curso de medicina da UNIPLAC, sobre seu conhecimento das metodologias ativas de ensino aprendizagem, sua inserção metodológica e epistemológica vivenciadas na UPSC”. Para realizar o estudo será necessário que se disponibilize a participar de uma entrevista semiestruturada, previamente agendada a sua conveniência. Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar como o estudante do primeiro ano do curso de medicina da UNIPLAC percebe sua inserção metodológica e epistemológica nas práticas desenvolvidas na UPSC. **De acordo com a resolução 466/2012** “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. A sua participação terá risco mínimo, podendo ocorrer constrangimento, desconforto ou mal estar, e se estes ocorrerem serão solucionados/minimizados através de encaminhamento para o serviço de Psicologia da Universidade localizado no Centro de Ciências de Saúde da Universidade, através do telefone (49) 3251-1084, de forma gratuita. Em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual receberá uma cópia.

Os benefícios da pesquisa são: o protagonismo em uma pesquisa acadêmica; a colaboração de maneira crítica e reflexiva de suas práticas pedagógicas; poderão oferecer contribuições para o aperfeiçoamento dos métodos de ensino aprendizagem assumidos pelo curso de medicina da UNIPLAC; contribuições para a coordenação, equipes de apoio, corpo docente e discente do curso envolvidos no cotidiano com suas atividades educativas.

Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através do telefone: 49 999240434, ou pelo endereço Rua: Graça Aranha, 72, apto 14, bairro Caravággio, Lages/SC. Se necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 1, sala 1226, Lages SC, (49) 32511086, email: cep@uniplaclages.edu.br. Desde já agradecemos!

Eu _____(nome por extenso e CPF) declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa.

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Lages, ____ de _____ de _____

Responsável pelo projeto: Rose Cristina Possato

Endereço para contato: Rua: Graça Aranha, 72, apto 14. Bairro: Caravággio, Lages/SC.

Telefone para contato: (49) 999240434

E-mail: rosecristina@uniplaclages.edu.br

