

METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO DO FUTURO MÉDICO NUMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Andréa Reni Mendes Mardock

Tânia Suely Azevedo Brasileiro

RESUMO

Este estudo buscou tratar, desde um recorte da dissertação “Política de humanização do SUS na formação médica no interior da Amazônia”, as metodologias ativas na prática humanizada durante a formação do futuro médico do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), em Santarém, região Oeste do Pará. Objetiva-se analisar as contribuições destas metodologias através da percepção de discentes, docentes e coordenadora do referido curso. A metodologia é de abordagem qualitativa, descritiva, com recorte temporal de 2014 a 2017. Foi realizado estudo documental e empírico, com aplicação de entrevistas semiestruturadas com a coordenadora do curso e 09 docentes, e de questionário padrão PRAXIS com 87 discentes do referido curso, gerando uma amostra de 97 participantes, cujos dados foram tratados pela análise de conteúdo de Bardin (2011). Os resultados demonstram que o curso estudado faz uso das Metodologias Ativas desde sua implantação em 2006, na região a região Oeste do Pará. Verificou-se também que discentes, docentes e coordenadora do referido curso percebem que estas metodologias precisam ser fortalecidas através de formação continuada dos docentes, com maior engajamento nos planejamentos pedagógicos e diálogo entre a teoria do ensino e a prática pedagógica na realidade dos módulos INC e GIESC. Ainda assim, identificou-se que o PPP do curso de Medicina analisado esclarece que a missão do Curso é graduar médico com o uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, legitimadas pela integração da realidade imediata, sendo o caminho para uma aprendizagem significativa na educação na área de saúde e a consolidação na formação médica.

Palavras-chave: Metodologias Ativas. Formação Médica. Prática Humanizada.

ABSTRACT

This study sought to address, from an excerpt from the dissertation “SUS humanization policy in medical education in the interior of the Amazon”, the methodologies active in humanized practice during the training of the future doctor of the medical course at the State University of Pará (UEPA) , in Santarém, western region of Pará. The objective is to analyze the contributions of these methodologies through the perception of students, teachers and coordinator of the referred course. The methodology has a qualitative, descriptive approach, with a time frame from 2014 to 2017. A documentary and empirical study was carried out, with the application of semi-structured interviews with the course coordinator and 09 teachers, and the standard questionnaire PRAXIS with 87 students of that course, generating a sample of 97 participants, whose data were treated by Bardin's content analysis (2011). The results show that the studied course makes use of Active Methodologies since its implementation in 2006, in the region of Western Pará. It was also found that students, teachers and the coordinator of that course perceive that these methodologies need to be strengthened through continuous training. of teachers, with greater engagement in pedagogical planning and dialogue between teaching theory and pedagogical practice in the

reality of the INC and GIESC modules. Even so, it was identified that the PPP of the analyzed medical course clarifies that the mission of the Course is to graduate medical with the use of active methodologies in the teaching-learning process, legitimized by the integration of the immediate reality, being the path to a meaningful learning in the health education and consolidation in medical training.

Keywords: Active Methodologies. Medical training. Humanized Practice.

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

Em toda a história da humanidade a função principal do médico tem sido a de cuidar e tratar dos enfermos, quando melhor se caracteriza o ato médico (REZENDE, 2009). Nesta função, o ato médico consiste basicamente na formulação do diagnóstico e na instituição do tratamento mais indicado para o paciente.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve uma necessidade urgente de formação de profissionais para atender ao perfil e as demandas decorrentes de sua implantação. Em relação a criação do SUS, Batista e Gonçalves (2011, p. 2) frisam que:

A VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, nos anos 1980, foram importantes para as muitas conquistas que aconteceram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil. Apesar de muitos conflitos, embates e diferentes interesses, ocorreram importantes mudanças, chegando à Constituição Federal Brasileira de 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, e a criação do SUS.

Segundo Sales (2016), verifica-se a criação do SUS como um marco muito importante na história da saúde brasileira, estabelecendo mudanças no contexto geral das normativas que regem os processos da sociedade nacional, não sendo excluídos os meios pelos quais novos profissionais são formados, inclusive para a prática médica.

Diante desta nova demanda, são constantes as discussões em torno de uma formação médica com práticas pedagógicas de ensino-aprendizagem que permitam aos acadêmicos o exercício da busca autônoma por conhecimentos por meio de resoluções de problemas relacionados ao processo saúde-doença.

Discute-se uma formação que possibilite aos discentes a visão holística deste processo, levando em consideração o doente como um ser humano e seus aspectos emocionais, biológicos, sociais, financeiros e outros que tenham relações direta ou indireta com os agravos causados pelas doenças e, a partir desses aspectos, a mediação da prevenção, promoção e reestabelecimento da saúde.

Essa realidade exige das Escolas Médicas a formação de um profissional com visão holística, capacitação ética, técnica e científica, ciente da sua relevância social e, principalmente, que acredite que a saúde e o ato de curar não são privilégio e muito menos caridade, mas sim um direito. Em consonância com Chauí (2001, p. 12), ao discutir a formação de recursos humanos para o SUS, essas reflexões obrigatoriamente deverão ser remetidas para as relações existentes entre os setores de Saúde e de Educação, dentro das práticas do Direito e da Democracia, pois, o SUS fundamenta-se em uma visão plausível, reconhecendo a saúde como um bem coletivo e obrigatório de responsabilidade do Estado.

A formação do profissional da área da saúde deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe (Resolução CES/CNE nº.02, 03/2001 e nº 03 / 2002). Nesse sentido, pensar a formação profissional em saúde com base nos conceitos de competência e integralidade é operar uma profunda transformação na maneira de conceber o sujeito da aprendizagem e o próprio mundo do trabalho. Com isto, Salgueira (2009, p. 63) anuncia que:

A aprendizagem ao longo da vida é um conceito complexo e multidimensional, o qual sintetiza a motivação, capacidade e comportamentos necessários para o profissional manter e desenvolver a competência ao nível do conhecimento, uso de tecnologias e práticas mais recentes.

Assim, quanto a formação inicial desses profissionais, o curso de medicina deve proporcionar aos discentes conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática profissional na estratégia saúde da família, estando mais próximos a prática do médico, inseridos na diversidade cultural das comunidades, propondo a aplicação de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no discente.

Assim, este texto apresenta parte dos resultados de um estudo voltado a formação médica com o uso de metodologias ativas numa Universidade Pública, no âmbito do mestrado interdisciplinar em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida (PPGSAQ), na amplitude da linha de pesquisa Políticas Públicas, Diversidade Cultural e Desenvolvimento Amazônico, e sua possível contribuição para um atendimento na área de saúde com visão ampliada e comprometida com a coletividade.

2. METODOLOGIAS DE ENSINO APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO MÉDICA NO CURSO ESTUDADO

Este estudo buscou tratar, desde um recorte da dissertação “Política de humanização do SUS na formação médica no interior da Amazônia”¹, o uso de metodologias ativas durante a prática humanizada na formação do futuro médico a partir da percepção da coordenadora, docentes e discentes do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

O *locus* desse estudo, com recorte temporal 2014-2017, foi o campus XII Santarém da UEPA, região Oeste do Pará. A amostra é composta por 97 participantes, destes 09 docentes, compreendendo 04 atuantes no módulo Gestão, Interação, Ensino, Serviço e Comunidade (GIESC)², 04 no módulo Interação Comunitária (INC)³ e uma foi na disciplina Humanidades Médicas, além da coordenadora do curso e 87 discentes matriculados do 1º ao 8º períodos do referido curso, sendo 38 deles seu currículo se baseava no Projeto Político Pedagógico (PPP) (UEPA, 2005) e 49 discentes vinculava-se ao Projeto Pedagógico do Curso Unificado (PPC) (UEPA, 2015).

Para a coleta dos dados⁴ utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, aplicada a coordenadora do Curso de Medicina e aos docentes dos referidos módulos, e o instrumento questionário padrão PRAXIS, aplicado aos discentes dos 1º ao 8º períodos, além da análise de documentos vigentes, que normatizam a política de humanização do SUS na formação médica. Os resultados do estudo empírico foram tabulados e dispostos em quadros e gráficos, favorecendo sua análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

A UEPA foi criada com a missão de Produzir, difundir conhecimentos e formar profissionais éticos, com responsabilidade social, para o desenvolvimento sustentável da Amazônia:

¹ Dissertação defendida por Andréa Reni Mendes Mardock, em junho de 2018, junto ao Programa de Pós-graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida (PPGSAQ) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), sob orientação da Profa. Dra. Tania Suely Azevedo Brasileiro.

² “[...] O GIESC permitirá ao estudante realizar a abordagem centrada na pessoa, pelos princípios e ferramentas da atenção primária e pelo trabalho com membros da comunidade, nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, associados ao processo saúde-doença.” (UEPA, 2015, p. 61).

³ Quanto ao INC, “[...] Os estudantes conduzem, em equipes, com a supervisão do Docente/Médico, pesquisas na comunidade, experiências em vigilância à saúde, análise e solução de problemas, bem como desenvolvimento de habilidades clínicas relacionadas aos cuidados de saúde individual e da comunidade.” (UEPA, 2005, p.46).

⁴ A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (Campus XII – Santarém), e aprovada com o Número de CAAE: 72808117.4.0000.5168. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, em que os participantes assinaram e concordaram com o TCLE.

Foi criada por meio da Lei Estadual nº 5747 de 18/05/1993, sendo autorizada a funcionar através do Decreto Federal datado de 04.04.94. É uma instituição pública estadual organizada como autarquia de regime especial e estrutura multicampi, gozando de autonomia didático-científica, administrativa, disciplinar e de gestão financeira e patrimonial. Sua existência tem origem na Fundação Educacional do Estado do Pará (FEP) que, a partir de 1961 passou a ser a entidade mantenedora do ensino superior estadual. Porém, o ensino superior estadual surgiu em 1944, com a criação da Escola de Enfermagem “Magalhães Barata”. Em 1970, foram implantadas a Escola Superior de Educação Física (ESEFPA) e a Faculdade Estadual de Medicina do Pará (FEMP). Posteriormente, em 1983, foi criada a Faculdade de Educação (FAED) e no ano de 1989 o Instituto Superior de Educação do Pará (ISEP). Portanto, a UEPA se origina da junção dessas instituições de ensino estadual (UEPA, 2015, p. 2).

Quanto ao Campus XII, através de informações contidas no Guia Acadêmico 2017 da Universidade do Estado do Pará, o mesmo foi inaugurado em 22 de outubro de 1998, iniciando suas atividades apenas com o Curso de Educação Física (1999) e posteriormente houve a implantação dos Cursos de Música (2000), Enfermagem (2001) e Fisioterapia (2002), o Curso de Medicina apenas foi implantado em 2006.

A UEPA aceitou em 2002, o desafio do Governo do Estado para expandir o curso de medicina para o interior do estado, baseado também na distribuição desigual de médicos no Brasil, principalmente no que se refere à Região Norte, onde há vários municípios de até 50 mil habitantes sem médicos, contribuindo para altos índices de vários agravos de saúde (UEPA, 2005, p. 11).

Criada em 2003 uma comissão para avaliar a situação e as possibilidades de implantação do curso no município de Santarém, onde já havia outros cursos da área de saúde. Essa comissão constatou a necessidade de médicos para atender a população de Santarém e municípios circunvizinhos e apontou uma série de reformulações e necessidades de se criar condições para implantar o curso de medicina em Santarém (UEPA, 2005; UEPA, 2015).

Para UEPA (2015), no momento em que houve a expansão do curso de medicina para Santarém, foi elaborado um novo modelo pedagógico para o curso, aliando a formação e a prática profissional, incorporando práticas do sistema de saúde e especificidades das comunidades em que esses futuros profissionais seriam inseridos. O currículo foi organizado para ter uma maior integração e articulação do conhecimento, tendo como perfil do egresso as características do médico generalista recomendado pela DCN de 2001. Além disso, o modelo pedagógico sustentado na integração do currículo adotava metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno, preparando-o para a autoeducação permanente num mundo de constante renovação da ciência, utilizando a Aprendizagem Baseada em Problemas como técnica de ensino.

No momento de implantação dos cursos nos municípios de Santarém e Marabá, os projetos pedagógicos foram norteados pela Resolução CNE/CES/MEC n° 4 de 07 de novembro de 2001, que estabelecia as diretrizes curriculares para a graduação do curso de medicina. Na reformulação do Projeto Pedagógico de Belém, em 2013, baseou-se na referida resolução (UEPA, 2015, p. 11).

Instituídas as novas DCNs para o Curso de Medicina em 2014, acompanhando e permitindo ajustes necessários aos currículos dos cursos médicos, com o objetivo de integralizar o processo saúde-doença e a promoção da saúde da população brasileira com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2014). Então, em dezembro de 2015, tendo como justificativa, a adequação dos Projetos Pedagógicos de Belém, Marabá e Santarém, às novas diretrizes, ocorreu à unificação dos Projetos, sendo que em Santarém ocorreram pequenas adequações, uma vez que o curso já possuía proposta de currículo integrado e integrador (UEPA, 2015).

Para o PPC da UEPA (2015), em seu art. 26, o Curso de Graduação em Medicina tem projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

Dentro desta perspectiva, a aprendizagem baseada em competências, problemas e em evidências científicas possibilita discutir o processo saúde-doença em um contexto mais amplo. Permite trabalhar ao mesmo tempo aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais mais adequados se considerarmos as ciências médicas situadas na interface entre as ciências biológicas e as ciências humanas.

Essa metodologia baseia-se em uma linha construtivista de ensino e aprendizagem, em que o aluno tem envolvimento ativo na construção do conhecimento, e os conhecimentos prévios desempenham um papel importante no processo de aprendizagem. Dessa forma, segue os preceitos do filósofo norte-americano John Dewey, o qual defende que para uma aprendizagem se tornar significativa é essencial que o conhecimento seja (re)construído a partir de experiências prévias dos estudantes (DEWEY, 1979). Percebe-se que está em consonância com o previsto no Plano de Desenvolvimento Institucional da Universidade.

[...] Proporciona uma aprendizagem mais significativa do ponto de vista pedagógico, corroborado pelo fato de que podem ser utilizados diversos cenários, onde o estudante possa desenvolver habilidades e aprender a identificar as reais necessidades de saúde da comunidade frente às experiências vividas (UEPA, 2017, p. 44).

Observa-se que é fundamental o uso de estratégias pedagógicas, como exemplo as metodologias ativas, com a ampliação da participação do professor e dos alunos nos campos de prática, e integrados às políticas públicas de saúde (CORBELLINI, 2010; MELLO, 2009; CECCIM, 2009).

Antes de tudo é necessário ressaltar que a Política Nacional de Humanização (PNH) tomou como desafios os problemas e dificuldades que ainda permanecem no SUS em sua trajetória de mais de 20 anos (PASCHE, 2009). Os impasses vividos e enfrentamentos realizados para a sustentação do projeto brasileiro por uma política pública de saúde, colocam para a militância do SUS a necessidade da manutenção daquele movimento constituinte que ensejou, na constituição de 1988, a formulação do direito cidadão à saúde.

A PNH, ao mesmo tempo em que reconhece os desafios do sistema público de saúde, parte e aposta em um “SUS que dá certo”, experimentado por uma vasta gama de serviços, equipes, trabalhadores e usuários. Estas experiências estão presentes em todo território brasileiro e informam sobre possibilidades reais e concretas de superação desses desafios. Assim, a humanização do sistema se apresenta não só como emergência de novas propostas, mas também como estratégia de valorização da experimentação do SUS que já se dá no dia-a-dia das práticas de gestão e de atenção à saúde, constituindo-se como instrumento de reencantamento do concreto (VARELA, 2003). A valorização do cotidiano como elemento para a formulação de políticas públicas é também uma inovação na medida em que as políticas de saúde se originam em geral do aparato burocrático do Estado, tão afeito à normatização e à prescrição.

Traverso-Yépez e Moraes (2004 p. 80) concordam e acrescentam que a formação médica deve incluir o papel da experiência profissional e das práticas cotidianas, ampliando, assim, a relação entre médico-paciente e deixando claro que não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas. Decorre daí a necessidade de superar essa visão antropocêntrica e individualista do modelo biomédico, acreditando que o agir do profissional de saúde deveria ser baseado mais na escuta e no diálogo do que na imposição de “receitas”. Cada vez mais, percebe-se a necessidade de formar médicos reflexivos, éticos, conscientes e sensíveis à pessoa humana e ao seu contexto social.

No contexto da geração de conhecimento relacionado a esse tema, tem se dado maior enfoque à produção de substrato teórico para orientar as mudanças curriculares e a relatos de experiências individuais sobre a percepção da coordenadora e docentes, acerca da humanização na formação dos novos médicos.

O modelo pedagógico de formação do graduado de medicina da UEPA delinea que se deve considerar o aluno como sujeito da aprendizagem, visando prepará-lo para a autoeducação permanente, num mundo de constante renovação da ciência, das mudanças e exigências da sociedade e mercado de trabalho.

Com isto, as possibilidades metodológicas voltadas para a formação médica da IES conduz o acadêmico ao aprendizado por meio dessas metodologias propostas nos Projetos Pedagógicos, ao mesmo tempo que os preparam para a atuação profissional. Para isso, ressalta-se a contribuição efetiva do docente que demonstra habilidades de conduzir o discente na construção de seu conhecimento com o uso diversificado de metodologias, como as citadas no quadro 01, na página seguinte.

Quadro 01 - Possíveis metodologias utilizadas no curso estudado

| Aprendizagem autodirigida | Aprendizagem Baseada em Problemas | Aprendizagem em pequenos grupos de tutoria | Aprendizagem orientada para a comunidade | Problematização | Exposição interativa | Projetos individuais e em grupo | Atividades de pesquisa e extensão |
|--|---|--|--|--|---|---|---|
| Aprendizagem autodirigida (AAD) é muito importante na medicina, por está associada à necessidade de aprendizagem ao longo da vida, uma vez que o conhecimento está continuamente mudando e avançando, e o manejo da novidade é um aspecto importante na relação com o paciente (SHOKAR, 2002). | Metodologia da Aprendizagem Baseada em Problema - ABP (Problem Based Learning - PBL) foi implantada no final da década de 60 na Universidade de McMaster, no Canadá, Universidade de Maastricht, na Holanda e no Brasil, a Faculdade de Medicina de Marília e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina iniciaram um novo currículo baseado em ABP em 1997 e 1998, respectivamente. Seguiram-se destas, a Faculdade de Medicina de Botucatu (São Paulo), de Mirangá (Paraná) e Santa Cruz (Bahia) (ABREU, 2009). | Grupo tutorial é a base da ABP, tendo o aluno como elemento central. Nesse grupo, composto pelo tutor e 8 a 10 alunos, entre esses últimos, um será coordenador e outro secretário, rodiziando a cada sessão, a fim de que todos exerçam essa função e sejam desenvolvidas as capacidades de liderança e síntese de ideias, respectivamente, além do trabalho em equipe (UEL, 2013). | Segundo Quaresma (2017) diz que o futuro médico será capaz de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área de saúde – aprender a viver juntos, ser conhecedor privilegiado dos problemas locais de saúde, estar apto a intervir no processo de desenvolvimento, propondo e realizando medidas de caráter preventivo, apto para o mercado de trabalho, preparado para acompanhar o avanço técnico-científico – aprender a conhecer (estar sempre aprendendo) e capaz de valorizar as necessidades de saúde da população, com ênfase na ação preventiva, dentro de uma visão integral e de valores éticos e culturais. | Problematização é fundamental para desencadear a ação de constituição do conhecimento no aluno. O professor deve partir de situações/problemas de forma a estimular o raciocínio, buscar conhecer o objeto de estudo e estabelecer relações que favoreçam o aprendizado, como afirma Berbel (2014, p. 17), Ao desenvolver trabalhos com essa Metodologia, os alunos ou os participantes são levados a observar a realidade de uma maneira atenta e irão identificar aquilo que na realidade está se mostrando como carente, inconsistente, preocupante, necessário, enfim, problemático. | É mais uma alternativa metodológica para o professor, como forma de trabalhar muitos dos conteúdos da programação dos módulos com os discentes. O importante é que permita ao aluno participar como agente ativo, crítico e criativo na construção do conhecimento (UEPA, 2005, p. 41). | Apresentar projetos em chamadas de pesquisa e extensão. O discente realizará um TCA (trabalho científico anual) em forma de relatório científico ou artigo. O Trabalho Científico de Curso - TCC deverá ter maior nível de elaboração, ser atual e subsidiado por pesquisas presentes na literatura nacional e internacional, devendo ser valorizados os assuntos e problemas regionais. (UEPA, 2015, p. 79). | Constituem-se como alternativa metodológica que auxilia o discente na construção e socialização do conhecimento. Devem permear todo o processo educativo (UEPA, 2005, p. 41). |

Fonte: Mardock (2018, p. 136), adaptado do PPC (UEPA, 2015).

Na realidade, se pretende conjugar uma metodologia ao modelo pedagógico que possibilite ao aluno a capacidade de mobilizar os conhecimentos (saber), as habilidades (saber fazer) e as atitudes (saber ser) na resolução de problemas que terá que enfrentar como profissional de saúde (UEPA, 2015).

Em UEPA (2015) *apud* Legendre (1993) consta que “a metodologia é um conjunto de métodos utilizados dentro de um determinado setor de atividades”. Assim, pode-se se falar que a metodologia de ensino abrange o emprego de procedimento(s) e implica no uso de métodos didáticos e técnicos (estratégias de ensino) na arte de ensino-aprendizagem. O processo de ensino-aprendizagem deve ponderar o ensinar e o aprender, numa parceria entre docentes e discentes, a categoria basilar para o enfrentamento dos conhecimentos, habilidades e atitudes, imprescindíveis à formação do discente durante a formação. Assim, deve se constituir em metodologia ativa, onde o docente no papel de tutor, condutor, orientador e o discente como mobilizador, construtor e elaborador de síntese do conhecimento.

O curso faz uso também da Metodologia da Problematização (MP) como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. Embora saibamos de sua utilização para cursos como um todo, principalmente quando diretamente relacionado com a prestação de serviços à comunidade, como é o caso da formação de Auxiliares de Enfermagem e de cursos para Gerentes de Enfermagem (como aconteceu na UEL em 1995), tem-se proposto a Metodologia da Problematização como uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. No quadro 2, encontram-se um breve esquema sobre alguns princípios da metodologia tradicional, das metodologias ativas a PBL e da Metodologia da Problematização de forma comparada.

Quadro 02 - Metodologia Tradicional, PBL e Problematização

| TRADICIONAL | PBL | PROBLEMATIZAÇÃO |
|--|--|---|
| Ensinar → aprender | Aprender a aprender | Aprender fazendo |
| Disciplinas | Módulos temáticos “problemas” | Problemas oriundos da realidade |
| Aulas expositivas | Tutorias | A realidade, campo de atuação. Ação – reflexão - ação |
| Aluno passivo Professor centro das atenções | Aluno centro das atenções Professor facilitador da aprendizagem (tutor) | Aluno centro das atenções Professor é instrutor da aprendizagem e a comunidade é coadjuvante |
| Prática em laboratórios | Prática em laboratório multifuncional | Prática na UBS/PSF ou outro |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| específicos ambulatórios e hospitais (50%) | para integrar as atividades, informática, habilidades e atitudes, ambulatórios e hospitais (20%) | cenário. |
| Avaliação somativa | Avaliação formativa e somativa | Avaliação formativa e somativa |

Fonte: Mardock (2018, p. 145), adaptado de Dias (2017).

A PBL representa uma grande tendência metodológica adotada por muitas faculdades de Medicina no Brasil, pois possibilita o envolvimento dos acadêmicos na solução de problemas relacionados ao processo saúde-doença, por meio de uma investigação em processo de aprendizagem centrada no aluno. Em consenso da literatura, é uma metodologia participativa de ensino-aprendizagem que transfere o papel central do professor, como transmissor de conhecimentos, para o aluno, considerado o ator principal na construção de seu conhecimento (VEIGA, 2015).

O esquema representativo da proposta de Magueréz é utilizado por Bordenave e Pereira (1982), de acordo com a figura 01, a seguir.

Figura 01 - Arco de Magueréz



Fonte: Oficina de Metodologias Ativas, 2016.

Por conseguinte, no quadro 03 na página seguinte apresentou-se, de forma sucinta, cada uma das etapas contempladas no Arco de Magueréz.

Quadro 03 - Etapas do método do Arco de Magueres

| ETAPAS | |
|-----------------------------|---|
| I - Observação da realidade | Olhar atentamente e registrar sistematizadamente o que perceberem sobre a parcela da realidade em que o TEMA está sendo vivido ou acontecendo, podendo para isso serem dirigidos por questões gerais que ajudem a focalizar e não fugir do tema. |
| II – Pontos chaves | Por que será que esse problema existe? |
| III – Teorização | Os alunos se organizam tecnicamente para buscar as informações que necessitam sobre o problema, onde quer que elas se encontrem, dentro de cada ponto chave já definido. |
| IV - Hipóteses de solução | Elaboração das possíveis soluções: →O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? →O que precisa ser providenciado ? →O que pode realmente ser feito ? |
| V - Aplicação à realidade | Do meio observaram os problemas e para o meio levarão uma resposta de seus estudos, visando transformá-lo em algum grau. |

Fonte: Mardock (2018, p. 146), adaptado de Berbel (1996, p. 8-9).

A **MP** e outras formas de utilizar problemas como estratégia de ensino-aprendizagem na educação superior, são apontadas como alternativa para introduzir modelos inovadores pois quando o estudante interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como ator do processo de construção do conhecimento, ocorre a aprendizagem significativa. “Capaz de transformar a realidade social do seu cotidiano, minimizando injustiças e desigualdades” (PRADO *et al.*, 2012).

As discussões problematizadas na realidade do SUS possibilitaram aprendizagem distinta aos estudantes. Considera-se que problematizar é uma experiência dotada de sentido, para Borkan (1999) e Gomes *et al.* (2008), onde se produz não apenas o conhecimento, mas se dá, ao aluno, a possibilidade de ser o ‘sujeito da experiência’, capaz de unir o conhecimento à vida humana e sedimentar o que viveu.

Espera-se levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer (QUARESMA, 2017). Garantindo, assim, a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Neste sentido, buscou-se conhecer a percepção dos participantes deste estudo sobre o uso de metodologias Ativas no curso analisado, associado aos módulos estudados. destacou-se como ilustração a fala de sua coordenadora:

Acho que elas são bem mais dinâmicas, são mais interessantes para o aluno, por outro lado elas deixam os alunos muito mais ansiosos, porque eles passam a entender sua responsabilidade na faculdade e seu papel importante no aprendizado, ele não é simplesmente conduzido pelo professor, percebo também que os professores ficam inseguros, porque eles não foram formados com essa metodologia e isso os deixa inseguro também, então há necessidade de um apoio docente muito de perto, esse contexto de ver o indivíduo no todo que a metodologia traz e não em partes, em caixinhas, especialidade de trabalhar, porque na metodologia ativa, a gente não trabalha por especialidade, trabalha o indivíduo na sua integridade, também desfoca a medicina do aluno querendo ser um especialista desde o início ele se obriga a ver o indivíduo na integralidade, o contexto com que esses indivíduos habitam e sua importância nas ações de saúde ou de doença do indivíduo (C1-F64, 2017).

Para dialogar com o exposto nos apoiamos em Veiga (2015), ao afirmar que o modelo pedagógico conservador de formação médica, fundamentado na aplicação técnica da ciência, vem perdendo a credibilidade que tinha, e ganha destaque um novo paradigma, que surge do confronto de ideias, de teorias que deem conta de explicar as relações entre o ser humano e o conhecimento, numa perspectiva dialética, de análise e compreensão da complexa sociedade contemporânea com base nos confrontos e nas condições existentes.

Freire (1980, p. 25) anuncia que “a educação como prática da liberdade é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade”. Para alcançá-la na área de saúde o caminho pode estar na utilização das metodologias ativas ou efetivas, favorecendo uma aprendizagem significativa, conforme está previsto no PPC do curso estudado:

Uma única estratégia não dá conta da formação do médico numa perspectiva dialética. Assim, no desenvolvimento do curso deverá ser utilizado um conjunto de estratégias não excludentes e que se trabalhadas numa perspectiva dialética se integrarão na formação do aluno, visando prepará-lo para a autoeducação permanente, num mundo de constante renovação da ciência, da sociedade e do mercado de trabalho, tais como: Aprendizagem autodirigida; Aprendizagem baseada em problemas; Aprendizagem em pequenos grupos de tutoria; Aprendizagem orientada para a comunidade; Problematização; Exposição interativa; Projetos individuais e em grupo; Atividades de pesquisa e extensão e outras que possibilitem o aluno a refletir, criticar, desafiar, construir, provocar, buscando ajudar o discente na construção do conhecimento (UEPA, 2015, p. 73).

Ainda na busca da mesma indagação, procurou-se saber a percepção dos docentes participantes do estudo sobre o uso dessas metodologias na formação médica,

e se elas são adequadas para a formação de um profissional capaz de atender às necessidades atuais da população e as Políticas de Humanização do SUS. Dada a relevância de suas falas, pretendeu-se dar o protagonismo no corpo do texto as suas respostas a esta indagação:

Muito importante para o curso, como vim de um curso em que não existiam metodologias ativas e sim bem tradicionais, onde os professores ministravam as aulas e as pessoas só estudavam nas vésperas das provas e hoje com as metodologias ativas, é uma mudança, acho que uma das melhores criações que veio para o ensino, porque as metodologias ativas são o compartilhamento do aprendizado dos alunos. Então assim com essa discussão do assunto, vamos dizer do caso clínico, todos aprendem, docente, discente, cada um dá uma contribuição, todos atuam e é muito melhor do que você assistir aula, e as vezes você não está nem prestando atenção, essa metodologia o aluno vai procurar aprender sempre mais, surgem as dúvidas, que pode ser a dúvida do outro, na formação em medicina sou egressa do curso de medicina (P1-F35, 2017).

O bom do perfil do nosso acadêmico é que, com o PBL, eles buscam muito e por buscar muito, muita coisa é facilitada para nós professores, para fazer aquele “norte” para o acadêmico desenvolver as ações com mais tranquilidade. Então, é aquilo que realmente você diz que vai fazer tal coisa, as referências são “X”, “Y” e “Z” e eles veem com essas referências para discutir realmente contigo, isso facilita muito o caminhar do ensino aprendizagem (P2-F41, 2017).

É o nosso cargo chefe das metodologias ativa e instiga o aluno para buscar, e os meus alunos eles são muito assim. Olha essa semana a gente vai trabalhar PCCU e a gente consegue que ele estude antes PCCU, para quando a gente vê eles já tenham uma noção, com isso vai fluindo a aula e eles previamente sabendo e vem tirar as dúvidas (P3-M34, 2017).

Eu entrei em contato com a Metodologia Ativa no Doutorado, meu doutorado é todo dentro dessa metodologia, antes do doutorado pra mim era novo, não conhecia, então era uma coisa que só ouvia falar, mas nunca tinha vivenciado, e no doutorado que iniciei em novembro de 2015, eu conheci as metodologias ativas, então todas as nossas matérias do doutorado são dentro de metodologias , quando cheguei aqui aí já não era mais novidades, já tinha vivido como aluna, que é mais interessante do que como professora (P4-F37, 2017).

Ela sozinha não se completa, não você precisa ter a vivência, por exemplo, você discute isso, nós vamos para as escolas agora discutir prevenção, dentro da escola a Unidade não pode ser uma Unidade fechada, então essa visão a gente aprendeu com as diretrizes da própria medicina, a gente foi treinado para sensibilizar que o problema da questão saúde hoje, ela não é só o tratamento, mas ela tem visão ampliada, tem que ser integrada, pode ser feita nas Unidades e sair para as comunidades, por exemplo, a gente está saindo através das visitas, os alunos vão lá, eles vivenciam os problemas, discutem com a comunidade, sentem muito quando eles vão lá, porque eles vem de uma realidade totalmente diferente, então a gente não quer que o aluno tenha só essa visão do hospital, ele tem que ter a visão da prevenção, 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção básica, desde que as Secretarias e Universidades comecem a modificar essa ação (P5-M65, 2017).

Para você trazer a metodologia ativa para este ambiente é muito mais fácil, do que você separar e colocar no método tradicional ou no método de aula, porque aqui eles lidam com o problema, veem o problema no local onde ele está. Em relação em trabalhar a metodologia ativa, é no dia a dia, quando eles estão aqui, eles identificam o problema e aprendem que precisam encontrar uma solução, não necessariamente precisam ter respostas naquele momento, mas precisam identificar o problema e saber o que fazer, com o planejamento, a partir daí a identificação desse problema. Então nós vamos discutir quais as causas, o que vamos discutir, a partir disso, qual vai ser o plano dele daqui pra frente, então assim, se você não sabe o que fazer, então você vai aprender a lidar com isso e se não sabe e vai buscar informações e o fato deles estarem aqui no INC você tem um fator que é a longitudinalidade, então eles podem voltar a ver esse paciente depois, é como se fosse um tutorial, mais um tutorial dentro da comunidade na prática, isso a gente focando nos atendimentos, nas visitas domiciliares, isso seria uma parte que entra em metodologia ativa, mas a outra parte no INC/GIESC como é que funciona a partir de políticas de saúde em geral, onde a gente vai atuar, nas políticas de prevenção primária, nas vacinações, orientações, então eles conseguem integrar várias partes do conhecimento do SUS e de como funciona a saúde e o ambiente e daqui que eles viram de saúde primária como a gente chega no secundário e terciário, gosto de trabalhar com esse método, pois sou formada por ele (P6-F37, 2017).

Uma coisa das mais importantes que tem, é você procurar trazer o aluno para realidade que ele vive, normalmente uma das técnicas de ensino e aprendizagem, é que a aprendizagem seja significativa, no momento em que o aluno pode relacionar de mais perto as necessidades da comunidade, com os problema que ele tem para enfrentar, isso faz com que o aluno possa ter um aproveitamento melhor na prática, e procurar entender também a questão social, porque é a questão social é que normalmente determina as questões da saúde, embora, muitos médicos especialistas ache que as vezes o doente vem ao consultório, que tem muito pouca influência ambiental, mas vários estudos tem demonstrado que a influência ambiental é muita grande na saúde, tanto o ambiente físico quanto o social (P7-M66, 2017).

Vejo que no GIESC é particularmente muito importante, essa abordagem entre os preceptores e alunos na comunidade, porque os alunos vêm participar dentro da área de atuação daquele médica, ali junto da comunidade. É um médico com especialização em saúde da família ou residência em medicina da família e comunidade e já tem um olhar mais abrangente com relação àquele paciente que está chegando ali, porque não é a primeira vez que ele vai estar vendo a pessoa, na maioria das vezes ele já conhece a família, já sabem quantas pessoas moram naquela casa, quais os principais problemas, e a consulta em si leva o tempo que deve levar, o correto é isso, não pode ser uma consulta breve. O paciente que vem até o médico de família ou que tenha especialização em saúde da família, é um médico acolhedor, vai desde a criança, a grávida, o jovem e idoso. Então ele abarca todas essas pessoas, todo esse tipo de público, então é isso que os alunos estão vendo, que não é só o lado científico, mas também o lado humano, que começa desde quando o paciente entra, mas do próprio olhar do médico para o paciente (P8-F35, 2017).

Assim, chegou-se à conclusão que nem todos os docentes foram formados através de metodologias ativas, nem tão pouco em relação a forma como é conduzido

processo ensino aprendizagem em sala de aula, revelando outras práticas para as metodologias.

A partir das manifestações da coordenadora, dos docentes e dos discentes, ficou evidente que as metodologias ativas contribuem para a formação médica, porém há tensões entre a formação inicial e a prática pedagógica que os docentes desenvolvem através de metodologias ativas. Chama-se a atenção para as falas de P1 e P6, que são docentes egressas desta IES, e P4 que não apresentou dificuldades com a metodologia devido cursar seu doutorado nessa metodologia, possibilitando a imersão nas dimensões das metodologias ativas. Pode-se verificar a necessidade de formação continuada, pois constatou-se que os outros docentes não foram formados por esse método, como observa-se nas falas de P2 e P3.

Ao analisar a fala de P2 sobre “o bom perfil do acadêmico, com o PBL”, verifica-se que a Aprendizagem Baseada em Problemas consiste em um método de ensino-aprendizagem centrado no estudante, fundamentando-se nos princípios da educação para adultos e buscando uma abordagem integrada dos problemas de saúde, nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais (MORAES, MANZINI, 2006; QUEIROZ, 2012).

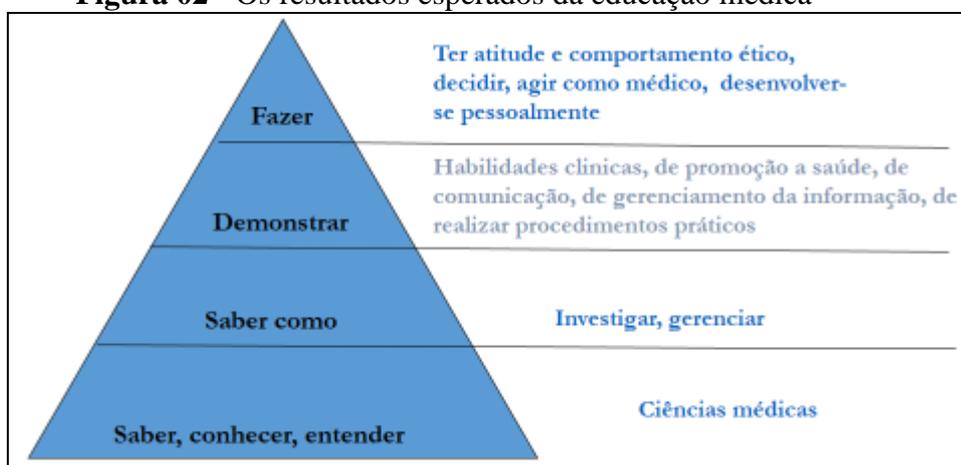
Outras manifestações que justificam a necessidade de formação continuada encontram sustentação no discurso dos docentes P5 e P7, quando afirmam que não são formados por metodologias ativas, mas que foram capacitados com metodologias ativas no início do curso de medicina em Santarém, em 2006, e relatam suas experiências.

Em seu estudo sobre o uso de metodologias ativas, Sales (2016) defende uma reflexão em torno dos aspectos epistemológicos, metodológicos e sociais que permeiam este método. Quanto aos epistemológicos, destaca que a PBL se fundamenta a partir do Escolanovismo, na concepção da psicopedagogia aplicada ao processo de ensino e aprendizagem, onde há valorização do discente como ser ativo e autônomo na busca e construção dos conhecimentos, tendo o docente como um facilitador da aprendizagem. A PBL, bem com as outras metodologias ativas, passa a ser orientada pelos “princípios de individualização, liberdade e espontaneidade e, principalmente, de atividade, em que “aprender fazendo” e “aprender a aprender” estão sempre presentes” (VEIGA, 2014, p. 78).

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (BRASIL, 2014, p. 12), em seu Art. 29, que trata da estrutura do Curso de Graduação em Medicina, indica no “Inciso II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão”.

Em concordância com Sakai e Lima (1996), a figura 02 traz um esquema sobre os resultados esperados da educação médica baseada na Aprendizagem Baseada em Problemas.

Figura 02 - Os resultados esperados da educação médica



Fonte: Planejamento Pedagógico UEPA, 2017.

A figura anterior corrobora com a fala dos participantes do estudo, que destacam a importância do método, da autonomia que os discentes adquirem no decorrer do curso, de ir em busca de aprendizado, conhecimento, das pesquisas desenvolvidas para o Trabalho de Conclusão Anual (TCA), das habilidades provenientes das práticas, de ter uma rotina para os estudos. Eles vão em busca das respostas para os “problemas”, uma metodologia centrada no aluno.

O PBL é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de Medicina, cuja filosofia pedagógica é o aprendizado centrado no aluno. É baseado no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o aluno estude determinados conteúdos. Embora não constitua a única prática pedagógica, predomina para o aprendizado de conteúdos cognitivos e integração de disciplinas. Esta metodologia é formativa à medida que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento e não meramente informativa como é o caso da prática pedagógica tradicional. (SAKAI; LIMA, 1996, p. 145).

O PPC do curso de medicina estudado (UEPA, 2015) procura reunir estratégias que priorizam principalmente uma qualificação da formação profissional orientada às necessidades de saúde da comunidade e da pessoa, inserindo o futuro médico em serviços de saúde, no SUS, e em vários níveis de atenção à saúde.

O Módulo de Gestão, Interação Ensino, Serviço e Comunidade - GIESC é uma unidade desenvolvida semanal e continuamente da 1ª à 4ª série do curso. É uma proposta pedagógica que propicia a interação ativa do aluno com usuários, familiares, comunidade e profissionais de saúde, desde o início e ao longo de todo o seu processo de formação na graduação de Medicina, proporcionando-lhe lidar com os problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com o grau de autonomia, que se consolida na graduação com o estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato (UEPA, 2015, p. 62).

Sendo o ambiente de aprendizagem deste módulo a Unidade de Saúde e a Comunidade em torno da Unidade, o atendimento inclui grupos sociais, escolas, instituições sociais e famílias entre outras. São realizados acompanhamento de famílias inscritas no Programa Saúde da Família (PSF), e os discentes acompanhados do docente realizam projetos de iniciação científica na comunidade, aplicação das habilidades de comunicação e clínicas. Portanto, o GIESC se integra com os demais módulos do curso, como Humanidades Médicas, Habilidades Profissionais e Pesquisa Científica, componentes curriculares que contribuem para complementar uma formação médica mais humanizada.

As estratégias metodológicas utilizadas para o desenvolvimento dos módulos INC e GIESC é a Problematização e a Pesquisa. A metodologia da problematização foi expressa graficamente por Charles Maguerez como “Método do Arco” e supõe uma concepção do ato do conhecimento através da investigação direta da realidade, num esforço de construção de uma efetiva compreensão dessa mesma realidade.

Quando questionada sobre as contribuições do INC/GIESC como estratégia de ensino, por meio de Metodologias Ativas para uma formação médica que atenda as diretrizes curriculares da área, a coordenação do curso apresentou o seguinte relato:

Eu acho que a tradicional tem seu momento também, não foi ruim porque eu também estaria forçada a dizer que fui formada pessimamente que não é o caso, eu acredito que a tradicional tem sua importância, ela não deixou de ter sua importância, mas ela precisa ser mais dinâmica, ela precisa que o aluno não seja um mero expectador. Na tradicional eu observo o aluno como um

expectador. Na metodologia ativa o aluno tem uma ação muito grande e a questão da avaliação ser contínua, independente das atividades que estão sendo realizadas, o aluno está sempre sendo avaliado, isso é um fator muito interessante, a avaliação não ser restrita apenas a um conteúdo cognitivo, mas a toda uma conduta, postura diárias contínuas do aluno e isso a metodologia ativa trás. Essa avaliação contínua permite que se vá ajustando condutas e atitudes no ato que elas estão sendo realizadas e isso é muito interessante, porque vai se ajustando, adequando um futuro profissional de uma forma mais dinâmica e interessante. Porém, uma coisa interessante na metodologia ativa ao trabalhar com pequenos grupos, o professor conhece profundamente cada aluno e vice versa, cada aluno conhece profundamente o professor, por isso que o professor tem que tá bem preparado para conduzir a disciplina. O mais importante é o fato dos alunos desde o início conhecerem a realidade social e da saúde do município, o fato que grande maioria dos alunos independente de sua condição socioeconômica não vivenciarem unidades básicas e de repente entram no curso e fazem parte dessa metodologia e se obrigam a ter toda semana, desde o primeiro momento, convívio com a unidade básica ou atenção básica, com a prioridade que é a atenção básica em saúde, percebendo as potencialidades e fragilidades do sistema em saúde da rede municipal de saúde, entendendo como funciona, essa é o maior contribuição, até porque a gente forma médico generalista, com enfoque muito grande na medicina da família, porque as unidades que eles atuam, adotam a política de medicina de família e comunidade, então isso dá uma visão do social, da comunidade, do médico que precisa ter uma visão ampliada no sistema de saúde. Então essa visão realmente os alunos conseguem adquirir por vivenciar ao longo de todo o seus anos de cursos as unidades básicas, no seu contexto integral de suas potencialidades e fragilidades (C1-F64, 2017).

Em seguida, buscou-se saber a opinião dos docentes sobre as contribuições do INC/GIESC como estratégia de ensino por meio de Metodologias Ativas para uma formação médica que atenda as diretrizes curriculares da área. A seguir, as falas dos docentes pesquisados:

No GIESC temos o cronograma que seguimos da saúde do idoso. Mas também, no GIESC, vemos que o atendimento na unidade, que não é só o idoso, e sim criança, jovens gestantes, uma população bem diversificada. Então existem certos assuntos quando estamos atendendo, e como são do segundo ano eles tem alguma dúvida, que ainda não entrarão naquele módulo para estudar aquilo, aquele assunto, então sento com eles no final dos atendimentos e pergunto alguma dúvida? Quais assuntos vocês gostariam de aprender mais? E como se fosse um portfólio que eles fazem, mas a gente falando, eles se sentem à vontade para dizer preciso estudar mais sobre isso, sobre infecção urinária, sobre dermatoses na atenção básica, preciso estudar. Eles apontam sobre seus assuntos, preciso estudar sobre cefaleias, por exemplo hoje vem muita gente com essa queixa, então marcamos um dia, para estudar mais sobre isso, e conversamos e todo mundo estuda, todo mundo fala, todo mundo tira dúvida (P1-F35, 2017).

Com base nos manuais do Ministério da Saúde, com essas referências, conseguimos desenvolver as atividades, e é muito prático, não tem muita teoria para ser discutida. A teoria eles já trazem, trabalhamos a prática mesmo, é mais protocolo, é a realização do procedimento técnico.

Eles buscam tirar as dúvidas “realmente é assim” ou “o que está faltando para melhorar”. Faço em quatro etapas no primeiro semestre. No primeiro bimestre faço duas etapas, a primeira etapa deixo correr do jeito que vier, deixo acontecer. “Vamos andar nas ruas”, como é Med-1, tem muito a questão da territorialização, então vamos andar nas ruas, vamos ver os limites da área da unidade, depois nós vamos conhecer as micro áreas, as subdivisões, que são junto com os agentes de saúde e a atividade deles. Nessa primeira etapa, a gente começa a acompanhar os agentes de saúde, ter uma relação bem mais próxima com eles, e começamos a desenvolver algumas visitas em domicílio com cadastramento de famílias ou atualizações de cadastros. Na segunda etapa, faço com que eles realizem o cadastro do E-Sus. Por que E-Sus? E a humanização? “Mas tem muita gente que bate à porta na cara, tem muita gente que não quer fazer o cadastro ou atualizar o cadastro, porque diz que tem plano assistencial terceirizado”. Aí, trabalhamos todo o protocolo do ministério, todo o E-Sus, que não importa ele ter plano terceirizado, ele tem que ser cadastrado, ele tem que ser acompanhado pela unidade, mesmo ele usando seus recursos próprios para a assistência à saúde. “Tem gente que é grosso”. Então, você entende que também faz parte dessa população como cidadão, então você é um eterno educador. Quando ele está na área da saúde, partimos para a etapa de educação em saúde. Aí a gente faz as atividades educativas nessa segunda parte. Quando fazemos as atividades educativas, faço a primeira avaliação.

Temos momento tradicional Sim, quando venho com os cadernos de educação popular e saúde e educação continuada. Que é o que dou em uma pasta de arquivos para eles, os manuais do Ministério da Saúde, no primeiro dia de encontro. Passo todo esse material e digo “gente esses são alguns dos manuais do Ministério da Saúde (P2-F41, 2017).

Nós vamos ter aqui na Unidade fisioterapia e ginecologia, que você não tem isso na UBS. Então isso aí é um projeto, a gente está escrevendo e ao mesmo tempo implementado, a Secretaria de Saúde tem nos dados aval, aí a gente quer escrever um projeto maior, para implantar quem sabe no futuro em todas as Unidades do município entendeu? Tirar aquilo de que a atenção básica é limitada, não é limitada, acho que o programa e a própria direção da secretaria e do SUS não são organizados, que esse que é o papel da Universidade, formar profissionais que possam atuar naquela área, claro que cada uma vai decidir para onde vai, mas pelo menos a gente já tem profissionais, que eram os nossos alunos que já estão atendendo nas UBSs, egressos ela está em consonância com as diretrizes do curso, que é formar um profissional generalista, com uma visão ampliada da medicina, com cunho social muito forte. (P5-M65, 2017).

Para você trazer a metodologia ativa para este ambiente é muito mais fácil, do que você separar e colocar no método tradicional ou no método de aula, porque aqui eles lidam com o problema, veem o problema no local onde ele está. Em relação em trabalhar a metodologia ativa, é no dia a dia, quando eles estão aqui, eles identificam o problema e aprendem que precisam encontrar uma solução, não necessariamente precisam ter respostas naquele momento, mas precisam identificar o problema e saber o que fazer, com o planejamento, a partir daí a identificação desse problema. Então nós vamos discutir quais as causas, o que vamos discutir, a partir disso, qual vai ser o plano dele daqui pra frente, então assim, se você não sabe o que fazer, então você vai aprender a lidar com isso e senão sabe e vai buscar informações e o fato deles estarem aqui no INC você tem um fator que é a longitunalidade, então eles podem voltar a vê esse paciente depois, é como se fosse um tutorial, mais um tutorial dentro da comunidade na prática, isso a gente focando nos atendimentos, nas visitas domiciliares, isso seria uma parte que entra em metodologia ativa, mas a outra parte no INC/GIESC como é que

funciona a partir de políticas de saúde em geral, onde a gente vai atuar, nas políticas de prevenção primária, nas vacinações, orientações, então eles conseguem integrar várias partes do conhecimento do SUS e de como funciona a saúde e o ambiente e daqui que eles viram de saúde primária como a gente chega no secundário e terciário (P6-F37, 2017).

Vejo que no GIESC é particularmente muito importante, essa abordagem entre os preceptores e alunos na comunidade, porque os alunos vêm participar dentro da área de atuação daquele médica, ali junto da comunidade. E é um médico com especialização em saúde da família ou residência em medicina da família e comunidade e já tem um olhar mais abrangente com relação àquele paciente que está chegando ali, porque não é a primeira vez que ele vai está vendo a pessoa, na maioria das vezes ele já conhece a família, já sabem quantas pessoas moram naquela casa, quais os principais problemas, e a consulta em si leva o tempo que deve levar, o correto é isso, não pode ser uma consulta breve. O paciente que vem até o médico de família ou que tenha especialização em saúde da família, é um médico acolhedor, vai desde a criança, a grávida, o jovem e idoso. Então ele abarca todas essas pessoas, todo esse tipo de público, então é isso que os alunos estão vendo, que não é só o lado científico, mas também o lado humano, que começa desde quando o paciente entra, mas do próprio olhar do médico para o paciente (P8-F35, 2017).

Dessa forma, chegou-se à conclusão de que nas falas dos docentes percebe-se que eles conseguem conduzir os módulos analisados com o uso das metodologias ativas. Ainda que alguns tenham a formação com o uso dessa metodologia, são os módulos GIESC e INC que favorecem diretamente sua aplicação nas atividades práticas desenvolvidas no curso.

À vista disso, constata-se a existência da prática humanizada a partir desses módulos na formação médica, entendendo-se que sua efetivação só pode funcionar se compreendida como uma verdadeira intervenção institucional na lógica instalada dentro do sistema de saúde, bem como nos diferentes níveis de efeitos que ela comporta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo tratou de um recorte da dissertação “Política de humanização do SUS na formação médica no interior da Amazônia”, onde objetivou-se analisar as contribuições das metodologias ativas na prática humanizada na formação do futuro médico, através das percepções de discentes, docentes e coordenadora do curso de medicina estudado.

Quanto as considerações relevantes para o estudo proposto em relação as metodologias ativas, prática humanizada e a formação do futuro médico; estas foram

analisadas na perspectiva de verificar se o curso de Medicina faz uso de metodologias ativas e se está em conformidade com as orientações legais no que concerne às políticas públicas de humanização preconizadas para a formação médica.

Com o olhar voltado ao recorte das manifestações dos participantes, percebeu-se que as metodologias ativas estão presentes na prática humanizada durante a formação do futuro médico do curso de medicina pesquisado, e que consegue atender o recomendado nos Projetos Pedagógicos, tomando por base os referenciais teóricos dialogados neste estudo.

Constatou-se que em relação a formação do futuro médico é relevante a presença desse profissional no sistema de saúde e na sociedade e, sobretudo, por sua inserção crescente nas equipes multidisciplinares, amplamente multiplicadas nos últimos anos pela estratégia Saúde da Família.

Porém, há tensões entre a formação inicial e a prática que os docentes desenvolvem através das metodologias ativas, revelando a premência de uma formação continuada que inclua os docentes, pois tal ponderação surgiu a partir das manifestações da coordenadora, dos docentes e dos discentes pesquisados, evidenciando que as metodologias ativas contribuem efetivamente para a formação médica humanizada.

É aceitável concluir que superadas as dificuldades nas condições de trabalho, o procedimento de formação médica, que ainda representa importantes provocações ao acréscimo e aperfeiçoamento **desse diligente processo de modificações**, poderá vir a fortalecer a formação continuada através de planejamento e engajamento dos envolvidos no estudo, com a utilização das metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem na Saúde, sendo essencial para a edificação de uma formação médica compromissada com a qualidade de vida da população brasileira.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, Karina Barros Calife, GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v. 20, n 4, p. 884 – 899, 2011.

BERBEL, N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface (Botucatu)**.1998; 2(2):139-54.

BORKAN, J. Immersion/cristalization. In: MILLER, W.L.; CRABTREE, B.F. **Doing qualitative research**. 2a ed. Thousand Oaks: Sage; 1999.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. Estratégias de ensino aprendizagem. 4. ed., Petrópolis: Vozes, 1982 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988.

BRASIL. **Resolução CNE/CES N° 04, de 07 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina.

BRASIL. **Resolução CNE/CES N° 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface – Comunic. Saúde. Educ.* 2009; 13(sup1); 531-42.

CHAUÍ, Marilena. Escritos sobre a universidade. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

CORBELLINI, V.L.; SANTOS, B.R.L. Ojeda BS, Gerhart LM, Eidt OR, Stein SC, *et al.* Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, 2010; 63(4):555-60.

DEWEY, John. Como Pensamos: como se relaciona o pensamento reflexivo com o processo educativo, uma exposição. **Tradução de Haydée Camargo Campos**, 4. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1979a.

FREIRE, P. Quatro cartas aos animadores de círculos de cultura de São Tomé Príncipe, In: Carlos Rodrigues Brandão (Org). **A questão política da Educação Popular**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

GOMES, A.P.; DIAS-COELHO, U.C.; CAVALHEIRO, P.O.; GONÇALVEZ, C.A.N.; RÔÇAS, G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida? **Rev Bras Educ Med**. 2008; 32(1):105-11.

MARDOCK, A. R. M. Política de Humanização do SUS na Formação Médica no Interior da AMazônia. **Dissertação de Mestrado** – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós Graduação e Inovação Tecnológica, Centro de Formação Interdisciplinar, Mestrado Acadêmico em Sociedade Ambiente e Qualidade de Vida. Sistema Integrado de Biblioteca – SIBI/UFOPA. Santarém, 2018.

MELLO, V.C.; BOTTEGA, C.G. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface Comun Saúde Educ**. 2009; 13(sup1); 739-46.

MORAES, M. A. A.; MANZINI, E. J. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na FAMEMA. **Rev Bras Educ Med**. 2006; 30(3):125-135.

PASCHE, D.F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface Comun Saude Educ** 2009; 13(Supl. 1): 701-708.

PRADO, M. L, Velho M. B, Espíndola D. S, Sobrinho S. H, Backes V. M. S. **ARCO DE CHARLES MAGUEREZ: REFLETINDO ESTRATÉGIAS DE**

METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Esc Anna Nery** (impr.), 2012, jan-mar; 16 (1):172-177.

QUARESMA, J. A. S. **Metodologias Ativas no Aprendizado**. In: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Projeto Pró-Saúde, UEPA-Santarém, 2017.

Queiroz, D. S.; Casagrande, D. R.; Moura, G. de S.; Silva, E. A. da; Viana, M. C. M.; Ruas, J. R. M. Forage species for milk production in lowland soil. **Rev. Bras. Zootec.**, 41 (2): 271-280, 2012.

REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. O ato médico através da história. pp. 111-119. ISBN 978-85-61673-63-5. **Available from SciELO Books** <<http://books.scielo.org>>.

SAKAI, M. H.; LIMA, G.Z. **PBL: uma visão geral do método**. Olho Mágico, Londrina, v. 2, n. 5/6, n. esp., 1996.

SALES, L. F. Aprendizagem baseada em problemas (PBL) no curso de medicina no interior da Amazônia: uma análise do processo tutorial. **Dissertação de Mestrado** – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-Reitoria de Pesquisa Pós Graduação e Inovação Tecnológica, Instituto de Ciências da Educação, Mestrado Acadêmico em Educação. Sistema Integrado de Biblioteca – SIBI/UFOPA. Santarém, 2016.

SALGUEIRA, A. P. *et al.* Aprendizagem ao longo da vida do Médico. **Acta Médica Portuguesa**, v. 22, p. 247-256, 2009.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. MORAIS, NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(1):80-88, jan-fev, 2004

UEPA. **Projeto Político Pedagógico Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará**. Santarém (PA), 2005.

UEPA. **Projeto Político Pedagógico Pedagógico Unificado do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará**. Santarém (PA), 2015.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P.P.; COSTA, R. (Orgs.). **Cadernos de Subjetividade** (reencantamento do concreto). São Paulo: Hucitec; 2003. p.71-86.

VEIGA, I. P. A. Projeto de ação didática: uma técnica de ensino para inovar a sala de aula. In: VEIGA, I. P. A (Org.). **Técnicas de ensino: Novos tempos, novas configurações**. Campinas, SP, Papyrus, 2004. (coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

VEIGA, I. P. A. (Org.). **Formação Médica e aprendizagem baseada em problemas**. Campinas, SP: Papyrus, 2015.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro (Org). **Projeto Político Pedagógico da Escola: uma construção possível**. 2ª ed. Campinas (SP): Papyrus, 2002 (coleção Magistério, Formação e Trabalho Pedagógico).

Recebido: 20/5/2020.

Aceito:30/6/2020.

Sobre autores e contato:

Andréa Reni Mendes Mardock- Mestre em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida (PPGSAQ, 2018) do Centro de Formação Interdisciplinar da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Especialista Planejamento e Gestão do Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Pará (UFPA, 2004). Graduada em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA, 2004). E-mail: andrea.mardock@hotmail.com

Tânia Suely Azevedo Brasileiro- Professora titular da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), Pós-doutora em Psicologia (IP/USP). Doutora em Educação (URV-ES/FE/USP). Docente e pesquisadora do quadro permanente dos programas de pós-graduação em Educação na Amazônia (PPGE) e do Doutorado em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento (PPGSND), além do Doutorado em Rede EDUCANORTE – doutorado em Educação na Amazônia, além de Coordenadora do curso de Licenciatura em Informática Educacional. Email: brasileirotania@gmail.com