

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

JOSÉ ROBERTO BITTENCOURT COSTA

APRENDIZAGEM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
METODOLOGIAS ATIVAS: O OLHAR DO ESTUDANTE DE MEDICINA DO
CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS

RIO DE JANEIRO
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JOSÉ ROBERTO BITTENCOURT COSTA

APRENDIZAGEM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
METODOLOGIAS ATIVAS: O OLHAR DO ESTUDANTE DE MEDICINA DO
CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Valéria Ferreira
Romano.

RIO DE JANEIRO
2009

DEDICATÓRIAS

Ao meu pai e ao meu irmão que, do local onde estão, com certeza apóiam e guiam minha jornada, dando-me força e estímulo.

AGRADECIMENTOS

À minha mulher, Rosane, pelo carinho, compreensão e inesgotável estímulo na longa jornada deste Mestrado, desde sua inscrição conjunta até a companhia nas viagens entre Teresópolis e o Rio de Janeiro.

Aos meus filhos Hugo e Clara, pela compreensão do tempo furtado de nosso lazer.

À minha querida orientadora, Professora Valéria, que soube no momento mais precioso, dar significado, as palavras orientação e acolhimento, e sem a qual não teria sido possível a elaboração deste trabalho.

À professora Marilene, pelas suas precisas e valorosas correções.

Ao Centro Universitário Serra dos Órgãos pelo apoio e concessão da carga horária necessária à realização deste Curso, em especialíssima atenção a Professora Ednéia Tayt-Sohn Martuchelli Moço do Centro de Ciências da Saúde sem que, com seu empenho pessoal nada teria sido possível.

Ao professor Hésio Cordeiro, e à todos aqueles que lutaram pela concessão da bolsa de estudo junto à Organização Pan-Americana da Saúde.

Ao corpo docente, amigos e companheiros da turma de Mestrado pelas aulas e discussões da Saúde Pública no Brasil, que dão sentido à nossa vida profissional.

À secretária do Mestrado, Aline, sempre disposta a ajudar e retirar nossas dúvidas.

Ao aluno do curso de graduação de medicina, Rodrigo Roger, pelo apoio na realização das entrevistas e na fundamentação teórica, e que, representa o ensinamento que todo aluno pode oferecer a um professor.

Ao professor Vicente Madeira pela sábia indicação deste Curso de Mestrado.

A minha mãe, Maria, e a toda a minha família pelo eterno apoio a tudo que dá sentido a minha vida profissional e pessoal.

“Vista da distância da lua, o que há de mais impressionante com a terra, o que nos deixa sem ar, é o fato dela estar viva. As fotografias mostram em primeiro plano a superfície da lua, pulverizada e seca, tão morta como um osso velho. No espaço, flutuando livre embaixo da membrana úmida e cintilante de um luminoso céu azul, surge a terra, o que há de exuberante nesta parte do cosmo. Se pudéssemos olhar por algum tempo, veríamos o torvelinho das grandes camadas de nuvens brancas, encobrindo e descobrindo as massas de terra meio escondidas. Observando por um tempo muito longo, um tempo geológico, veríamos os próprios continentes em movimento, flutuando à deriva, separados em suas placas de crosta sustentadas pelo fogo abaixo. Ela tem a aparência organizada e auto-suficiente de uma criatura viva, plena de sabedoria, maravilhosamente hábil na manipulação do sol. (Lewis Thomas, *The Lives of a Cell*)

RESUMO

As Escolas de Medicina no Brasil vêm sendo estimuladas a formular um ensino que rompa com o modelo biomédico hegemônico individualista, biologicista, hospitalocêntrico e com ênfase nas especializações devendo assumir um desenho de prática social, com o propósito de produção de conhecimentos, formação acadêmica e prestação de serviços de forma indissociáveis. O processo de graduação que predomina na maioria das escolas ainda favorece a desconexão e o distanciamento do profissional das necessidades sociais. Através dos Ministérios de Educação e da Saúde, notadamente com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais; do Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina – Promed; - e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE - houve o estímulo para a real articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde. Consonante a este novo paradigma de formação médica, o Centro Universitário Serra dos Órgãos -UNIFESO- definiu em 2005 uma proposta pedagógica com o uso das Metodologias Ativas, no caso a Aprendizagem Baseada em Problemas, além da inserção precoce em novos cenários de ensino-aprendizagem: Unidades Básicas de Saúde da Família. Foi realizada pesquisa através de entrevista semi-estruturada junto aos alunos do quinto período do curso de graduação em Medicina do UNIFESO com o objetivo de verificar sua percepção a respeito deste novo modelo curricular relacionando-o ao impacto sobre sua futura formação profissional. Percebeu-se haver a aceitação das Metodologias Ativas, enquanto a inserção precoce foi considerada pouco eficiente no processo de ensino-aprendizagem devido à falta de um melhor planejamento que integre ensino-serviço-comunidade, e a uma melhor definição da figura do preceptor ideal nestes cenários.

Palavras – chave: Aprendizagem Baseada em Problemas. Educação médica. Saúde da Família

ABSTRACT

Medical Schools in Brazil have been stimulated to develop a teaching approach to break the hegemonic, individualist, biology tending, hospital-centered, current biomedical model with emphases on specializations, to otherwise adopt a design of social praxis, with the purpose of producing non-dissociated knowledge, academic education and health services. The prevailing graduation process still favors disconnection and professional distance from social needs. The Education and Health Ministry notably through the National Curricular Guidelines; the Curricular Changes in Medicine Programme of Incentives – Promed - and the National Programme of Reorientation of the Professional Formation in Health – PRO-SAÚDE - forwarded the stimulus for a real connection between the Medical Institutions and the Health System. In accordance with the new paradigm for the medical formation, the Centro Universitário Serra dos Órgãos, UNIFESO defined, in 2005, a pedagogic proposal, by means of Active Methodologies – the problem-based learning, besides establishing the precocious insertion in new sceneries of teaching-learning: the Family Health Basic Units. Research was conducted through semi-structured interviews with 5th year students at graduation in UNIFESO Medical School, with the purpose of checking their impressions on the new curricular model and its impact on their future professional formation. It was perceived that the Active Methodologies had been well accepted, while the precocious insertion would not be efficient enough in the teaching-learning process, due to the lack of a better planning to integrate teaching—service—community, as well as the lack of an improved definition of the ideal tutor for these scenarios.

Keywords: Problem-based learning. Medical Education. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAD – Atividade Auto-Dirigida.
ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica.
ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem.
ABENFISIO - Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia.
ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico.
ABEP - Associação Brasileira de Ensino de Psicologia.
ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.
ABO – Associação Brasileira de Odontologia
ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas
ABRAHUE - Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino.
ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
ABS - Atenção Básica de Saúde.
AIS – Ações Integradas de Saúde.
AMB - Associação Médica Brasileira.
ANDES - Associação Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior.
ANM - Academia Nacional de Medicina.
ANMR - Associação Nacional dos Médicos Residentes.
APB - Aprendizagem Baseada em Problemas.
APS – Atenção Primária à Saúde.
CAC – Comissão de Apoio à Coordenação de Curso.
CAS – Conselho de Administração Superior.
CCBD – Centro de Capacitação em Bases de Dados.
CCBM - Centro de Ciências Biomédicas.
CCHS – Centro de Ciências Humanas e Sociais.
CCS – Centro de Ciências da Saúde.
CEP – Conselho de Ensino e Pesquisa.
CES – Câmara de Educação Superior.
CESO – Centro Educacional Serra dos Órgãos.
CFE - Conselho Federal de Educação.
CFM - Conselho Federal de Medicina.
CFO – Conselho Federal de Odontologia.
CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico.
CIRH - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos.
CNE - Conselho Nacional de Educação.
CNS – Conferência Nacional de Saúde.
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem.
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários municipais de Saúde.
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária.
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
CRUB – Conselho dos Reitores das Universidades Brasileiras.
DAB – Departamento de Atenção Básica.
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais.
DEAES - Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior.
DEGES – Departamento de Gestão e da Educação na Saúde.
DENEM - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina.

DOU – Diário Oficial da União.
EMB - Escola Médica Brasileira.
ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes.
ENC – Exame Nacional dos Cursos.
ESF – Estratégia de Saúde da Família.
FENAM - Federação Nacional dos Médicos.
FESO - Fundação Educacional Serra dos Órgãos.
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz.
FMT - Faculdade de Medicina de Teresópolis.
FNEPAS - Fórum Nacional das Associações Brasileiras de Ensino das Profissões da Saúde.
GERUS - Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde.
HCTCO - Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano.
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDA – Programa de Integração Docente e Assistencial.
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais.
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
LH – Laboratório de Habilidade.
LMF – Laboratório Morfofuncional.
LOS – Lei Orgânica da Saúde.
LOT - Learning-Oriented-Teaching.
MAIS SAÚDE – Plano Estratégico de Saúde.
MEC - Ministério da Educação e Cultura.
MP – Medida Provisória.
MPP – Módulo de Prática Profissional.
MS - Ministério da Saúde.
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
OMS - Organização Mundial de Saúde.
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde.
PAC - Programa de Ação Comunitária.
PBL - Problem Based Learning (Aprendizado Baseado em Problemas).
PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.
PMT – Prefeitura Municipal de Teresópolis
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
PREV-Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.
PROFAE - Capacitação e Formação em Saúde da Família, Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.
PROMED - Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina.
PROSAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROUNI - Programa Universidade para Todos.
PSF - Programa de Saúde da Família.
RENETO - Rede Nacional de Terapia Ocupacional.
RH – Recursos Humanos.
SBFa - Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade.
SESU - Secretaria de Educação Superior.
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica
SILOS – Sistemas Locais de Saúde.

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBSF – Unidade Básica da Saúde da Família.

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and cultural Organization -
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – Projeto UNI.

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Found - Fundo das
Nações Unidas para a Infância.

UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos.

UNIVERTI – Universidade da Terceira Idade.

UPP – Unidade de Prática Profissional.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	32
2.1 - REFORMA SANITÁRIA E O SURGIMENTO DO SUS	32
2.2 - A ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA IMPORTÂNCIA	35
2.3 - O PSF COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL	39
2.4 - AS MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA NA DÉCADA DE 90	43
2.4.1 - Changing Medical Education: an Agenda for Action	43
2.4.2 – Network e os Projetos UNI	44
2.4.3 - O Projeto CINAEM	46
2.5 - AS DIRETRIZES CURRICULARES DO MEC	52
2.6 - AS METODOLOGIAS ATIVAS	58
2.7 - A INSERÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA NECESSIDADE?	63
2.8 - A VISÃO DO DISCENTE	65
2.9 – PROMED	70
2.10 - PRÓ-SAÚDE	73
2.11 - EDUCAÇÃO PERMANENTE	77
2.12 – SINAES	81
2.13 – ENADE E PROUNI	83
2.14 - A HISTÓRIA DA INSTITUIÇÃO: DA FESO AO UNIFESO	86
2.15 - MUDAR É PRECISO: O PROJETO DE MUDANÇA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DO UNIFESO	89
3 - QUESTÃO NORTEADORA	96
4 – OBJETIVO GERAL	97
5 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	98
6 – METODOLOGIA	99
7 - RESULTADOS DA PESQUISA	111
7.1 – Escolha institucional	111
7.2 – Proposta de ensino na escolha institucional	112
7.3 – Metodologias ativas de ensino/aprendizagem	115
7.4 – Unidades Básicas de Saúde da Família	118
7.5 – Formação profissional	122
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	154
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada	164
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	165
ANEXO A – Organização curricular do curso de graduação em medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos	167
ANEXO B – Memorando de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do UNIFESO	175

1 – INTRODUÇÃO

A reforma do setor saúde vem desenvolvendo-se desde meados dos anos 80 no Brasil e na maioria dos demais países da América Latina. A necessidade de modificações no processo de trabalho, na gestão e na formação de recursos humanos é reconhecida com críticas ao aparelho formador, concentrando-se na educação médica, embora também inclua a formação dos demais profissionais (ALMEIDA, 1999).

Lampert (2002, p. 90) afirma que “a organização dos serviços de saúde é estabelecida no sentido de oferecer respostas aos problemas de saúde e de sofrimento das pessoas”. Nesta lógica defende que “as escolas médicas foram criadas para preparar profissionais que atuando nestes serviços possam oferecer soluções a estes problemas e às necessidades de saúde”, entretanto percebe que são necessárias mudanças na formação do perfil médico na graduação e na residência médica. Conclui então que as reformas do setor saúde estão “intrinsecamente ligadas à formação de recursos humanos, particularmente da categoria médica, uma vez que ela é ainda a detentora da hegemonia ideológica da prática profissional do setor”.

A educação médica, compreendida como uma parte do desenvolvimento de recursos humanos em saúde deve ser analisada em permanente interação no contexto de realidades históricas e sociais. Os sujeitos sociais, entendidos como “uma pessoa em busca de autonomia, com um papel pessoal/profissional/social e responsável pelo que se passa ao seu redor”, (L`Abbate, 1994 *apud* LAMPERT, 2002 *intro.*) articulam suas ações, enfrentam conflitos, negociam e disputam poder nas estruturas sociais (ALMEIDA 1999, p. 4).

Racionalidade Médica Moderna

Luz (1988) em sua análise sócio-histórica da medicina refere que o deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna de uma arte de curar doentes para uma disciplina das doenças teve início no Renascimento, época em que se consolidaram os fundamentos da racionalidade médica na história científica moderna. A concepção objetivista da natureza, acompanhada do método experimentalista e racionalista, teria propiciado o surgimento do mecanicismo nesta fase.

Machado (1988 *apud* LUZ, 1988, p. 1) define que a “medicina é racionalista e mecanicista desde o momento em que o imaginário social do cosmo considerado como um grande mecanismo, se deslocara para a espécie humana.”

Afirma ainda que a medicina herdou da biologia um modelo explicativo organicista, e que desta forma mecanicismo e organicismo seriam elementos base da racionalidade moderna e, por extensão da própria medicina. Conclui que a medicina, na sua forma atual, como parte integrante desta racionalidade moderna, “instituiria a doença e o corpo como objetos, excluindo do campo da cientificidade a vida, a saúde e a cura”.

Machado ainda (1987 *apud* FOUCAULT 1987, p. 1) assinala que o início do século XIX teria sido o momento em que a “medicina criticando seu passado e para justificar sua originalidade, se apresentou como medicina científica”.

Demonstra que a ruptura que se processava no saber médico não era devida a um refinamento de conceitos nem a utilização de instrumentos técnicos mais potentes, mas a uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos. Argumenta que se a ciência dos seres vivos, a biologia, possibilitava uma classificação das espécies patológicas, a ciência da vida fundaria aí a anátomo-clínica.

O nascimento da clínica, portanto determinaria não o encontro do doente com o médico, de uma verdade a decifrar, como uma essência abstrata, senão como um campo nosológico totalmente estruturado: “não seria não só mais um saber, mas, sobretudo faria corpo com a totalidade da experiência médica” (FOUCAULT, 1988, p.70).

Foucault (1988, p, 176) referindo-se a Bichat (1825) e ao contexto da descoberta da medicina patológica, situava então que “a vida não seria mais a forma do organismo, mas o organismo, a forma visível da vida em sua resistência ao que não vive e a ela se opõe”. Definia que ao libertar a medicina da discussão vitalista àquela época, Bichat concedia à vida patológica “um estatuto tão fundamental quanto à própria vida”.

Sob este nível epistemológico afirmava que, “a vida então se ligaria à morte como ao que a ameaça positivamente e poderia destruir sua força viva”. Finalmente, discursava Foucault (1988, p. 177): “Não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adoecer”. Estabelecia-se, portanto, a cisão definitiva entre a vida e a morte.

O hospital neste contexto tornar-se-ia a referência do exercício da medicina não só do ponto de vista da cura, mas também do ensino, onde a saúde substituiria a salvação (FOUCAULT, 1988, p. 71).

Este modelo biomédico hegemônico aliado ao “paradigma flexneriano”¹ que surgiria em 1910, transformaria o modelo das escolas médicas brasileiras que até então sofria influência da escola ibérica e francesa, em uma estrutura essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações (LAMPERT, 2002, p. 65).

Portanto, a excessiva biologização do conhecimento veio a promover uma desconexão progressiva da totalidade bio-psico-sócio-cultural e inclusive ecológica do indivíduo submetido à prática médica. A formação científica do médico, compreendida em fenômenos biológicos, não consentia a determinação social na gênese do adoecimento (MENDES, 1996).

Berlinguer (1988, p. 16) assinala a complexidade de conceituar “a doença” na medida em que lhe parece não haver nenhuma definição que possa ser suficiente para tal, sendo assim propôs “partir dos sofrimentos, das diferenças e anomalias, dos perigos, dos sinais, e dos estímulos que cada processo patológico desencadeia e influi na vida dos indivíduos e nas relações sociais” como “tentativas”, embora insuficientes, de perceber o adoecer. Percebe-se aí como o reducionismo biologicista não contempla suficientemente a dimensão do adoecimento.

Novas tendências na racionalidade e no ensino médico

Campos (2003, p. 11) define que a saúde é um campo comprometido com as práticas política, clínica, sanitária e profissional e que os achados científicos têm repercussão quase que imediata sobre os modos como se lida com a saúde e a doença. Afirma que não haveria como separar a reforma do Sistema Único de Saúde e a reforma da ciência e que durante os processos de produção de bens ou serviços ocorre de modo simultâneo a co-produção de sujeitos e de instituições, ou seja, haveria sempre uma “manobra ideológica que procuraria equivaler o valor de

¹ Chaves (1996 *apud* LAMPERT, 2002, p.64) afirma que o conceito de “paradigma”, *stricto sensu*, tal como definido por Kuhn, ou seja, “seqüências de entendimentos tácitos compartilhados pelas comunidades científicas”, não seria aplicável à educação das profissões da saúde, ou mesmo à educação médica em particular. Entretanto “o termo paradigma vem sendo usado *lato sensu*, na América Latina, para designar o modelo dominante de educação médica influenciado pelos estudos de Flexner, divulgados no Relatório de mesmo nome e conhecido como *paradigma flexneriano*”. Esta expressão (paradigma flexneriano) servirá segundo este autor, de referência ao modelo dominante, sendo utilizado por Lampert (2002, p. 63) em seu capítulo “Paradigmas da educação médica”, em “Tendências de mudanças na formação médica no Brasil” onde faz uma comparação do “paradigma flexneriano *versus* o paradigma da integralidade”.

uso de um bem ou serviço com as necessidades sociais”. Segundo este autor este aspecto também é presente na cultura e nas práticas populares de cuidado e saúde.

Loyola (1984), ao pesquisar as práticas de saúde da população residente em Nova Iguaçu (RJ), verificou que estas não eram limitadas à cura de doenças do corpo, mas contemplavam os males do espírito, ocorrendo aí um relacionamento dinâmico entre a medicina “oficial” e os agentes de outros sistemas, como pais e mães de santo, raizeiros, pastores da Assembléia de Deus e da Igreja Batista, e agentes da Igreja Católica. Seu estudo ainda revelou que estas práticas traduziam as relações entre as classes sociais e não somente dualidades como corpo-alma, matéria-espírito, ou ciência-magia.

Diante dos estudos de Loyola, Cordeiro (1984 *apud* LOYOLA, 1984, p. 1) afirmou que o uso destas práticas populares demonstraria a existência de estratégias da população diante da carência e ineficiência dos serviços oficiais de saúde de saúde, públicos ou privados, além de sinalizar formas de resistência à dominação e ao autoritarismo dos médicos. Tais práticas ainda revelariam um saber próprio do corpo e do processo de adoecimento em oposição às concepções dominantes da medicina científica.

Cabe aqui, retornando ao primeiro parágrafo deste estudo e à afirmativa de Lampert (2002), questionar: Como as escolas médicas criadas para formar profissionais, responde a demandas menos centradas em doenças, e mais focadas no cuidado e na subjetividade, a partir das necessidades de saúde da população? Que estratégias pedagógicas devem utilizar para lidar com o modelo de atenção da integralidade?

A inserção do aluno na Unidade Básica de Saúde da Família

Estas questões, ainda que não possam ser respondidas em toda sua extensão neste estudo, estão intimamente ligadas ao objetivo deste projeto, que é o de identificar a percepção do graduando em medicina do quinto período em relação a sua inserção em novos cenários de ensino-aprendizagem - integração ensino-serviço-comunidade - promovida pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO - em convênio à Prefeitura Municipal de Teresópolis estabelecido desde 1999 com o internato médico (TERESÓPOLIS, 1999). Esta inserção teve início com a transformação curricular em conjunto à adoção de metodologias problematizadoras, no caso a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) há aproximadamente quatro anos (FESO, 2004).

O complexo, embora recente caminho percorrido entre a experiência pioneira da Universidade de MacMaster no Canadá, em 1969, com inovações na área de educação médica tais como: “*problem based learning, self-directed learning, and small group tutorial learning*”; perpassando vários projetos de apoio às transformações da educação médica no Brasil na década de 90 com o apoio dos Ministérios da Saúde e da Educação neste início de século, até a “inserção em novos cenários, como as Unidades Básicas do Programa de Saúde da Família (UBSF)” realizada com alunos dos primeiros períodos, no município de Teresópolis, constitui-se em parte, na trajetória representativa deste estudo. (ALMEIDA, 1999).

Neste momento, atuo em uma UBSF como médico especialista em Medicina de Família e Comunidade, servidor público municipal há oito anos e ainda como Professor do UNIFESO há nove anos, mais especificamente na condição de preceptor do Internato em Saúde da Família do décimo período; e nos três últimos anos, ainda também como preceptor, de alunos do Curso de Graduação em Medicina do novo modelo curricular, compreendidos aí, o primeiro, segundo, terceiro e quarto períodos. Sendo assim compreendo que é necessário verificar que “olhar” ou “percepção” os estudantes de medicina que cursaram os primeiros períodos no novo currículo, estão formando a partir de sua inserção nestas UBSF’s ou “cenários vivos”, assim como a sua impressão a respeito da utilização das Metodologias Ativas de Ensino/Aprendizagem. Desejo, portanto, conhecer como estes aspectos da reforma curricular são avaliados pelos estudantes, uma vez que percebo que “já” há resistências entre os “*alunos mais novos*” ao novo modelo curricular implantado pelo UNIFESO e ao próprio Programa de Saúde da Família (PSF).

Durante estes anos de prática como professor, tenho percebido na fala da maior parte dos alunos do internato médico no PSF, a valorização das especialidades médicas, principalmente nas áreas cirúrgicas, e por extensão das provas de Residência Médica ao final do décimo segundo período - em detrimento do internato/experiência do PSF. Muitas vezes, este aluno já opta por alguma especialidade, que exclui o PSF, logo no primeiro ano da graduação. Expressões como: “quando me formar talvez eu opte por fazer um psfzinho”; “se eu não tiver muitas oportunidades eu vou fazer o PSF”, ou ainda, “sempre fui acostumada à “danoninho” (alimento lácteo da marca Danone) e não pago uma faculdade para subir morro e ver pobreza”, não são raros de serem expressos.

Estas falas presentes no discurso de alguns internos seriam também apropriadas pelos estudantes dos primeiros períodos do curso de graduação de medicina?

Há evidências de que, a partir da mudança curricular e da inserção precoce nas UBSFs, estes também “já” trazem uma visão muito parecida ao discurso de alguns internos, ou seja: a desqualificação da experiência no PSF. Expressões como: “esta vivência no PSF esta sendo boa porque me dá a percepção de que eu “jamais” faria o PSF”; “Deus me livre de fazer PSF no futuro”; “se eu tenho certeza de qual especialidade que eu não faria lá na frente, esta especialidade seria o PSF”, estão também presentes no discurso dos novos alunos da graduação em medicina.

“Novos alunos com antigos preconceitos...?”

Aqui, portanto se localiza o *problema* investigado nesta dissertação.

Estes aspectos, embora possam estar sinalizando para uma percepção específica do “status” do Programa de Saúde da Família, também podem revelar indiretamente uma impressão negativa do novo modelo curricular e da experiência do estudante em UBSF’s, uma vez que a inserção precoce destes alunos no PSF e a vivência de seu contexto conceitual e ideológico, em conjunto com as Metodologias Ativas de Ensino/Aprendizagem, fazem parte dos pilares da transformação curricular promovida pelo UNIFESO (FESO, 2004).

Não se trata aqui de negar as especialidades médicas e nem a necessidade das mesmas, nem tampouco criticar a opção dos alunos por estas, entretanto, o que percebo é que o discurso da tecnologia e da especialidade médica permanece ainda, neste momento, de forma mais hegemônica entre os estudantes em relação à proposta da visão biopsicosocioambiental que o PSF oferece; fato este que tem se refletido na inserção precoce de alunos no PSF, viabilizado pela transformação curricular com a instituição das Metodologias Ativas de Ensino/Aprendizagem.

Além destes aspectos é importante ressaltar que existem outras condições que podem comprometer a aprendizagem na inserção precoce em UBSFs como também a integração discente-serviço-comunidade. Costa (2007, p.181) verificou em 2006 junto aos médicos e enfermeiros que atuam nas UBSFs do município de Teresópolis através de pesquisa qualitativa – entrevista com questões abertas -, que a grande maioria era favorável à inserção de alunos dos primeiros períodos da Faculdade de Medicina em UBSFs e à transformação curricular que a Instituição promovia. Entretanto esta mesma maioria expressava uma opinião desfavorável à

“maneira” como esta inserção era feita: questionava-se a presença de preceptor(es) junto às equipes como facilitadores deste processo, com um argumento baseado nas múltiplas tarefas que estes profissionais já exerciam, tantos médicos quanto enfermeiros, não permitindo a maior parte deles uma disponibilidade/atenção aos alunos de uma forma desejada e adequada. (COSTA a, 2007).

Neste contexto elaboro a seguinte questão: A inserção de estudantes de medicina do primeiro ao quarto períodos na UBSF e o uso de Metodologias Ativas de Ensino/Aprendizagem é capaz de contribuir para uma nova percepção sobre a saúde e o processo de adoecer?

A justificativa para a realização deste projeto e sua relevância vem em encontro às transformações pelas quais as Instituições de ensino de graduação em Medicina no Brasil vêm passando nos últimos anos, apoiadas notadamente pelo Ministério de Educação e Saúde e fundamentadas, principalmente na criação das Diretrizes Curriculares Nacionais, no Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina - *Promed*- e no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - *PRÓ-SAÚDE* -. Outro aspecto relevante é que ao se considerar a necessidade de um novo paradigma de ensino capaz de contemplar fundamentalmente a noção de integralidade, as escolas médicas da atualidade incorporaram as metodologias ativas em sua reforma curricular no sentido da formação de profissionais atuantes, éticos e críticos à realidade em que vivemos (LAMPERT, 2002). Acrescenta-se ainda a esta aspecto as evidências técnicas e éticas de que as escolas médicas devem formar um profissional competente para intervir na complexa realidade brasileira, e “a rede básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus alunos” (CAMPOS 2005, p. 06).

O UNIFESO em consonância a estas propostas implantou em 2004 um projeto de mudança curricular em seu curso Médico, concretizado a partir do segundo semestre de 2005. Esta instituição estabeleceu uma proposta pedagógica potencialmente transformadora, rompendo com o modelo de formação biomédica tradicional que seria substituído pelo modelo biopsicosocial e ambiental, de forma que houvesse a reestruturação do mundo do ensino e do trabalho a partir da realidade concreta dos sujeitos (FESO, 2004).

Atualmente existem 175 Escolas Médicas no Brasil sendo que somente 40 destas, ou cerca de 23%, incorporaram Metodologias Ativas de Ensino-

Aprendizagem, a grande maioria com o uso da Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP, acrescenta-se ainda o fato que o UNIFESO é a única instituição do estado do Rio de Janeiro, entre dezessete, a ter incorporado esta transformação curricular (ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2008). Devido ao pioneirismo desta instituição, a importância do uso das Metodologias Ativas e à inserção de alunos em UBSFs como referido anteriormente e à atuação do pesquisador como professor e médico em uma Unidade Básica de Saúde da Família neste município percebo que o uso deste novo cenário de ensino-aprendizagem e o uso da ABP são peças fundamentais na criação de uma nova concepção sobre a saúde/doença. Desta forma é imperioso analisar o olhar do estudante sob este enfoque como uma forma de compreender e possibilitar o aperfeiçoamento deste processo de transformação curricular não só nesta instituição como em outras Escolas Médicas.

Conforme as referências que irei apresentar adiante fica notório que os (pré) conceitos destes alunos guardam relação com raízes sócio-culturais e com a trajetória e estrutura do ensino médico e dos serviços de saúde em que provavelmente irão atuar no curso de graduação de medicina.

Ensino Médico no Brasil

Bulcão (2004) justifica este aspecto ao referir que no ensino médico tradicional há uma dissociação entre a teoria e a prática. O aprendizado é compartimentalizado, o que acaba por fragmentar o conhecimento, favorecendo o surgimento das especialidades existentes. Refere que a atenção à saúde desenvolvida no Brasil, hegemonicamente médico-centrada e hospitalocêntrica, tem-se mostrado ineficaz ante o diagnóstico das condições de vida e saúde da população.

Romano (2001) ao discutir alguns aspectos do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente, inserida no currículo do terceiro ano do curso de Medicina, na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ - percebe de maneira contundente esta compartimentalização no próprio ensino médico. Se por um lado verifica que no ensino da Semiologia, a exemplo da racionalidade biomédica (Proença 1999 *apud* ROMANO, 2001 p. 3) predomina “o discurso praticamente exclusivo no corpo, no corpo doente do paciente, com seus sinais e sintomas evidentes, comprováveis reproduzíveis por todos”; por outro, na Psicologia Médica predomina “o discurso na reflexão, na expressão dos alunos, individual e em grupo, sobre as subjetividades que envolvem a relação médico-

paciente retirando-se do olhar exclusivo no corpo do doente para aquele que sofre”. Refere que ao aluno caberia a tentativa de encontrar formas de convergir estes dois saberes tão distantes, muito mais pelo “saber prático e receitas de sobrevivência” do currículo oculto (Forquin 1983 *apud* ROMANO, 2001, p. 23) do que pelo currículo oficial.

O processo de graduação que predomina na maioria das escolas favorece assim a desconexão e o distanciamento do profissional do doente e de suas necessidades sociais, o que obscurece a necessidade da escola médica atuar sinergicamente com as comunidades circunscritas, e de modular sua estrutura segundo a demanda aos serviços a elas associados. Desta forma, “uma formação acadêmica que dê conta do tipo de clientela extra-hospitalar está longe de ser satisfatória, na medida em que se prioriza a formação especializada e científica” (BULCÃO, 2004 pág.63).

Muito se tem questionado sobre a paradoxal educação do médico no Brasil, que tende a priorizar as práticas diagnósticas e curativas, além da preocupação excessiva com doenças complexas e alta tecnologia; quando o perfil de morbimortalidade é predominantemente representado por doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, obesidade, doenças respiratórias), caracterizadas por uma longa fase de evolução assintomática, cuja incidência poderia ser diminuída com ações de prevenção e promoção em saúde e a análise de fatores determinantes do processo saúde-doença (OPAS, 2003; BULCÃO, 2004).

Existiria aí então uma crise paradigmática na medida em que as realidades e os modelos propostos para seu estudo encontram-se sem uma conexão, não havendo mais explicações satisfatórias para justificar os fenômenos estudados, sendo então necessário a substituição do mesmo (BULCÃO, 2004; FERREIRA, 2007; LAMPERT, 2002).

Em relação ao ensino médico brasileiro, a literatura dispõe de diversos estudos que sustentam a urgência em diversificar os cenários de ensino-aprendizagem, citando a Atenção Primária como campo de atuação para fomentar a qualidade e integralidade às ações de saúde e o aperfeiçoamento da educação do profissional (BULCÃO, 2004; FERREIRA, 2007).

As discussões sobre as propostas de reformulação do ensino da medicina ganharam relevância no início da década de 70, com a publicação do Documento nº 2 – Ensino Médico e Instituições de Saúde – da Comissão de Ensino Médico do

MEC (Ministério da Educação e Cultura), preconizando a participação do graduando nas unidades de saúde (Ensino Médico e Instituições de Saúde - MEC). Em 15 de julho de 1975, a Lei nº. 6.229 estabeleceu a organização do Sistema Nacional de Saúde, sublinhando o papel central da integração docente-assistencial e definindo os critérios de funcionalidade dos hospitais universitários baseados nas condições e necessidades de saúde locais (LEI nº 6.229/75).

Em 1991, o projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), e, em 2001, a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, endossaram a recomendação da integração ensino-serviço (CINAEM, 1991; DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, 2001).

Starfield (2002) afirma que no campo da saúde há uma onda de grandes transformações experimentadas nesse início de século. O surgimento de mais síndromes, incapacidades, insuficiências e deficiências do que geralmente se presenciava, tornaram-na mais complexa em forma e em dimensão. E, se por um lado, o progresso médico e as novas tecnologias oferecem o impulso para uma orientação crescentemente especializada, os mesmos fenômenos também requerem habilidades generalistas mais aguçadas.

O envelhecimento das populações como o aumento da sobrevivência de indivíduos atingidos por problemas anatômicos, fisiológicos ou psicológicos está provavelmente, segundo Starfield (2002), aumentando a necessidade da atenção domiciliar e de conhecimento acerca da existência de recursos na comunidade. Sendo assim argumenta que as mudanças no perfil de adoecimento traduzem de alguma forma, os desdobramentos políticos, econômicos e sociais da sociedade, e que redirecionar a atenção à saúde é necessário, destacando neste contexto a importância da Atenção Básica.

Reconhecer, portanto que as novas demandas sociais que se projetam sobre o Sistema de Saúde requerem redefinições dos serviços, é, sobretudo, admitir que é necessário a readequação de modos de ensino que melhor atendam àqueles interesses e carências. Feuerwerker (2002) considera que estes conflitos na atenção à saúde e no ensino médico, acabam por suscitar modificações no projeto político-pedagógico das universidades, entretanto esclarece que esta mudança necessária

na educação médica e nos profissionais de saúde é complexa e exige aprofundamento do debate político-conceitual, condição pouco comum neste campo.

Qual o perfil desejado para o médico e sua prática profissional?

Para Marins (2004) as modificações no processo de trabalho dependem intimamente das competências, das habilidades e da adoção de valores éticos, sociais e culturais dos profissionais.

Em referência às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o ensino médico assume um desenho de prática social, tendo o propósito de instaurar uma prática na qual a produção de conhecimento, a formação acadêmica e a prestação de serviços sejam indissociáveis. A partir daí promove-se no aluno o engajamento para compreender a dinâmica social e utilizar esse mesmo conhecimento como instrumento de excelência profissional. O perfil do médico proposto pelas Diretrizes Curriculares (2001) é de:

[...] um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença e, 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.

Nesse contexto, a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem pode figurar como eixo educacional de uma medicina mais próxima da sociedade e mais influente no panorama regional. Segundo as Diretrizes Curriculares, o SUS, através de suas Unidades de Atenção Básica deve receber os graduandos logo nas primeiras séries do curso, não somente como meros observadores, mas como coadjuvantes ativos diante dos mais diversos conflitos, tais como: tensões sociais dos pacientes; diagnósticos conflitantes e decisões terapêuticas, aspectos estes regidos pelas variantes sócio-econômica-culturais loco-regionais (CAMPOS, 2005).

Algumas características peculiares da atenção básica de saúde (ABS), também definida como atenção primária, justificam sua utilização como cenário de aprendizagem médica: A Organização Mundial de Saúde afirma que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (WHO, 1978).

Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade; emprego da clínica ampliada, partindo do núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito e ainda a aplicação da saúde coletiva são outros aspectos que podem ser desenvolvidos na atenção básica. Campos (2005) afirma

que entrar em contato com essa complexidade, com a obrigação de trabalhar em equipe e de fazer um seguimento longitudinal possibilita que o aluno se aproprie de competências essenciais para o exercício da profissão.

A inserção precoce dos estudantes neste contexto pode ainda suscitar valores morais e éticos que a profissão requer, desarticulando a estrutura ideológica que visualiza a prática médica exclusiva e necessariamente antecipada por sólida e intensa formação científica (FERREIRA, 2007).

O contato com a prática logo no início da graduação facilita a aquisição de habilidades que determinará, mais tarde, um médico competente. A competência é uma qualidade que requer uma formação heterogênea constituída por “uma combinação de atributos: conhecimentos – domínio cognitivo (saber); habilidades – domínio psicomotor (saber fazer); e atitudes – domínio afetivo (saber ser, saber conviver)” (ZANOLLI 2004, pág. 41).

Para Ribeiro (2003, p.48), competência “seria a habilidade de mobilizar diferentes capacidades para solucionar com pertinência e sucesso tarefas essenciais da prática profissional, em diferentes contextos”.

Neste contexto, vale ressaltar que a UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Ciência, a Educação e a Cultura, tem ajudado a estabelecer os fundamentos de uma nova educação para o século XXI, que é pertinente à área de atuação do médico. Uma educação multicultural, centrada na construção de uma cultura de paz, respeito e de diversidade criadora. A Comissão Internacional desta Organização criou um relatório designado como “Relatório Delors sobre a Educação para o Século XXI”, concluído em meados dos anos noventa e ampliado por Edgar Morin, sugerindo quatro pilares como eixos norteadores da educação para o século XXI, - Aprender a Conhecer, Aprender a Fazer, Aprender a Ser e Aprender a Viver Juntos (DELORS, 2000).

A educação, segundo Morin (2007) teria como finalidade a conscientização da diversidade da espécie humana e, por outro, levar as pessoas a tomarem conhecimento da semelhança e da interdependência entre si, ensinando então o exercício da tolerância em contrapartida à incompreensões suscitadoras de ódio e de violência. Enfim, uma cultura de paz, em detrimento do racismo, xenofobia, e, sobretudo do desprezo.

A educação na área médica, portanto, não poderia excluir estes preceitos. Campos (2005) defende que formar um profissional de saúde requer mais que

oferecer conhecimentos técnico-científicos. É primeiramente, estimular valores morais e éticos, responsabilidade social e um olhar mais humano.

A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, traduzida pela atuação dos alunos de medicina na atenção básica de saúde, desenvolveria, analogamente aos pilares de Delors, todas as áreas do conhecimento, englobando ainda: Saber aprender; tirando lições da prática e utilizando-as como elemento motivador para a construção do conhecimento e, Saber fazer; adquirindo habilidades cognitivas e psicomotoras, aplicando-as mutuamente.

Conforme Santos (2005, p.30), a concomitância institucional do ensinar e do executar consolidam as habilidades necessárias para a prática médica: “a ausência de um elo mais forte entre o saber e o fazer, e fazer como e para que, faz com que o saber se torne frouxo, fluido e vire vapor”.

Na opinião de Melo (2002, p.18), “para que esse profissional desenvolva suas habilidades com competência, é preciso que ele seja um bom comunicador, [...], que ele realmente consiga se fazer entender, e que seja um Educador”.

Nas próximas páginas serão apresentados os seguintes itens: a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde –SUS -; a Atenção Primária; o PSF; as mudanças na educação médica na década de 90; as Diretrizes Curriculares do MEC; as Metodologias Ativas; a inserção de alunos junto à Atenção Básica; a visão do discente; o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina. – PROMED -; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE -; a Educação Permanente; o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES - e o Exame Nacional do Desempenho dos Estudantes – ENADE -, verificando na maior parte destes tópicos, a representação do intenso trabalho e esforço, principalmente na articulação entre as esferas da gestão federal da Saúde e da Educação, com compromisso de adequação da formação de profissionais no setor saúde para a demanda destes serviços. Analisar-se-á ainda o processo de mudança curricular do UNIFESO, momento em que se propôs a considerada inserção precoce de alunos dos primeiros períodos junto a Unidades Básicas de Saúde da Família com a utilização de Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem e por fim; após a apresentação da questão norteadora, objetivo geral e específico e da metodologia utilizada durante a pesquisa realizada junto aos alunos do curso de graduação em medicina, é apresentada a análise de seus resultados e as considerações finais.

2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - A REFORMA SANITÁRIA E O SURGIMENTO DO SUS

O Sistema de Saúde no Brasil pode ser pontuado a partir do modelo sanitaria campanhista que predominou até a década de 50 e declinou nos anos 60 do século passado, com objetivo de sanear as cidades e garantir as exportações de uma economia predominantemente agrícola. Posteriormente, com a economia transferida da região rural para urbana-industrial, houve a necessidade de um atendimento médico previdenciário, sendo este instituído de forma autoritária em um Brasil ditatorial. Nesta época, as principais características eram a centralização político-administrativa, a tecnoburocracia e a restrição dos direitos de cidadania. O modelo assistencial dicotômico entre ações curativas e preventivas além do acesso não universal com o financiamento privilegiado para a expansão de serviços privados definia o assim denominado modelo médico-assistencial privatista, que seria amplamente hegemônico até o final dos anos 70 (PUSTAI, 2006).

Este modelo, entretanto veio a experimentar uma grande crise fiscal em conjunto com a crise do estado autoritário, quando passou a perder legitimidade.

De fato, Cordeiro (2005) cita que o vácuo estrutural entre a arrecadação e as despesas previdenciárias vieram a comprometer a eficácia das políticas sociais não só na prestação dos serviços, como também em suas funções de acumulação e legitimação, o que culminou na crise do Sistema Previdenciário entre 1980 e 1983. O empresariamento dos serviços de saúde não representava também um projeto coerente e uniforme e concentrava-se em grandes hospitais ou em mãos de poucos proprietários de uma rede de serviços de saúde. O modelo de Estado do Bem Estar Social (Welfare State) do mundo capitalista europeu não era contemplado pelas políticas públicas brasileiras.

Na década de 80, o movimento pela redemocratização se fortalecia na medida em que se instalava o aprofundamento da crise econômica. A Sétima Conferência Nacional de Saúde, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), além do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) são exemplos de iniciativas com o intuito de racionalização dos gastos em saúde devido à crise fiscal. Em 1983, foram criadas as Ações

Integradas de Saúde (AIS), vinculadas à Reforma Sanitária, com o objetivo de integrar as políticas de saúde dissolvidas em várias instituições, tendo obtido o mérito de contar com o apoio e participação da sociedade. (PUSTAI, 2006).

As Conferências de Saúde foram instituídas pela Lei nº 378, de 1937, e tinham como objetivo reunir técnicos e administradores do Ministério e dos Estados para assessorar o ministro na definição da política nacional de saúde, tendo sido inicialmente convocadas a cada a cada dois anos (BRASIL, 1937). Com a Lei nº 8142 de 1990, a periodicidade das Conferências passou a ser de quatro anos, e ficou estabelecida a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1937; BRASIL, 1990).

Segundo a Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO *apud* LAMPERT, 2002), as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são consideradas na história das políticas recentes, como a expressão maior do Estado democrático e do controle social das políticas públicas. Dentre uma das principais, a Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, realizada durante o processo de elaboração da nova Constituição promulgada em outubro de 1988, marcou uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 1987). Em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi lançado para correção de algumas distorções das AIS, embora sem legitimidade, por ser baseado em leis infraconstitucionais, ou seja, aquelas que estão abaixo hierarquicamente da constituição e determinadas por leis complementares.

Finalmente, o SUS (Sistema Único de Saúde) foi implantado a partir da Constituição de 1988 e de sua regulamentação através da Lei Orgânica da Saúde – LOS - nº 8.080, de setembro de 1990, que determinou um modelo de atenção à saúde estruturado a partir de um sistema hierarquizado nos níveis de atenção primária, secundária e terciária e ainda em processo de gestão descentralizado nas três esferas do governo: municipal, estadual e federal. A LOS nº 8.080 em conjunto com outras leis contemplaram as principais diretrizes do SUS – (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988; BRASIL 1990).

Em 1990 foi ainda sancionada a Lei Federal nº 8.142, que definiu a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Foi introduzido assim o controle social por meio de conferências e conselhos de saúde com participação paritária entre usuários e gestores, prestadores de serviço e

profissionais de saúde, permitindo a presença de novos atores que passariam gradualmente a ter maior influência na política de saúde (BRASIL. LEI nº 8.142/90).

Na década de noventa, a implantação do SUS no Brasil representou avanços nos campos da legislação, da universalização da atenção e da ampliação do controle Social entre outros. Estas condições, associadas à nova ordem mundial caracterizada por cortes com gastos públicos e à carência de recursos humanos aptos a atuar em um novo modelo de atenção à saúde mais sociocêntrico, integral, menos tecnicista e hospitalocêntrico; facilitaram a emergência de um cenário favorável à promoção de mudanças no modelo de atenção à saúde principalmente dirigido à Atenção Primária (PUSTAI, 2006).

2.2 - A ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA IMPORTÂNCIA

A reforma da atenção à saúde vem se estabelecendo em quase todos os países, mesmo naqueles com sistemas de saúde estáveis há décadas. Parte do ímpeto para esta reforma origina-se dos custos sempre crescentes da atenção decorrente do envelhecimento da população, melhor sobrevivência de doentes crônicos como resultado de tratamentos médicos aprimorados, e o crescente papel de tecnologias caras no diagnóstico e manejo da doença (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) afirma que poucos países podem absorver os custos crescentes sem uma séria consideração de alternativas, ocasionando uma convergência de interesses sobre a natureza da atenção primária e seu papel dentro dos sistemas de saúde.

Refere que a atenção primária em sua forma mais desenvolvida é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e sítio de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo. Representa a acessibilidade e o primeiro contato.

Afirma ainda que a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que ofereceria a entrada no sistema para a maioria de necessidades e problemas, não direcionada à enfermidade, senão à pessoa. Por outro lado, a atenção especializada geralmente exige mais recursos do que a atenção primária porque enfatiza o desenvolvimento e o uso de tecnologia cara para manter viva a pessoa enferma em vez de dar ênfase aos programas de prevenção de enfermidades ou redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns, que não ameaçam a vida. Ameaça, portanto os objetivos da equidade.

A autora afirma que a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor. Além disso, a privação social relativa, mais do que a absoluta, também estaria associada a uma saúde pior. Ou seja, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maiores as disparidades na saúde. Wagstaff e Van Doorslaer (1993 *apud* STARFIELD, 2002 p. 26) usaram dados de levantamentos populacionais em que foi pedido às pessoas que descrevessem sua saúde. Os resultados demonstraram que quanto maior a desigualdade de renda dentro dos países, maior a desigualdade na saúde. Aqui, portanto se estabelece o papel da equidade da Atenção Básica.

Em relação às origens da rede de serviços da Atenção Primária no Brasil, Campos (2007, p. 878) afirma que historicamente estes foram organizados em modelos tecnológicos distintos que acabaram por gerar duas formas de intervenção: “uma, de caráter social, que se convencionou denominar de sanitarista ou de saúde pública; e outra, ligada à prestação de cuidados aos indivíduos, a clínica”. A saúde pública, entendida na sua abordagem coletiva compreenderia a comunidade doente ou em risco de adoecer, o que de certa forma estabeleceria que o bem-estar coletivo tornar-se-ia mais relevante que os interesses individuais. Neste contexto, a epidemiologia considerada como base dos sanitaristas teria um conflito ético com a clínica, pois embora interagissem e servissem “mutuamente como fontes de problemas científicos e modelos explicativos” (CAMPOS 2007, p. 880) apresentavam uma lógica distinta.

Aa raízes do conflito entre a epidemiologia e a clínica remontam a chegada de dom João VI ao Brasil e da criação em 1808 das funções de provedor-mor, físico-mor, e cirurgiões-mor além da criação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, quando houve os primeiros passos para fiscalização do exercício da medicina e farmácia no país.

Foram criadas aí as primeiras organizações de saúde pública como as Posturas Municipais, que tinham o objetivo de disciplinar a vida dos cidadãos e evitar a propagação de doenças, além da criação da Junta Central de Higiene Pública com a finalidade de executar a polícia médica de embarcações, boticas, mercados ou lugares de onde pudesse provir dano à saúde pública. Entretanto foi somente em 1910 que surgiram políticas públicas de acordo à evolução do aparelho estatal e que posteriormente propiciariam a criação dos Centros de Saúde organizados de forma loco-regional com seus respectivos distritos sanitários.

Estes Centros de Saúde e o Sistema Distrital de Administração Sanitária foram inicialmente propostos a partir de uma nova geração de sanitaristas que buscavam consolidar uma organização pautada nos princípios de educação sanitária, profissionalização do corpo técnico, especialização por tarefas, integralidade, descentralização, distritalização e horizontalização da organização sanitária.

Neste sentido, a importância dos Centros de Saúde representou uma proposta de rede básica que deveria estar “próxima às comunidades e que combatesse a ignorância do povo a respeito da higiene, e especialmente a

inoperância da saúde pública perante os novos desafios colocados pela urbanização e industrialização do país [...]” (CAMPOS 2007, p. 904).

Portanto, conclui o autor:

Os Centros de Saúde, do ponto de vista político e administrativo, representaram a superação do antigo modelo sanitário e, também, a intenção de assegurar a primazia da higiene e da saúde pública sobre as outras formas institucionais de assistência à saúde, notadamente a clínica (CAMPOS 2007, p. 904).

Rodrigues et al (2009, p. 74) afirmam que o setor público de saúde viria se dividir entre 1933 a 1966 em duas partes: “a maior delas ligada à previdência social e a outra ao Ministério da Saúde criado em 1953”. A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões-IAPs em 1933 organizados por categorias profissionais e financiados por trabalhadores e empregadores foi a principal característica deste período.

Apesar do controle do Estado através do Ministério do Trabalho e da Previdência Social e da posterior extinção dos IAPs com a criação do Instituto Nacional da Previdência e Assistência Social –INPS- em 1966 que teria o papel de unificar o regime da previdência social e da assistência médica a toda população segurada, não haveria uma rede de Atenção Básica de forma democrática e universal como a que seria instituída “entre os anos de 1979 e 1988” a partir da Reforma Sanitária e da criação do SUS (RODRIGUES et al 2009, p. 79) .

Desta forma a Atenção Básica no Brasil passaria gradativamente a assumir uma importância fundamental nos aspectos da prevenção à saúde. Neste contexto vale ressaltar a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação à Atenção Primária em Saúde:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, *apud* STARFIELD 2002, p. 30-31).

De acordo ao exposto anteriormente percebe-se a condição imprescindível da participação da Atenção Básica na formação do graduando médico e segundo

Campos (2005, p. 7-8), haveria necessidades pedagógicas fundamentais na relação ensino – serviços- ABS:

O aluno de graduação precisaria de uma estrutura de estágio que permitisse e facilitasse o trânsito entre teoria e prática. Os docentes – como mediadores fundamentais dessa relação - deveriam, necessariamente, ser capacitados para esse novo tipo de ensino.

Afirma que “o vínculo com o docente é um grande facilitador, assim o contato prolongado, horizontal, com um mesmo professor deveria ser estimulado”. Complementa que “isso ainda permitiria um cuidado adicional com os alunos que, muitas vezes, sentem-se desorientados nessa etapa de sua formação e sofrem o impacto da realidade que lhes é apresentada”.

2.3 - O PSF COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

O Programa de Saúde da Família (PSF) é considerado como um modelo de reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) própria do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE et cols, 2006).

Nascido em 1994, passou a ser designado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo obtido forte expansão após 1997 e principalmente no ano 2000 (SILVEIRA, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A ESF é composta por equipes multiprofissionais com no mínimo um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção à saúde integral e contínua de aproximadamente 800 famílias (cerca de 3500 pessoas) residentes em um território dentro de limites geográficos pré-estabelecidos. Quando ampliada a equipe pode contar ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (ANDRADE et cols, 2006).

O trabalho das equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde estabeleceu um importante movimento de reordenação do modelo de atenção no SUS. Procura uma maior racionalidade na utilização dos demais níveis

assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família é considerada um projeto dinamizador do SUS, expressão da evolução histórica do sistema de saúde no Brasil. A adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios vêm consolidando sua rápida expansão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Possui como finalidade fazer avançar o SUS e substituir ou transformar o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade e com baixa resolutividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As principais diferenças entre o novo modelo do PSF e o modelo hegemônico seria a saúde como qualidade de vida e não como ausência de doença; atenção definida no coletivo e não no indivíduo, de forma integral com ações de promoção, proteção, cura, e recuperação e não em ações predominantemente curativas (ANDRADE et cols, 2006).

Outras diferenças seriam ainda a hierarquização da rede de atendimento com articulação entre aos níveis de atenção primária, secundária e terciária e não dominado predominantemente pelo hospital; o funcionamento dos serviços baseados na organização da demanda e principalmente no acolhimento dos problemas da população adscrita e não só na demanda espontânea; valorização e estímulo da participação comunitária; e ainda o planejamento e programação de suas ações considerando o perfil epidemiológico populacional priorizando grupos mais vulneráveis e com maior risco de adoecer ou morrer (ANDRADE et cols, 2006).

A partir da territorialização e adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família devem estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade, visando uma maior resolubilidade da atenção, integrada ao contexto de reorganização do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizada pela Estratégia de Saúde da Família, são parte, atualmente do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Na visão do Ministério da Saúde é fundamental que se ultrapasse os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto

do SUS, para que se tenha efetiva responsabilidade pelo acompanhamento das famílias.

O Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde, tem a responsabilidade de desenvolver mecanismos de controle e avaliação, prestar cooperação técnica aos gestores na implementação e organização da Estratégia de Saúde da Família, desenvolver ações de atendimento básico como o de Saúde Bucal, Diabetes e Hipertensão, e ainda Alimentação e Nutrição.

Em janeiro de 2008, através da portaria ministerial nº 154, o MS implementou os “Nasf”; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Estes Núcleos reunirão profissionais das mais variadas áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais que tem como objetivo atuar em parceria e em conjunto com as equipes de Saúde da Família.

Os núcleos fazem parte do “Mais Saúde”, plano estratégico de saúde lançado em dezembro de 2007 e que contém ações para a ampliação da assistência e qualificação do Sistema Único de Saúde até 2011.

Segundo o MS, os Nasf devem entre muitas ações: desenvolver atividades físicas e práticas corporais; proporcionar educação permanente em nutrição; procurar ampliar e valorizar espaços públicos para convivência; estimular a prática da homeopatia e acupuntura; promover ações multiprofissionais para a reabilitação e redução da incapacidade e deficiências; além de abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Dados divulgados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em 2006 estabelecem que a ESF está implantada em aproximadamente 92% (5.124) dos 5.560 municípios brasileiros, contando com 27 mil equipes, sendo 15 mil de saúde bucal aproximadamente; com cobertura de 46% da população total brasileira, e com a participação de cerca de 220.000 Agentes Comunitários de Saúde em 95% dos municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em Teresópolis, município do estado do Rio de Janeiro contemplado neste projeto de pesquisa, dados de Janeiro de 2008 a respeito da evolução do credenciamento e implantação da Estratégia de Saúde da Família confirmam uma cobertura de 32% de sua população de 151.000 habitantes (IBGE, população de

março de 2006), com a participação de 14 equipes e 83 Agentes Comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

2.4 - AS MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA NOS ANOS DE 1990

2.4.1- *Changing Medical Education: an Agenda for Action*

Diante da insatisfação da sociedade em relação aos médicos e outros profissionais de saúde e a fim de enfrentar os novos desafios definidos pela crise do paradigma da saúde, a OMS lançou em 1991, Genebra, um novo documento definido como “*CHANGING MEDICAL EDUCATION: AN AGENDA FOR ACTION*”. Entre os itens levantados neste documento destacavam-se: humanização da atenção, cuidado integrado, maior participação social, equidade, avaliação de custos, uso de tecnologia de forma criteriosa, promoção de estilos de vida saudáveis e proteção ao meio ambiente (FEUERWERKER, 2002).

Esta proposta definia que as escolas deveriam ter participação ativa na melhoria da qualidade e da cobertura de serviços no sentido de diminuir o tempo prolongado que existe entre a implementação e a prática de mudanças na área de educação médica (FEUERWERKER, 2002).

2.4.2 – *Network* e os Projetos UNI

Na Jamaica, em Kingston, ocorreu uma reunião em 1979 promovida pelo *Health Manpower Development Program* da OMS/Genebra e pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas/Washington, cujo objetivo foi a criação da *Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*, mais conhecida como *Network* (Almeida, 1999 *apud* LAMPERT, 2002, p. 136).

Com o objetivo de melhorar a cooperação entre os serviços de saúde e o desenvolvimento da força de trabalho nesta área, além de implementar a APS, foi promovida pela OMS e pela Opas uma reunião entre as lideranças dos programas,

eventos e experiências prévias a sua criação, dentre estes se destacaram: a meta “Saúde para todos no ano 2000” da Assembléia Mundial de Saúde; a Conferência de Alma-Ata, de 1978, que elegeu a APS (Atenção Primária em Saúde) como estratégia que atenderia àquela meta; além de experiências inovadoras no campo da formação de profissionais de saúde em diversas escolas médicas. Chama atenção a orientação comunitária e o uso de abordagens de aprendizagem baseadas em problemas (ABP ou PBL - *Problem Based Learning*) como referencial comum nos programas apresentados nesta reunião (LAMPERT, 2002).

A educação com orientação comunitária considerava o envolvimento de estudantes e sua presença entre a população como peça essencial de sua formação. O PBL por outro lado integraria diversas disciplinas procurando resolver uma questão de ordem prática (*problem-solving mode*) de uma pessoa, comunidade ou de uma sociedade específica.

A partir destes fatos, formou-se uma rede com o objetivo de fortalecimento e expansão gradativa para outras escolas das metodologias, estratégias e propostas da *Network*, entre estas: criação de uma secretária executiva na sede, Universidade de Limburg, em Maastricht, na Holanda e a promoção de reuniões de acompanhamento a cada dois anos (LAMPERT, 2002).

Esta organização teve como objetivos: melhorar a atuação das escolas para a APS; desenvolver e melhorar a força de trabalho em saúde, principalmente na lógica do PBL e da orientação comunitária; aumentar a cooperação entre as escolas e os serviços de saúde; incrementar o número e a eficácia de professores capacitados para desenvolver a abordagem defendida como também o número de organizações que a apoiem (LAMPERT, 2002).

Somente na década de 90 é que a presença da *Network* ganharia mais notoriedade com a adesão dos projetos UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde -, que objetivavam uma nova educação dos profissionais de saúde através da coordenação do Programa para a América Latina e Caribe da Fundação Kellogg, conforme será explicado adiante (FEUERWERKER, 2002).

O Programa UNI surgiu em 1991 sob o tema inicial: “Uma **N**ova **I**niciativa na Educação dos Profissionais de Saúde” (assim designado UNI pelas três primeiras letras) através de um convite às Instituições universitárias da área da saúde que tivessem um curso de graduação em medicina e enfermagem. Possuía como referência inicial a avaliação crítica das experiências do Programa de Integração

Docente Assistencial (IDA) na América Latina, promovido pela coordenação do Programa para a América Latina e o Caribe, da Fundação Kellogg (FEUERWERKER, 2002; LAMPERT 2002).

Seu ideário foi construído ainda com base numa análise crítica do contexto e do processo de construção da democracia nesta região e das principais propostas de organização dos sistemas de saúde, além das idéias vigentes no movimento de mudança da educação de profissionais de saúde (REDE UNIDA, 2008).

Entre 1993 e 1995, os primeiros projetos do Programa UNI começaram a funcionar tendo como base a epidemiologia da população, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe multiprofissional e o ensino/aprendizagem em serviço. Estes aspectos assegurariam a formação de um profissional competente em todos os níveis do sistema de saúde: primário, secundário e terciário (FEUERWERKER, 2002).

A primeira fase de financiamento foi terminada entre 97e 99 e a segunda ainda está vigente para uma parte dos projetos, mas teve seu final previsto para o período entre 99 e 2001. (REDE UNIDA, 2008).

No princípio do programa, funcionavam 23 projetos em 11 países da América Latina: México (4), Nicarágua (1), Colômbia (3), Venezuela (2), Equador (1), Peru (1), Chile (2), Argentina (1), Uruguai (1) e Brasil (6). Atualmente seguem operando 17 projetos (REDE UNIDA, 2008).

No Brasil, ficaram estes projetos localizados em: Botucatu (SP), Brasília (DF), Londrina (PR), Marília (SP), Natal (RN), e Salvador (BA) (FEUERWERKER, 2002).

Propunha-se combater a separação entre o ciclo profissional e ciclo básico que acabava por favorecer a interpretação de que a ciência produzida nas disciplinas básicas funcionava apenas como um pré-requisito, e não como parte integrante da medicina clínica (LAMPERT, 2002).

Foi incentivado, segundo Rosa, (1994 *apud* LAMPERT, 2002, p. 143), a incorporação de ações de caráter preventivo e de promoção à saúde no contexto das atividades dos profissionais, para que não ficassem restritas à docência de disciplinas ou a um departamento, e ainda o incremento da interação entre professores e alunos através de atividades regulares em novos ambientes de ensino-aprendizagem, pesquisa e assistência.

A diversificação de locais de treinamento em serviço, as experiências de aprendizagem em equipes multiprofissionais e a participação ativa de alunos na

resolução de problemas e na investigação científica foram estabelecidas do ponto de vista metodológico. A avaliação deveria estar voltada mais do que para a memorização, para o desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes e valores que seriam incorporados ao longo da formação (LAMPERT, 2002).

Havia também propostas de mudança para a comunidade como: autocuidado, fortalecimento da cidadania e participação na gestão de serviços.

2.4.3 – O Projeto CINAEM

O relatório Flexner, publicado em 1910, se tornaria a base para a moderna educação médica recomendando “uma firme base científica combinada com a experiência da prática clínica instituída pela universidade” (AAMC, 1984, p. 33, *apud* AGUIAR, 2000).

Defendia a divisão entre as ciências básicas ensinadas nos dois primeiros anos e o conhecimento clínico introduzido no terceiro e quarto anos tendo permanecido em sua essência imutável há pelo menos 70 anos. (AGUIAR, 2000).

No século XX, o modelo flexneriano tornou-se hegemônico nas Américas sendo que no Brasil foi oficializado em 1968, quando o governo militar implantou a Reforma Universitária. Em 1969, foi publicada a Resolução nº 8 (de 8 de outubro de 1969) do Conselho Nacional de Educação, que definiu o Currículo Mínimo dos Cursos de Medicina sustentado no modelo pedagógico proposto por Flexner. Houve nesta época uma expansão desordenada de escolas médicas no Brasil, sendo que entre 1950 e 1971 foram abertas 59 escolas (BRASIL-MEC, 1981).

A parcialização do saber contido no modelo pedagógico proposto por Flexner, levaria, segundo Mendes et al (1996), a uma excessiva biologização do conhecimento, causando a desconexão progressiva da totalidade bio-psico-sócio-cultural do indivíduo submetido à prática médica (MENDES, 1996).

As escolas médicas brasileiras passaram a ser influenciadas pelo modelo biologicista e hospitalocêntrico e pela dissociação entre as demandas sociais e o processo de formação do profissional médico. Anais de Congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), publicações da Revista Brasileira de Educação Médica, além da proposta desenvolvida por um grupo de professores de Medicina, a convite da Associação Médica Brasileira (AMB) em 1984, já

estabeleceriam uma reflexão conjunta sobre esta dicotomia e a necessidade de transformar a situação do ensino médico no Brasil, embora sem impacto significativo (Basile, 1998:307, *apud* MIRANDA 2002).

Apesar das propostas inovadoras de muitas escolas médicas brasileiras, como a Universidade Federal de Minas Gerais que, em 1965, estabeleceu um currículo compactado, com área clínica integrada e a implantação do internato rural; ou ainda como a Universidade de Brasília que, em 1966, implantou uma nova concepção de integração de disciplinas e de cursos de saúde com integração interdisciplinar na fase pré-clínica; o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), maior fornecedor de serviços médicos, abria na década de 60, concurso em especialidades, favorecendo os profissionais especializados (Campos, 1979; Siqueira, 1991; Sobral, 1991; *apud* LAMPERT, 2002, p.118).

Este fato revelava a dicotomia entre a formação de recursos humanos e a estruturação dos serviços que criava outro tipo de demanda no mercado de trabalho. (LAMPERT, 2002).

Além destes aspectos, segundo Basile (1998 *apud* MIRANDA, 2002, p. 64) e Ferreira (1998 *apud* LAMPERT 2002, p. 119), o avanço científico e tecnológico, a especialização/subespecialização da profissão centrada na atenção hospitalar de alto custo, a substituição da prática liberal pelo assalariamento, a vinculação/submissão a convênios e seguradoras de saúde e a complexidade sempre maior de conhecimentos e metodologias no manejo do processo educacional apresentavam-se como alguns dos fatores responsáveis pela crise da educação médica contemporânea.

Estas condições, aliada ao contexto da Reforma Sanitária e à implantação do Sistema Único de Saúde no final da década de 80 faziam com que as Escolas Médicas viessem a estabelecer uma nova ética pedagógica.

A década de 90, segundo Cruz (2004), foi ainda marcada por uma grande crise na saúde pública brasileira. Superlotação nos hospitais, mortes ocasionadas por falta de vagas, déficits de profissionais, medicamentos e aparelhos, desvios de verbas, denúncias de iatrogenias e negligências eram veiculadas com frequência nos meios de comunicação. Reivindicava-se a identificação e a punição dos culpados. A figura do médico era equivocadamente responsabilizada pelos agravos e deficiências no setor da saúde.

A posição assumida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) nesta época “numa tentativa urgente de acalmar os ânimos e proteger a sociedade dos maus médicos”, foi propor a instituição de um exame no final do curso semelhante ao Exame da Ordem. No entanto, a ABEM, através de congressos e documentos, repudiou o mesmo entendendo-o insuficiente para avaliar a capacidade profissional do médico egresso (CRUZ, 2004).

Debates entre a comunidade acadêmica, dirigentes políticos e associações médicas, acabou por transparecer a idéia de que o problema da saúde não estaria vinculado apenas ao trabalho do médico, mas também às políticas que desenhavam o modelo assistencial. Porém se reconheceu que a atuação dos médicos não contemplava estas carências. Logo, a carga de responsabilidade atribuída ao médico foi também repassada aos espaços coletivos institucionais, aos serviços de saúde e às *escolas médicas* (grifo meu).

Sendo assim, em novembro de 1990, a ABEM e o Conselho Federal de Medicina (CFM), durante a realização do XXVIII Congresso da ABEM em Cuiabá (MT), decidiram criar um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico no Brasil (MIRANDA 2002; FEUERWERKER, 2002).

Nesta época, as entidades percebiam que existia uma relação entre a situação social sanitária e a crise do modelo de educação médica em vigor no país, portanto um exame de ordem não seria a lógica mais eficiente para a superação deste impasse (FEUERWERKER, 2002).

A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) encontraria, neste contexto, a condição propícia à sua criação, surgindo, portanto, em 1991, a partir de uma comissão reunida em Brasília (DF), na sede do Conselho Federal de Medicina (CFM), conforme Ata de 4 de março de 1991, com os seguintes representantes de Entidades: Conselho Federal de Medicina (CFM), ABEM, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior/Sindicato Nacional (ANDES/SN) e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) (MIRANDA 2002).

Foram estabelecidos como objetivos fundamentais: a avaliação do ensino médico brasileiro e de sua adequação às demandas médico-sociais da população, propondo medidas a curto, médio e longo prazos que viessem responder às deficiências encontradas; e ainda a criação de mecanismos permanentes de

avaliação das Escolas Médicas com a elaboração de programas de Educação Médica Continuada (Ata da 1ª reunião CINAEM, 1991, *apud* MIRANDA, 2002).

Feuerweker (2002) refere que foram selecionadas três variáveis que deveriam ser estudadas em fases/etapas no "Projeto CINAEM": Recursos Humanos, Modelo Pedagógico e Médico Formando.

Segundo Lampert (2002, p. 140), os diagnósticos das Escolas Médicas brasileiras analisadas na primeira fase do Cinaem "confirmavam a situação insatisfatória destas em relação à estrutura política e econômico-administrativa, infra-estrutura, recursos humanos, modelo pedagógico e atividades de assistência e pesquisa entre outros".

De maneira sintética, poderiam então ser divididas quatro fases do "Projeto CINAEM": a primeira fase foi considerada como de construção de identidade da instituição, de formação de relações com as Escolas Médicas e de preparo, que duraria entre três a quatro anos (1991 a 1994); a segunda fase seria dedicada a estudos longitudinais e transversais aplicados à avaliação do modelo pedagógico e de recursos humanos respectivamente, que foram realizados em oficinas nacionais e regionais contando com a participação de docentes e discentes exclusivamente; embora sem repercussão prática nas Escolas; a terceira fase foi constituída basicamente por "oficinas de trabalho envolvendo docentes e estudantes a respeito de diretrizes centrais para a proposta de mudanças nas Escolas Médicas, como o processo de formação, a docência e gestão da escola médica e a avaliação"; e a quarta, dedicada a projetos de transformação que seriam apresentados pelas Escolas Médicas e apoiadas tecnicamente por uma equipe de consultores constituída pela CINAEM (FEUERWERKER, 2002 p. 55).

Na terceira fase, foi produzido material de suma importância conceitual, que serviria para orientação dos processos futuros nas Escolas, um deles a título de exemplo, foi intitulado: "O novo processo de formação deverá ser uma estrutura centrada na comunidade, com enfoque na pessoa e suas necessidades, pedagogicamente dividida em três momentos: compreensão, significação e intervenção". (Santos, 2001 *apud* FEUERWERKER, 2002, p. 115).

Neste momento, já se articulava os campos de estágio em que o estudante seria inserido desde o início do curso, tais como unidades básicas de saúde e comunidades para a compreensão dos problemas coletivos, possibilitando a percepção das manifestações biopsicossociais dos sujeitos. Questões ainda como

tutoria e aprendizagem em pequenos grupos de estudantes também foram aí estabelecidas (FEUERWERKER, 2002).

Feuerweker (2002) ressalta ainda a aproximação entre a CINAEM e a UNI com fases de maiores e menores intercâmbios entre ambas.

Atualmente, a CINAEM é composta por 11 entidades da área médica: Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Docentes de Ensino Superior/Sindicato Nacional (ANDES/ SN), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM) (BULCÃO, 2004).

2.5 - AS DIRETRIZES CURRICULARES DO MEC

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação da Saúde (DCN's), editadas em 2001 através do Parecer nº 1.133, da Câmara de Educação Superior – CES -, do Conselho Nacional de Educação – CNE -, foram estabelecidas em consonância com a Constituição Federal de 1988, com a Lei Orgânica da Saúde e com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior – LDB nº 9.394, de 1996 (HADDAD, 2006).

Estas Diretrizes vieram reforçar a necessidade da articulação entre educação superior e o setor da saúde, tendo como objetivo formar egressos/profissionais, com ênfase na promoção, recuperação e reabilitação da saúde, além de prevenção de agravos e doenças (HADDAD, 2006).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina (2001) estabeleceram os pilares da formação curricular que as instituições de ensino superior de Medicina deveriam seguir. Um dos artigos que melhor fundamenta estas diretrizes é o artigo terceiro, que pressupõe: “A formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção”. Define também que este profissional deverá atuar com “ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade e da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania” e ainda, “como promotor da saúde integral do ser humano”.

Outro artigo que deve ser citado é o quarto, que define: “A responsabilidade de atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo”.

O artigo quinto, por sua vez, já engloba que: “O médico deverá ter os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocio-ambiental subjacentes à prática médica” e define que o mesmo deverá ter “raciocínio crítico na interpretação de dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução”, e ainda “trabalhar e atuar em equipe multiprofissional”. Neste artigo, há o parágrafo único: “A formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência”.

Destaca-se ainda o artigo doze - parágrafos 6 e 7 - dentro do contexto deste estudo, que define que a estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve ter, entre outros aspectos:

A inserção do aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional, utilizando diferentes cenários de ensino e aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional (Diretrizes Curriculares de Graduação em Medicina, 2001).

Frisa ainda este artigo:

O Curso de Graduação em Medicina deve propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao mesmo lidar com problemas reais assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida com o internato (Diretrizes Curriculares de Graduação em Medicina, 2001).

Estas diretrizes, portanto, valorizam a ética, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença/cuidado, com o objetivo de garantir formação contemporânea de qualidade, além de possuir aspecto inovador ao estimular a *inserção precoce* (grifo meu) e progressiva do estudante no SUS, o que lhe propiciaria conhecimento e compromisso com a realidade da saúde do seu país e sua região (HADDAD, 2006; MS, 2008).

Este aspecto destacava-se no discurso de Saraiva Felipe, Ministro da Saúde entre julho de 2005 e março de 2006 (2005 *apud* HADDAD, 2006, intro), que defendia a estrutura conceitual e ideológica das Diretrizes:

A aproximação entre a Universidade e a realidade dos serviços aprimorará a qualidade dos serviços prestados. Fará com que a produção acadêmica nas áreas de ensino, pesquisas e serviços, constantemente espelhada na pressão das demandas do mundo real possa se tornar mais relevante à sociedade. A verdadeira autonomia deve sim, tornar a academia menos vulnerável a pressões de caráter mais imediatistas, mas deve conectá-la cada dia mais firmemente às necessidades da sociedade (Diretrizes Curriculares de Graduação em Medicina, 2001).

Ficava patente a condição de se aproximar efetivamente a Universidade da demanda social. Este processo deveria estar aliado à reforma da educação superior, iniciada em 2004 como fruto de um amplo debate acadêmico e social, que destacava a autonomia da universidade, em relação a seus mantenedores, fossem privados ou públicos, conforme discursava Fernando Haddad, Ministro da Educação em 2005: (2005 *apud* HADDAD, 2006, intro).

A autonomia é algo que as instituições devem preservar diariamente. Não é um direito adquirido. É uma prerrogativa que se mantém pelo compromisso das instituições com a qualidade da educação. Mas, além disso, para continuar com as prerrogativas, as instituições e os cursos devem ter

avaliação positiva no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES -. Estamos propondo uma reforma da educação superior para melhorar a qualidade do ensino oferecido a nossos alunos.

Maranhão (2004 *apud* HADDAD, 2006 p. 279) refere que na evolução do ensino médico no Brasil, a importância da resolução CNE/CES n° 4/01, que instituiu as Diretrizes Curriculares, pode ser considerada como uma “quarta etapa”, a partir do momento em que a Resolução do CFE n°8/69 foi alterada, sucessivamente, pelas Resoluções do CFE n° 5/84 e CFE n° 01/89 ,consideradas primeira, segunda e terceira etapas respectivamente.

Estas resoluções estabeleceram a carga horária mínima/máxima, a distribuição das matérias em ciclos básico e profissional, o estágio obrigatório em hospitais e centros de saúde em regime de internato, com o mínimo de dois semestres do curso.

A quarta etapa, representada pelas diretrizes é considerada a mais transformadora dentre todas, sendo resultado de uma construção coletiva. Estas diretrizes permitiriam uma articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde, abandonando-se a visão centrada nas doenças, em diagnóstico e tratamento, com foco exclusivo no indivíduo.

Conforme Maranhão (2004 *apud* HADDAD, 2006 p. 280), pode-se destacar como princípios das Diretrizes Curriculares:

1. Ampla liberdade para elaboração do currículo e projeto pedagógico, na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas.
2. A ampla liberdade para indicar campos de estudo e outras experiências de ensino e de aprendizagem que comporão os currículos, evitando-se ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, que não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos, o que possibilitou:
3. Evitar o desnecessário prolongamento da duração dos cursos de graduação;
4. Incentivar uma sólida formação geral, estimulando o egresso a superar os desafios das condições de exercício profissional, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
5. Estimular práticas de estudo que favoreçam à autonomia profissional e intelectual do aluno;
6. Encorajar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do contexto escolar;
7. Fortalecer a articulação da teoria com a prática estimulando a pesquisa, estágios e a participação em atividades de extensão;
8. Estimular avaliações periódicas a fim de informar às instituições, aos docentes e aos discentes sobre o desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

As diretrizes, portanto definem uma ruptura do modelo tradicional de formação médica hospitalocêntrica, como solução, tanto para a atenção médica, como para a formação desses profissionais da saúde:

Através das DCNs enfatizou-se a perspectiva da integralidade da assistência, com estímulo à responsabilidade social e compromisso com a cidadania, além da promoção da saúde integral do ser humano. Nas competências gerais desejadas como na formação do médico destaca-se a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Os cursos de Medicina devem ainda oferecer oportunidades para complementar a formação do futuro profissional, de acordo com as DCNs. (MARANHÃO, 2004 *apud* HADDAD, 2006 p. 281).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS passou a apoiar desde 2003, ano de sua criação, iniciativas com o objetivo de implementar as DCNs nos cursos de graduação em saúde (MS, 2008).

Como exemplo, pode-se citar o financiamento do Fórum Nacional das Associações Brasileiras de Ensino das Profissões da Saúde (FNEPAS) em parceria com a Rede Unida, que foi criado em julho de 2004, com o objetivo de realizar oficinas regionais em todo o Brasil e, portanto de sensibilizar e capacitar os coordenadores de cursos da área da saúde para a renovação dos projetos pedagógicos de seus cursos.

O Fórum contou com a participação das seguintes instituições: Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Rede Unida, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e Rede Nacional de Terapia Ocupacional (RENETO).

Entre as ações principais do Fórum propostas no biênio 2005/2006 destaca-se o desenvolvimento de um projeto coletivo de cooperação técnica com o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), com a finalidade de contribuir para a mudança curricular na graduação em acordo às demandas de saúde da população e o desenvolvimento do SUS (MS, 2008).

A articulação entre o SINAES, DNC'S e o SUS expressam um exemplo da parceria entre o MS e o MEC.

Considerando a necessidade de articulação das políticas de saúde e da educação superior na orientação da formação dos profissionais de saúde, os Ministérios da Educação e da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEPS) e do Departamento de Gestão e da Educação na Saúde (DEGES), realizaram em novembro de 2005, 03 oficinas de capacitação dos avaliadores da Educação Superior de toda a área da Saúde (MS, 2008).

Estas oficinas tiveram como objetivo: discutir criticamente a articulação entre a saúde e a educação, considerando suas respectivas políticas como referenciais na formação de profissionais de saúde nos cursos de graduação; sensibilizar os avaliadores da educação superior para a importância da articulação entre a saúde e a educação, tendo como referências o SUS, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde, e por fim apresentar propostas aos Ministérios da Educação e da Saúde que possibilitem que a avaliação in loco contribua para a incorporação do arcabouço teórico-metodológico do SUS na formação dos profissionais de saúde (MS, 2008).

Avaliadores das áreas de medicina, enfermagem e odontologia, assim como das áreas de nutrição, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmácia e serviço social, além das áreas de zootecnia, agronomia, medicina veterinária, educação física e fisioterapia já participaram destas oficinas (MS, 2008).

2.6 - AS METODOLOGIAS ATIVAS

Dentre as tendências na área de Educação, as metodologias ativas de ensino são consideradas como fundamentais, uma vez que situam o aluno no centro do processo ensino-aprendizagem como o protagonista de seu próprio processo de formação.(SILVEIRA, 2006).

Spaulding (1969 *apud* KOMATSU, 2000, p. 83) e Gonçalves (2002) referem que cerca de vinte docentes desenvolveram um novo programa para o curso de medicina na Universidade de Mc Master, em Hamilton, Ontário, Canadá definida como PBL (Problem-Based Learning) ou ABP (Aprendizagem Baseada em Problemas) instituído oficialmente em 1969 após estudos preliminares de mudança curricular desde 1966.

A partir daí, a metodologia da ABP foi estendida à Universidade de Maastricht, na Holanda (Van der Vleuten & Wijnen 1990 *apud* KOMATSU, 2000, p. 83), à Universidade de Harvard, nos EUA (Tosteson et alii, 1994 *apud* KOMATSU, 2000, p. 83) e à Universidade de Sherbrook, no Canadá (Des Marchais, 1993 *apud* KOMATSU, 2000, p. 83), entre outras mais de 60 escolas ou universidades, tendo ainda sido implementada na Universidade de Cornell, nos EUA, na Faculdade de Medicina de Marília, em 1997 e na Universidade Estadual de Londrina, em 1998, ambas no Brasil.

Ultimamente, várias correntes pedagógicas passaram a utilizar metodologias de ensino que valoriza o trabalho em grupo e a busca ativa dos conhecimentos em várias fontes. No ensino superior essas novas visões pedagógicas também vêm substituindo gradativamente a metodologia tradicional de ensino, simbolizada pela aula magistral catedrática.

A SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade) realizou, em Outubro de 2005, a primeira Mostra de Medicina de Família e Comunidade na graduação, demonstrando algumas experiências do Sul e Sudeste do país em que se percebeu a potencialidade das metodologias ativas como promotoras da saúde integral do ser humano (SILVEIRA, 2006).

Toralles (2004) narra a experiência em 1998 no planejamento no curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, onde diante da insatisfação com o currículo tradicional, buscou-se uma possibilidade de ruptura por meio de duas metodologias problematizadoras. Optou-se pela Problematização e a

Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) em que ambas valorizam o “aprender a aprender”.

Segundo Berbel (1998), as duas propostas apesar de se desenvolverem a partir de visões teóricas distintas, possuíam pontos em comuns: em ambas, o ensino e a aprendizagem ocorrem a partir de problemas. Na Metodologia da Problematização, enquanto alternativa de metodologia de ensino, os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos alunos. Na Aprendizagem Baseada em Problemas, enquanto proposta curricular, os problemas de ensino são elaborados por uma equipe de especialistas para cobrir todos os conhecimentos essenciais do currículo.

Toralles-Pereira (2004, p. 787) afirma que ambas contribuem para rever o processo de ensino-aprendizagem: “A problematização, voltando-se para a construção do conhecimento no contexto de uma formação crítica; a ABP, voltando-se para os aspectos cognitivos do processo de construção de conceitos e apropriação dos mecanismos básicos da ciência”. As rupturas com a forma tradicional de ensinar e aprender, e “o estímulo à gestão participativa dos protagonistas da experiência e reorganização da relação teoria/prática” seriam conseqüências diretas destas metodologias.

Toralles-Pereira (2004, p. 780-781) chama a atenção para o papel humanizador que o ensino de profissionais de saúde deve assumir, ressaltando aí a importância das estratégias de ensino-aprendizagem problematizadoras neste processo.

Há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde. O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.[...]

Assim, na contramão do modelo dominante de ensino e de experiências novas, desenvolvidas dentro de uma visão tecnicista e alienante, as ações inovadoras, que procuram explorar novas possibilidades no contexto dos conflitos e das contradições de uma escola historicamente situada, podem mobilizar processos significativos de mudança.

Neste contexto, afirma que a multiplicidade e a não neutralidade dos métodos pedagógicos acabam por determinar não só aprendizagens científicas e conhecimentos técnicos, mas, também, valores e modelos de comportamento social.

Silveira (2006, p. 23) defende que a inserção de acadêmicos em comunidades, desde o primeiro período do Curso de Graduação de Medicina, adotando as metodologias ativas de ensino-aprendizagem constituindo-se em um eixo longitudinal dentro da estrutura curricular, desempenha um papel fundamental em sua formação.

Mendes et al (1996, p. 425), por outro lado, apontam que a inserção do ensino na Rede de Saúde Pública, vinculada à Atenção Primária, não é apresentada como meio de aquisição de todos os saberes. Para eles, a mais importante, não a única, contribuição ao futuro profissional é a capacidade de percepção dos limites da tecnologia material (equipamentos e medicamentos) e da importância da tecnologia não material (anamnese, exame físico e raciocínio clínico) na abordagem médica dos problemas de saúde, desmontando a visão preconceituosa do “comum” sendo igual ao “simples” e o “raro” como “complexo”.

Partindo do princípio que a educação médica na área clínica abrange todo o currículo e que produto final desta escola é antes de tudo um médico clínico, Zanolli (2004) argumenta que o grande desafio das escolas médicas é desenvolver nos alunos competências necessárias para se formarem bons profissionais e, portanto bons clínicos.

Para Ribeiro (2003, *apud* ZANOLLI 2004, p. 41), competência seria “a habilidade de mobilizar diferentes capacidades para solucionar com pertinência e sucesso tarefas essenciais da prática profissional, em diferentes contextos”.

Por extensão, Zanolli (2004, p.41) entende competência como sendo um conjunto de atributos pessoais: conhecimentos cognitivos (saber); habilidades (saber fazer); e atitudes (saber ser, saber conviver). Afirma ainda que esses mesmos atributos são desenvolvidos a partir de práticas reais contextualizadas conforme as Diretrizes Curriculares recomendam. Por fim argumenta que estas competências poderão ser “construídas e ou vividas pelos estudantes e apresentadas de forma real ou sistematizadas em problemas de papel ou em pacientes simulados para reflexão, com o emprego de metodologias ativas de ensino aprendizagem”.

Sendo assim, a lógica clássica de “primeiro a teoria e depois a prática” (ao final do curso) é substituída pela “ação-reflexão-ação” desde o início do curso médico (Zanolli 2004, p.43). Assim, de acordo com a visão deste autor, baseado em suas observações na prática clínica e educativa, é necessário desenvolver

competências nos estudantes desde o início do curso de modo a atingir a formação de médicos com o perfil desejado de maneira mais eficiente e prazerosa.

Na percepção deste autor, as possibilidades de aprendizagem seriam restritas se não houvesse uma motivação, um obstáculo, um problema, e o estudante teria reduzidas oportunidades de uma efetiva aprendizagem sem uma proximidade com a prática e a realidade, ressaltando então a importância do currículo dos cursos da Faculdade de Medicina de Marília passarem a ser orientados por competência, ou seja, pela prática profissional a partir de 2004 (ZANOLLI, 2004 p. 54).

Sendo assim, é importante reavaliar o conceito de Aprendizagem Significativa, no contexto das Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem. Asubel et al (1963) e Coll (2002) a definiam como aquela aprendizagem que se fundamenta em um conhecimento prévio, em uma experiência prévia ou percepção prévia, tendo o aprendiz a necessidade de se manifestar com uma predisposição não-arbitrária entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio. Referiam que não haveria dúvidas de que o aluno que iniciava uma nova aprendizagem escolar o fazia a partir dos conceitos, concepções, representações e conhecimentos que construía em sua experiência prévia, utilizando-os como instrumentos da aprendizagem.

Moreira (1982, 1999) defendeu a idéia de que é preciso mudar a aprendizagem e o ensino de forma que permita ao sujeito fazer parte de sua cultura e, ao mesmo tempo, estar fora dela, manejando a informação, criticamente, sem sentir-se impotente frente a ela; rejeitando, portanto as verdades fixas, as certezas, as definições absolutas, as entidades isoladas.

A Aprendizagem Significativa Subversiva ou Crítica, termo então criado por Moreira, (1999) foi criada no sentido de que deva existir uma postura crítica diante da realidade, não aceitando fatos, informações “fora de foco” de maneira que se possa aprender significativamente informações de real valor.

A educação, portanto, não só restrita ao âmbito da educação médica como Freire (2007, p31) argumentou, deve fundamentalmente “ter um ponto de partida e não de chegada, deve respeitar os sonhos, as frustrações, as dúvidas, os medos e os desejos dos educandos...” e, sobretudo deve “respeitar as suas experiências”.

Venturelli (1997) ao se apropriar dos conceitos de Paulo Freire, referia que o processo educacional deveria romper com a postura de transmissão de informações, na qual os alunos assumem o papel de indivíduos passivos, preocupados apenas em recuperar tais informações quando solicitados. Ressalta que, pelo contrário, a

educação teria que ser percebida e compreendida como prática de liberdade em oposição a uma educação como prática de dominação.

2.7 - A INSERÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA NECESSIDADE?

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), contribuindo desde 2005 para a implantação das Diretrizes Curriculares em todas as escolas médicas, iniciou um processo de ampla discussão sobre as estratégias para o ensino/aprendizagem na Atenção Básica (ou Primária).

Considera fundamental que o estudante de medicina participe, desde o início de seu curso de atividades junto à comunidade e em unidades básicas de saúde, e que tenham a preocupação com a qualidade e a integralidade da atenção aos pacientes e às comunidades (CAMPOS, 2005).

Uma pergunta central que se apresenta é por que o ensino na rede básica de saúde? Na implantação do SUS, houve uma transferência dos casos que antes demandava atendimento em hospitais e serviços de urgência, para a Atenção Básica.

No Curso de Medicina, a teoria e a prática podem ser desenvolvidas desde o primeiro ano. O ensino de metodologia sobre educação em saúde, visita domiciliar, epidemiologia aplicada a serviços, política e gestão em saúde, projetos comunitários e intersetoriais, todos estes itens podem fazer parte de módulos com estágios em Atenção Básica em Saúde (ABS) (CAMPOS, 2005).

O ensino da clínica veio assim incorporar-se a novos cenários onde o estudante de medicina acabaria sendo ensinado a fazer uma abordagem ampliada e singular de cada caso. Esta condição acabaria por qualificar ainda mais sua formação teórica ao estabelecer contatos com a complexa visão biopsicosócioambiental de cada paciente/família e sob a condição de trabalhar em equipe, notoriamente se esta pertencer ao Programa de Saúde da Família (PSF).

Campos (2005, p. 07) afirma ainda que valorizar o ensino na rede básica visa atender a uma demanda social “inelutável” do Brasil, e ampliar os cenários para

práticas tanto de clínica quanto de saúde coletiva significa também “honrar a promessa de bem formar profissionais”. Pressupõe, ainda, aceitar que a prática é fundante da formação e que há experiências que nenhum livro pode fornecer. De acordo com o autor os problemas que o SUS atende são problemas também para as Escolas Médicas e que, não se formam ainda médicos com competências e habilidades para o exercício de atividades essenciais ao sistema e à saúde dos brasileiros. Por fim, observa que a Atenção Básica não se desenvolverá se “não contar com milhares de médicos capacitados para trabalhar em equipe, exercer uma clínica ampliada, participar de projetos coletivos e que estejam abertos para continuar aprendendo”.

2.8 - A VISÃO DO DISCENTE

A visão do discente em relação à aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde é um aspecto fundamental na avaliação dos resultados das transformações curriculares das escolas médicas.

Neto et cols (2004) analisaram a percepção e o comportamento, condizente ou não com as novas diretrizes curriculares, dos alunos da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) a respeito da implementação do novo currículo que foi aí instituído desde o primeiro semestre do ano de 2001.

Como método foi utilizado um questionário contendo quinze perguntas aos discentes do 3º ao 9º períodos, nos meses de setembro a novembro de 2003, respondido espontaneamente por cada aluno, sem necessidade de identificação. De um total de 539 alunos matriculados do 3º ao 9º períodos, 468 alunos responderam, representando 86,83% do total. Resultados: 82,6% conheciam parcial ou totalmente os motivos da reforma; 57,2% concordavam com o andamento dos trabalhos; 59,6% referiam não ter tido oportunidade de opinar; 59,6% estavam insatisfeitos com as medidas tomadas até aquele momento; 65,7% sentiam-se insatisfeitos quanto às informações sobre o andamento dos trabalhos.

A conclusão deste trabalho assinalou que “os alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora se mostravam motivados e dispostos a colaborar com as medidas propostas pelas novas diretrizes curriculares; porém, sentiam-se desinformados quanto ao processo de implementação, insatisfeitos quanto às medidas tomadas até aquele momento e inseguros quanto aos resultados a serem obtidos” (NETO et cols, 2004 p.1).

Alguns dados interessantes na aplicação deste questionário, ao contemplar a “opinião do discente, especificamente sobre a diretriz curricular que aborda a necessidade da formação de médicos generalistas”, revelaram que 38,1% concordam, mas não apóiam; contra 36,4% que concordam e apóiam (NETO et cols, 2004 p. 13).

Dados referentes sobre a “avaliação discente em relação aos prováveis resultados a serem alcançados com a reforma do curso médico” revelaram que 27,1% acreditam que a FM formará profissionais capacitados, com melhor desempenho e mais humanizados; 32,8% entendem que a FM formará profissionais com baixo conteúdo teórico/prático, com queda no nível de informação, ou ainda 24,0% que não percebem alterações substanciais (NETO et cols, 2004 p. 17).

Em relação aos dados sobre “qual opção pedagógica o aluno sugere para seu professor utilizar para ministrar os conteúdos”, 9,0% optaram pela pedagogia da transmissão, 3,0% pela pedagogia do condicionamento e 36,4% pela pedagogia da problematização. (NETO et cols, 2004 p. 11)

Ao justificarem as razões para a realização desta pesquisa, os autores afirmam que “a implementação das novas diretrizes voltadas à formação médica requer, inevitavelmente, um processo contínuo de organização capaz de informar e integrar a comunidade envolvida”. Além disto, as instituições públicas de ensino devem “elevar a consciência do estudante de medicina em relação aos indicadores sanitários do Brasil, construir um ensino voltado para as necessidades de saúde da população e em sintonia com o sistema público de saúde” (Ferreira 2000 apud NETO et cols, 2004 p. 4). Portanto, justificam estes autores seria “indispensável um profundo conhecimento por parte dos alunos e professores sobre os motivos que levam à implantação dessas diretrizes”.

Em recente artigo que ressalta a grande proximidade com o tema deste estudo, Ferreira et cols (2007) analisaram a aprendizagem na Atenção Básica em Saúde de acadêmicos de medicina da primeira e segunda série. Foi analisada a percepção sobre as ações em saúde que desenvolvem com a comunidade de Marília (SP) em uma Unidade Educacional de Prática Profissional (UPP) que é parte do novo currículo da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) desde 2003.

Optou-se pela abordagem qualitativa com a utilização da técnica de grupo focal. A partir da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, foram construídas quatro categorias empíricas comuns às duas séries: a construção do conhecimento no cotidiano das ações de saúde; a contribuição social do estudante; o aprimoramento das relações e o olhar para as diversidades. Houve ainda duas categorias referentes à segunda série: a formação de um novo olhar sobre o SUS e a ampliação dos cuidados a partir de necessidades de saúde.

Foram utilizadas três questões: A - Fale sobre as atividades que vocês realizam na UPP? (Unidade de Prática Profissional); B - O que significam para vocês estas atividades?; C - Quais as atividades que vocês realizaram com a comunidade esta semana na ABS, e o que estas representam para vocês?

Ferreira et cols (2007) verificaram que houve percepções comuns entre os estudantes das duas primeiras séries que desenvolvem atividades no cenário da ABS, principalmente em relação a seu próprio crescimento pessoal e profissional a

partir dessa experiência. As categorias empíricas construídas neste estudo verificaram a capacidade transformadora que a UPP possibilita aos estudantes de Medicina da Famema. Este fato, segundo os autores, pode ser justificado pela inserção e atuação em um contexto real da prática profissional, como a ABS, em que há o relacionamento com a comunidade e o desenvolvimento de uma formação profissional construtora de saberes críticos, reflexivos e significativos.

Verificou-se ainda que a atuação prática foi considerada um elemento motivador para a construção do conhecimento. Os estudantes reconhecem uma nova concepção de aprendizagem, na qual utilizam capacidades prévias e buscam novos conhecimentos cognitivos, afetivos e psicomotores diante das situações cotidianas, o que acabaria permitindo a construção de novos saberes. Estas perspectivas contrapõem a idéia de que uma sólida base científica deve anteceder a prática

Foi verificado que os estudantes reconhecem o trabalho com a comunidade como facilitador do desenvolvimento das relações interpessoais, que são essenciais para sua formação. “Podemos observar uma qualificação da relação estudante-paciente, questão diretamente relacionada à humanização da atenção”, referem os autores. A mudança na relação permite aos estudantes a construção de uma “nova” imagem do profissional médico perante a comunidade de forma menos autoritária, defendem os mesmos (Ferreira et cols, 2007, p. 56).

As falas dos estudantes evidenciaram o respeito às características individuais, sociais e culturais da comunidade, demonstrando a valorização do outro na relação do cuidado. Segundo estes autores “esta aprendizagem reposiciona a dimensão da prática, que traz a ação e a reflexão como elementos fundamentais para a aprendizagem, e é percebida pelos estudantes como diferente da aprendizagem exclusiva nos livros” (Ferreira et cols, 2007, p. 57).

Os estudantes evidenciaram a necessidade de políticas públicas mais eficientes e a falta de integração das ações públicas. Os autores perceberam que os estudantes estariam vivendo o SUS e, ao mesmo tempo, contribuindo para a qualificação e o fortalecimento da rede básica, em Marília, a partir do momento em que ampliam o olhar e procuram atender as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

A percepção da integralidade no cuidado do paciente também foi percebida. A visão da realidade das pessoas, suas condições de vida, cultura e costumes

favorecem a construção de uma nova concepção do processo saúde-doença determinada pelo modo de vida e trabalho das pessoas.

Por fim, os autores reconhecem que há uma preocupação com uma prática integradora nas situações vivenciadas pelos estudantes, sustentada pela ação-reflexão-ação dos atores dessa prática em um mundo real – uma construção social – que envolveria conflitos, contradições, interações e problemas sociais, culturais e do trabalho. Definem ainda o papel social e a importância da Unidade Básica que cumpriria “o objetivo básico da socialização dos estudantes”, incorporando-os ao mundo do trabalho, e desenvolvendo, além de conteúdos, idéias, habilidades, e a formação de disposições, atitudes, interesses e comportamentos que comporiam seu perfil profissional. (Ferreira et cols, 2007, p. 59).

2.9 – PROMED

Dando continuidade ao processo de reforma curricular na formação de profissionais de saúde, o Promed - Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina - foi criado para incentivar escolas médicas de todo o país a realizarem mudanças curriculares nos seus cursos. O projeto foi iniciado em março de 2002, através de uma parceria do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Em novembro de 2002, o então Ministro da Saúde, Barjas Negri homologou os resultados das 20 escolas de medicina selecionadas pelo Programa, dentre 55 propostas de mudanças curriculares. Esta escolha foi feita por uma comissão composta por docentes de notório saber e experiência em educação médica e representantes do Conselho de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. Entre as escolas selecionadas, destaco a Fundação Educacional Serra dos Órgãos, doravante denominada UNIFESO a partir de 2006, cenário de pesquisa neste estudo (MS, 2002).

As escolas selecionadas foram: Universidade Federal de Goiás, Fundação Universidade de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de Roraima, Universidade Federal de São Paulo, Universidade de Ribeirão Preto, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal Fluminense, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Marília, Universidade Estadual de Montes Claros, Universidade Federal de Juiz de Fora, **Fundação Educacional Serra dos Órgãos**, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul e Universidade Federal de Santa Catarina (MS, 2002).

O principal objetivo do programa, segundo o Ministério da Saúde – MS - (2002), seria “capacitar melhor os estudantes de medicina para atender os principais problemas de saúde da população, de acordo com a nova realidade de funcionamento do SUS”. Para isto, seria necessário que os cursos de medicina estimulassem a formação de médicos com “competência geral” para a ampliação de programas de atenção básica como o PSF, com aulas extraclasse, não se restringindo apenas a hospitais universitários.

A contratação de consultores, realização de oficinas, atualização dos professores e a compra de material de ensino nas escolas selecionadas, foram alguns dos itens prioritários de investimento deste programa.

O MS (2002) afirmava que o Brasil teria 92 faculdades de medicina que formavam por ano 7,5 mil médicos, e, de acordo com estudo da Cineaem, (s/data *apud* MS, 2002), “os recém-graduados em medicina no Brasil terminam o curso com apenas metade dos conhecimentos que deveriam ter e a residência médica se tornou uma continuidade natural da graduação”.

Fundamentalmente, o programa recomenda as seguintes mudanças pedagógicas: ênfase na medicina preventiva, valorizando o conceito de saúde em detrimento da doença; valorização na humanização do atendimento com a formação de uma base ética sólida; incentivo ao ingresso dos futuros médicos em ações de atenção básica, dando prioridade ao Programa Saúde da Família; e promoção à abertura dos serviços universitários à demanda do SUS.

Segundo Haddad e Felipe (2006, *apud* HADDAD, 2006, intro), respectivamente Ministros da Educação e Saúde no ano de 2006, a Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de novembro de 2005, que instituiu a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde, para a formação e desenvolvimento de profissionais nesta área, vêm estabelecendo uma política articulada de educação na saúde, desde a educação básica, passando pelo ensino técnico profissional, graduação e pós-graduação lato e *stricto sensu*.

Este fato vem alterando, segundo estes autores, a dissociação que havia entre formação de profissionais de saúde de nível superior e as necessidades de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde:

Ao Ministério da Educação compete dentre outras ações, definir as políticas de formação da educação superior, regular as condições de sua oferta e avaliar a qualidade dessa formação; e, ao Ministério da Saúde, dentre outras ações, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Entretanto, por muito tempo, houve dissociação entre formação de profissionais de saúde de nível superior e necessidades de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde – SUS (2006, *apud* HADDAD, 2006, intro).

Haddad, e Felipe (2006, *apud* HADDAD, 2006, intro) afirmam ainda que, atualmente, há um amplo movimento nacional e internacional que acrescenta ao investimento em infra-estrutura e tecnologia – considerado sinônimo de desenvolvimento da atenção à saúde, em décadas anteriores – a importância da formação dos profissionais da saúde na qualidade do atendimento e na

consolidação do sistema de saúde, ressaltando que no ano de 2006 a OMS elegeu para o Dia Mundial da Saúde o tema Recursos Humanos.

2.10 - PRÓ-SAÚDE

Reafirmando e incentivando os processos de transformação, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC), estabeleceram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE em novembro de 2005, através da Portaria nº 2.101/05, tendo como objetivo: apoiar projetos de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia (MS, 2005)

O Pró-Saúde pode ser entendido como a consolidação de uma política intersetorial entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação para a formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da Saúde quando então os Ministros de Estado da Saúde, Saraiva Felipe e da Educação, Fernando Haddad assinaram além da portaria supracitada, as Portarias 2117/05 e 2118/05 que instituíam respectivamente, a cooperação técnica entre os dois ministérios para a formação de recursos humanos na área da saúde, tanto no nível técnico quanto no nível superior; e a residência multiprofissional.

Inspirado no Promed, possui como eixos fundamentais: a realização do ensino em ambientes reais onde se dá a assistência à saúde pelo SUS; o estabelecimento de papéis mais ativos para os estudantes através da mudança de metodologia; e a modificação do objeto do ensino, que não deve ser apenas a doença já instalada, mas focada na produção social da saúde como síntese de qualidade de vida (MS, 2005). Um dos seus objetivos fundamentais pode ser assim citado:

[...] reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS. (M.S 2007, p. 13).

É uma iniciativa que visa a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, representadas no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família. Representa a consciência da importância dos trabalhadores da área de saúde que vivem uma crise devido ao distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde. (MS, 2007).

A histórica falta de articulação entre as políticas da educação e as da saúde é uma das questões recorrentes levantadas com relação à formação de recursos

humanos na área da Saúde. A assinatura da Portaria Interministerial nº 2.118, pelos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, em novembro de 2005, instituindo parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde transformaram esta condição.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a formação de profissionais que promovam uma assistência mais humanizada e de alta qualidade, terá mais resolutividade e impacto até mesmo para os custos do SUS, na medida em que a experiência internacional aponta que profissionais gerais são capazes de reduzir custos em 4/5 dos casos, sem recorrer a propedêutica complementar, que apresentam custos cada vez mais elevados.

O Pró-Saúde amplia o projeto inicial de implementação das DCNs nos cursos de medicina assim como o Promed, ao englobar também a enfermagem e odontologia. A ação focada nestas três áreas da formação em saúde destinava-se a suprir uma enorme demanda imediata por profissionais capacitados a atuar no PSF, que embora em 2005 estivesse implantado em aproximadamente 84% dos 5.560 municípios brasileiros, possuía como um de seus pontos mais críticos, a inadequação de recursos humanos (MS, 2005).

O apoio do Ministério da Saúde à expansão de projetos de transformação de ensino e aprendizagem nestas escolas é visível ao afirmar que: “o Brasil tem uma notável experiência em aproximação entre a academia e serviços, mas essa, ainda, está muito aquém do que seria necessária” (MS, 2005).

Entidades como Conselho Nacional de Secretários municipais de Saúde – Conasems-, Organização Pan-americana de Saúde – Opas -; CFM, Conselho Federal de Odontologia – CFO -; Conselho Federal de Enfermagem – COFEN -; Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM -; Associação Brasileira de Ensino Odontológico ABENO; Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn -; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM -; Deneo e Associação Brasileira de Odontologia - ABO - participaram na elaboração do Pró-Saúde em Reunião de Trabalho, realizada no Ministério da Saúde, em Brasília em 2005 (MS, 2005).

O apoio do Ministério da Saúde a estas transformações no ensino pode ter como exemplo a criação do Curso de Ativadores, quando o DEGES/SGTES juntamente com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz

e a Rede Unida organizaram-se em 2005 para oferecer um curso de especialização em ativação de processos de mudança para docentes e profissionais de saúde vinculados à formação de graduação em saúde. Este curso utilizou atividades educacionais presenciais e à distância, orientadas por metodologias ativas, segundo uma abordagem construtivista da educação. Partia do pressuposto que o reconhecimento da diversidade de contextos e de projetos ético-políticos existentes nas escolas “é um dos pilares para o desenvolvimento de uma construção coletiva, colaborativa e negociada de novas práticas pedagógicas e assistenciais”. Sustentava-se ainda na idéia fundamental de que “a implementação das diretrizes curriculares, pelo lado da educação, e a adoção da integralidade como eixo orientador dos processos de formação, pelo lado da saúde, são os eixos da política para a mudança na graduação das profissões de saúde”. Amparava-se ainda no AprenderSUS, lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde e da Educação, definido como um conjunto de estratégias para viabilizar e fortalecer as relações de cooperação entre instituições de educação superior e o sistema de saúde em todos os âmbitos (ensino, produção de conhecimentos e prestação de serviços. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005, p.3-5).

2.11 - EDUCAÇÃO PERMANENTE

Apesar da criação de programas com o objetivo de melhorar a formação em saúde e, dessa forma, consolidar o SUS, tais como: Capacitação e Formação em Saúde da Família, Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus), Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) e o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed) e o PRÓ-SAÚDE; o Ministério da Saúde percebeu que ainda seriam necessários outros incentivos a transformação das práticas educativas e das ações e serviços do SUS. Sendo assim, defendeu a idéia de usar a educação permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS (MS, 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída então pela Portaria GM/MS nº 198, em fevereiro de 2004, tendo sido alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, em agosto de 2007, que estabelece novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (MS, 2007).

A educação permanente é considerada como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde. Utiliza-se da Aprendizagem Significativa uma vez que percebe a possibilidade de transformar as práticas profissionais através de perguntas e respostas que são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam (MS, 2005; MS 2007).

A educação permanente possibilitaria, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, reforçaria a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social.

A proposta da educação permanente é atuar em todos locais englobando vários saberes, portanto de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, mas, sobretudo de forma democrática. O desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento, são fundamentais em seu eixo da ação.

Tem como sujeitos prioritários as equipes que atuam na atenção básica, nas urgências e emergências; na atenção e internação domiciliar e na reabilitação

psicossocial; além do pessoal encarregado da prestação de atenção humanizada ao parto e ao pré-natal, e que atuam em hospitais universitários e de ensino.

Possui como objetivo final garantir uma atenção à saúde de qualidade, promovendo a autonomia da população em relação a sua própria saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, além de favorecer o exercício da participação popular e do controle social das políticas públicas para o setor (MS, 2005).

Segundo a OMS, a Educação Permanente em Saúde deverá ser construída em cada localidade do País e realizada por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Os Pólos seriam instâncias colegiadas que serviriam para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. Constituiriam-se como participantes os gestores estaduais e municipais de saúde, as instituições de ensino com cursos na área da Saúde, os hospitais de ensino, as organizações estudantis da área da Saúde, os trabalhadores de saúde, os conselhos municipais e estaduais de saúde e os movimentos sociais ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

O Ministério da Saúde parte da idéia central de que os pólos de Educação Permanente sejam “rodas” para a gestão da Educação Permanente em Saúde não havendo um comando vertical e obrigatório, uma vez que na roda todos poderiam influir e provocar movimento (MS, 2005; MS, 2007).

Os Pólos são definidos então como espaços de planejamento, gerenciamento e apoio, cujo papel é transformar as diretrizes gerais da política de educação na saúde em iniciativas práticas que retratem a realidade local.

São considerados objetivos dos Pólos formular e integrar ações de educação em serviço ou formação para usuários, dirigentes de ações ou unidades, gestores públicos, professores, estudantes e trabalhadores da área da Saúde, agentes sociais e parceiros intersetoriais; provocar processos de transformação das práticas de saúde e de educação na saúde; formular políticas de formação e desenvolvimento em bases locais; estabelecer relações com outros Pólos, formando redes estaduais e uma rede nacional de Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Há ainda o Colegiado de Gestão do Pólo que é uma plenária onde participam todas as instituições que aderirem à proposta e constitui-se no espaço de pactuação das ações que são realizadas em cada região. Entre os participantes deste

colegiado estão um Conselho Gestor que deve ser constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (COSEMS), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, dos trabalhadores de saúde e representantes dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde, formalizado por resolução da Câmara de Educação Superior (CES). Por fim, o MS define que todos os municípios do País devem estar ligados a um Pólo de Educação Permanente em Saúde.

A partir da implementação do Pacto de Gestão em 2006, foi realizado um trabalho de pactuação nas diferentes instâncias da gestão federal do SUS, para adequação de diretrizes e sua operacionalização, assim como da regulamentação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde frente ao Pacto pela Saúde.

Sendo assim foi editada em 20 de agosto de 2007, após a aprovação no Conselho Nacional de Saúde, a Portaria nº 1996 que dispõe sobre as novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O texto final incorporou a contribuição de Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e de instituições como o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS) (MS, 2005).

A partir da edição desta portaria ficou estabelecido que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais procurando superar suas desigualdades, assim como, identificar as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação nesta área.

2.12 – SINAES

Com o objetivo de obter parâmetros essenciais para a avaliação dos cursos de graduação, quanto a qualidade, a relevância e a adequação da formação em nível superior às necessidades de desenvolvimento do país, foi criado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, Lei nº 10.861/2004, através da parceria entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde (HADDAD, 2006).

Operacionalizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP/MEC, por meio da Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior – DEAES, o SINAES além de ser considerado como uma estrutura fundamental de regulação e melhoria da qualidade, estabelece também um papel indutor fundamental para o processo de mudanças na formação profissional em saúde, em demanda aos interesses e necessidades da população (MS, 2007).

Entre as ações que o SINAES deve estabelecer estariam a análise dos projetos pedagógicos, dos currículos, do corpo docente, das instalações, dos campos de aprendizagem e do desempenho dos estudantes através do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes –ENADE - de forma a assegurar o aperfeiçoamento das políticas de formação de recursos humanos em saúde, na perspectiva do SUS (HADDAD, 2006).

Seminários realizados em várias regiões do Brasil em 2007 tiveram como objetivo a sensibilização e mobilização de coordenadores e avaliadores da educação superior para a importância do SINAES e a integração entre o ensino e o SUS.

Nestes foram debatidos os seguintes temas: processos formativos em consonância com os princípios e diretrizes do SUS; o fortalecimento da Atenção Básica; DCNs para a área; Pacto pela Saúde; estratégias articuladas visando a integração educação-trabalho em saúde; e processos avaliativos do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais –INEP -, como indutores de mudanças na formação profissional em saúde (MS, 2007).

Tanto o MS como o ME reconhecem que a realização destes Seminários/Oficinas em parceria possibilita mudanças nas práticas do trabalho em saúde através da educação. (MS, 2007).

O desafio do sistema federal de educação superior brasileiro através deste sistema de avaliação será de identificar e valorizar, na prática, os elementos que levam à formação de profissionais aptos a prestar atenção à saúde de forma resolutiva e integral nestes cursos. (MS, 2007).

2.13 – ENADE E PROUNI

Instituído em 2004, tendo como propósito oferecer contribuições para o planejamento estratégico que orientem as políticas públicas para expansão do ensino médico e sua ordenação na integração com o Sistema Único de Saúde, o ENADE - Exame Nacional do Desempenho dos Estudantes; o CES - Censo da Educação Superior e o ENC - Exame Nacional de Cursos, constituem ferramentas preciosas para estudo das trajetórias dos cursos de graduação em medicina (HADDAD et al, 2006).

Haddad et al (2006), baseando-se na análise dos exames supracitados e no censo de 2004 complementados pelos dados do IBGE, realizou estudos identificando a demanda de candidatos para o curso médico e o crescimento dos mesmos; a distribuição regional; a dependência administrativa das instituições; e o perfil dos alunos que ingressaram e concluíram o curso médico.

Na análise do ENADE – 2004, ainda por Haddad et al (2006), foram considerados a auto-avaliação feita pelo estudante, o grau de independência financeira, o grau de escolaridade dos pais, as características e hábitos de estudo que contribuem para a aprendizagem. Em relação ao Censo, o percentual de concluintes por ano de ingresso (1991 – 1999); a relação ingressante/concluinte por gênero (1998 – 2004); o número de concluintes por gênero (1991 – 2004); o número de candidatos e ingressantes por gênero (1998 – 2004); a evolução da relação candidatos/ingressantes por gênero (1998-2004) e por fim, faixa etária dos ingressantes por categoria administrativa (2004).

Entre os resultados verificados destacam-se a forte presença da mulher no curso médico nos últimos anos – Feminização da medicina, tendência esta presente na educação brasileira e na de outros países ocidentais.

A segunda tendência observada foi a de “elitização dos alunos das instituições privadas, decorrente da oferta crescente de vagas, associada à queda do número de candidatos no setor privado, ao novo perfil dos alunos egressos do Ensino Médio e aos altos valores cobrados nas mensalidades”. Apesar deste aspecto sugerir uma possível queda nos preços das instituições devido a um aumento do número de vagas e diminuição de candidatos, a tendência, seria ainda de elitização uma vez que esta queda ainda não seria suficiente para tornar as instituições de ensino em Medicina mais acessíveis devido ao perfil econômico dos estudantes do ensino médio que é baixo (HADDAD et al, 2006, p. 304).

O PROUNI - Programa Universidade para Todos - criado pela MP nº 213/2004 e institucionalizado pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, com alunos egressos do Ensino Médio oriundos de escolas públicas e o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES –, no entanto, são instrumentos voltados a compensar este aspecto, democratizando o acesso à essas vagas. O FIES é um programa do Ministério da Educação – MEC - destinado a financiar a graduação no Ensino Superior de estudantes que não têm condições de arcar integralmente com os custos de sua formação. Para serem candidatos ao FIES, os alunos devem estar matriculados em instituições não gratuitas, cadastradas no Programa e com avaliação positiva nos processos conduzidos pelo MEC.

O PROUNI tem como finalidade a concessão de bolsas de estudos integrais e parciais a estudantes de baixa renda, em cursos de graduação e seqüenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior, oferecendo, em contrapartida, a isenção de alguns tributos àquelas que aderirem ao Programa.

A democratização das instituições públicas foi o terceiro aspecto observado. A partir da política de cotas poderá haver uma mudança do perfil do aluno do curso de medicina das instituições públicas, já que, em sua maioria, hoje eles são oriundos de escolas privadas.

Uma quarta tendência observada, decorrente do alto nível socioeconômico desses alunos, foi o acesso da maioria à Internet e a outros meios de comunicação, que em conjunto ao domínio da língua inglesa, facilita o uso de tecnologia de comunicação e informação, tanto no ensino presencial como a distância (HADDAD et al, 2006).

O estudo constatou que os questionários do ENADE são um importante instrumento de coleta de dados principalmente por trabalhar com o aluno ingressante e concluinte, e por sua periodicidade.

A regionalização do PROUNI com a possibilidade do aluno carente estar próximo à sua moradia, facilitando sua fixação na região de origem, seria uma possibilidade de seu uso como instrumento de transformação e de justiça social. Sendo assim, este Exame pode se constituir como uma forma de se estudar um planejamento estratégico para a formação de recursos humanos para a saúde a médio e longo prazo, tanto em sua formação inicial como continuada, que em conjunto à implementação das Diretrizes Curriculares, do PROSAÚDE e das

avaliações pelo SINAES, poderão efetivamente levar à uma articulação do ensino em saúde com o SUS (HADDAD et al, 2006).

2.14 – A HISTÓRIA DA INSTITUIÇÃO: DA FESO AO UNIFESO

Em 1966, a Fundação Educacional Serra dos Órgãos surgia por iniciativa de setores e instituições da sociedade de Teresópolis, dentre os quais: Loja Maçônica, Lions Clube, Rotary Clube, Associação Comercial, Industrial e Agrícola, Academia Teresopolitana de Letras, Prefeitura, Sociedade de Ciências Médicas, Clube de Diretores Lojistas, Casa de Portugal, Beneficência Portuguesa, Câmara Municipal, Teresópolis Jornal, Rádio Teresópolis, Sindicato dos Empregados da Construção Civil e Sindicato dos Empregados no Comércio (UNIFESO, 2008).

Foi organizada, naquele ano, como Fundação de Direito Privado sem fins lucrativos pelo Decreto Municipal nº 2/66, passando a ser reconhecida como de Utilidade Pública Municipal três anos depois, pelo Decreto nº 98/6, tendo como objetivo inicial o fortalecimento do sistema educacional de Teresópolis do ensino Básico ao Superior (UNIFESO, 2008).

Criada pela Fundação Educacional Serra dos Órgãos em 1970 e reconhecida em 1975, a Faculdade de Medicina de Teresópolis marcava o início da atuação da FESO e acompanhava o processo de expansão do ensino superior do Brasil, principalmente na região sudeste, no final dos anos 60 e início dos anos 70 (UNIFESO, 2008).

Além da atividade acadêmica, firmava-se o compromisso da Instituição com a comunidade através do Hospital Municipal da Prefeitura de Teresópolis que, em função de um convênio firmado com o governo municipal em 1972, seria transformado em Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano – Hospital Universitário, sendo que até hoje, cada vez mais, é o principal centro de atenção hospitalar de Teresópolis, atendendo a 80% de demanda hospitalar do município e considerado referência para os municípios vizinhos (UNIFESO, 2008).

Cinco anos após a criação do curso de Medicina, a FESO criava na área de Ciências Sociais, as Faculdades de Administração e de Ciências Contábeis, autorizadas em 1975 e reconhecidas em 1979. Ainda em 1983, criou o Centro Educacional Serra dos Órgãos (CESO), que se tornaria referência na área do Ensino Básico no município. A partir da expansão do Hospital, que demandava formação de mão-de-obra específica para a área da Saúde, criaria a Faculdade de Enfermagem, em 1985.

Em 1994, elabora seu projeto de Faculdades Unificadas, criando uma estrutura planejada e adequada ao seu desenvolvimento com o estabelecimento de

metas de longo prazo. Objetivando um modelo universitário de organização, surgiria o Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, atualmente uma pró-reitoria, com funções de promover cursos de especialização e aperfeiçoamento para as comunidades interna e externa além de incentivar uma política de pesquisa com atividade de extensão (UNIFESO, 2008).

Incorporando-se à área de tecnologia, criou em 1994 o curso de Tecnologia em Processamento de Dados, atualmente Ciência da Computação. Estabeleceu ainda, em 1998, o curso de Pedagogia, ampliando a atuação na área das Ciências Humanas e Sociais. Em 1996, criou a Universidade da Terceira Idade – UNIVERTI, considerada uma iniciativa pioneira na região e de grande relevância sócio-cultural.

Em 1997, foi criado o Centro Cultural FESO/Pro Arte com o objetivo de promover eventos e estimular o desenvolvimento das artes e da cultura em Teresópolis a partir da incorporação da Fundação Theodor Heuberger – Pro Arte -, considerado um dos patrimônios culturais de Teresópolis.

Ainda em 1997, foi criado o curso de Medicina Veterinária e Fisioterapia, e em 1999, consolidam-se os Centros de Ciências Biomédicas (CCBM) — atualmente Centro de Ciências da Saúde (CCS) — e de Ciências Humanas e Sociais (CCHS), com intuito de reunir os cursos de graduação em áreas afins. No mesmo período, dois novos cursos: Odontologia e Direito.

Aos 40 anos de existência, no ano de 2006, as Faculdades Unificadas Serra dos Órgãos foram credenciadas como Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO, através da Portaria 1.698, de 13 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União –DOU- Seção I, de 16 de outubro de 2006. Ainda neste ano, o curso de Ciência da Computação foi transferido do CCHS para o novo Centro de Ciências e Tecnologia (UNIFESO, 2008).

Atualmente, o UNIFESO se consolida como uma das mais importantes instituições educacionais do Estado do Rio de Janeiro com a construção de prédios, laboratórios, bibliotecas e a aquisição de equipamentos além de incorporar um novo processo de ensino-aprendizagem altamente dinâmico e participativo (UNIFESO, 2008).

2.15 - MUDAR É PRECISO: O PROJETO DE MUDANÇA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DO UNIFESO

A Faculdade de Medicina de Teresópolis (FMT), à época de sua criação, tinha como base o modelo de formação médica predominante no mundo, ou seja, o modelo flexneriano, centrando seu currículo no hospital e nas enfermarias (MIRANDA, 2004; FESO, 2004; UNIFESO, 2008).

Ainda na década de 70 e contrariando a Resolução 8 do CFE, que possibilitava a composição de um currículo pleno e regulamentava os conteúdos mínimos e a duração para os Cursos de Medicina, a FESO mantinha-se amparada ao currículo tradicional e incorporava a medicina preventiva, com quatro disciplinas (MIRANDA, 2004).

Miranda (2004) destaca que a FESO, representando a FMT, sempre teve participação na ABEM desde o início da década de 90 com a participação em Fóruns de Ensino Médico, além da inserção no projeto Cinaem, fatos estes que acabavam por promover a discussão sobre a educação médica internamente.

Estes aspectos contribuiriam para a reestrutura de seu projeto pedagógico em 1998, que determinaria entre outros aspectos, “a ampliação de aulas práticas; a ampliação do internato para 18 meses; a inserção precoce do aluno na vida profissional; a integração da prevenção às quatro áreas básicas e a tutoria no internato” (MIRANDA, 2004 p.71-72).

Estas propostas apontavam para a necessidade de orientar o curso de graduação em Medicina para a terminalidade, ou seja, a formação em si do egresso, conforme Ata do Conselho Departamental (Ata do Conselho Departamental, 1997 *apud* MIRANDA, 2004 p. 72)

Nesta fase, a FMT tinha por objetivo formar um médico geral com qualificação e competência para atuar nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e de Prevenção; e que tivesse ainda ao término do curso, autonomia de conhecimentos que lhe permitiriam a inserção no mercado de trabalho.

Entretanto, como observa Miranda, (2004, p. 73), “até este momento as mudanças introduzidas haviam sido consideradas necessárias, burocráticas, e pouco motivadoras”.

Em 1983, aprofundando a relação comunidade-instituição foi criada pela FMT a primeira Unidade Básica de Saúde (Beira Linha), que teria o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação em cuidados primários da saúde. Esta Unidade serviu de cenário de prática para alunos do Curso de

Medicina, estendido posteriormente, aos Cursos de Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia. A implantação do Programa de Agentes Comunitários - PAC- com atuação de discentes na comunidade (Campos, 1983:8 *apud* MIRANDA, 2004 p. 75), além do Internato em Saúde da Família foram considerados marcos fundamentais no processo de transformação curricular que a Instituição iria experimentar em futuro próximo. O objetivo de oferecer treinamento e formação em atenção básica de forma articulada ao SUS com incremento da associação ensino-trabalho, em contraposição a um internato exclusivamente hospitalar, já foi aí estabelecido.

Nesta fase Miranda (2004) já ressaltava as dificuldades identificadas no processo de transformação, tais como:

[...] falta de recursos humanos para atuação docente/assistencial nas Unidades Básicas de Saúde; ausência de uma rede de atenção básica no município com PSF implantado; preconceito quanto à atenção básica vista como política compensatória, “medicina de posto de saúde para pobres”; interesse pessoal dos internos em realizar internato fora da IES; aspectos gerenciais administrativos referentes aos recursos humanos para atuar na rede do SUS com capacitação docente; resistência de docentes das áreas básicas em atuar em novo modelo de atenção, como no programa de saúde da família (MIRANDA, 2004 p.76).

E na sua resolução propunha as seguintes estratégias para superação das dificuldades apontadas:

[...] trabalho de esclarecimento e conscientização dos docentes e discentes; estabelecimento de parceria com as Prefeituras de Sumidouro e Teresópolis por meio de convênios que viabilizariam a implantação do PSF nestes municípios; capacitação de médicos da rede SUS para atuação no PSF e como docente vinculados a IES, e implantação de um sistema de supervisão aos profissionais do PSF e ao internato por docentes específicos das áreas básicas de Medicina Preventiva, Clínica Médica, Pediatria, Toco - Ginecologia, Psicologia, Nutrição e Enfermagem (MIRANDA, 2004 p.76).

Miranda, (1997 *apud* MIRANDA, 2004) ainda resalta a importância do trabalho desenvolvido pelas unidades básicas de saúde da FESO da Beira Linha e de Vargem Grande que iriam garantir um acúmulo de experiência em atenção básica e em projetos pedagógicos específicos na década de 80. Estes fatos favoreceriam a implementação do Pólo de Capacitação para o Pessoal do PSF do Estado do Rio de Janeiro, do Ministério da Saúde em 1998, tendo a FMT sido selecionada, através de concorrência pública, tornando-se o mesmo um importante instrumento loco-regional de capacitação de RH para o PSF no Estado do Rio de Janeiro.

Esta parceria permitiu um novo movimento no processo de transformação com a realização de duas Oficinas de trabalho que seriam fundamentais na futura reorganização curricular: a primeira sobre Capacitação Docente em Metodologia Problematizadora, com o objetivo de transformar o currículo a partir da integração do conhecimento e da resolução de problemas; e a segunda, a partir de um seminário: Ensino Médico - Inovações Necessárias ao Processo de Transformação, com a intenção de envolver as disciplinas de Psicologia Médica, Propedêutica e Saúde Coletiva, codenominado “Semiologia do Sujeito” (FESO, 2004 p.6).

A transferência de conhecimentos calcados em disciplinas, ciclo básico x profissional e ensino centrado no hospital; para integração de conhecimentos conforme as demandas de saúde da população em um curso de graduação em medicina é uma tarefa de enorme complexidade, imersa geralmente em uma forte resistência acadêmica, conforme veremos adiante. A FESO tinha plena consciência deste aspecto. Não seria, portanto uma tarefa fácil.

Partindo de uma proposta pedagógica potencialmente transformadora, e rompendo com o modelo de formação biomédica tradicional que seria substituído pelo modelo biopsicosocial e ambiental, de forma que houvesse a reestruturação do mundo do ensino e do trabalho a partir da realidade concreta dos sujeitos, a FESO resolveu em 2004 implantar um projeto de mudança curricular no curso de graduação de Medicina (FESO, 2004).

A FESO acompanhou as propostas de mudança promovidas pela ABEM e ainda participou do Projeto CINAEM desde sua primeira fase. Foi aprovada na pré-seleção do PROMED, sendo rebatizado aí seu projeto: “EducAção”. A partir desta fase foi estabelecido um novo paradigma educacional com a integração de campos de conhecimento afins tendo em sua essência as metodologias ativas, problematizadoras. Esta condição possibilitou a interação de distintos atores, com o ensino focado na comunidade, favorecendo o conhecimento e a intervenção dos alunos na realidade. As DCNs foram também tomadas como referência para promover uma maior integração entre o sistema de saúde e a comunidade, guardadas suas particularidades regionais (FESO, 2004 p.4).

A interação já existente entre o SUS no município de Teresópolis e os cursos da FESO, onde foram sediadas todas as Conferências Municipais de Saúde, além de sua participação no Conselho Municipal de Saúde, inclusive com representações estudantis, foram fatores determinantes para a transformação curricular.

Uma particularidade importante no que se refere às dificuldades a serem enfrentadas próprias do processo de mudança foi o fato desta instituição priorizar os recursos disponíveis em 80% para “ações dirigidas aos recursos humanos”, ou seja, processos de sensibilização, capacitação e avaliação, englobando dirigentes, docentes, discentes e profissionais de saúde do município (FESO, 2004 p.6).

Neste aspecto, Costa (2007 b, p.21) afirma que mesmo sendo reconhecida a necessidade de mudanças no ensino médico, a prática docente tem-se mostrado resistente a modificações. “A desvalorização das atividades de ensino e a supremacia da pesquisa, a falta de identidade profissional docente, a deficiência na formação pedagógica do professor de Medicina”, além da resistência docente a mudanças aliadas ao individualismo dos professores universitários seriam considerados os maiores obstáculos a esta transformação.

Costa (2007 b, p.21) defende que para mudar esta condição é necessário estimular o desenvolvimento permanente dos professores de Medicina, como instrumento de reelaboração e de transformação desta prática, fato que justificaria como referido anteriormente, a priorização em recursos humanos pela FESO.

Além disto, foram articuladas várias medidas para implementar a proposta de mudança curricular: apreciação e discussão da proposta com todos os regentes de disciplina do curso de graduação assim como representantes estudantis; ampliação de entendimentos com a Secretária Municipal de Saúde tendo um Termo de Compromisso em que se referenciava o PROMED e as interações que seriam necessárias entre a FESO e a SMS; incorporação à equipe do PROMED de um representante do Diretório Acadêmico, da SMS, e do Conselho Municipal de Saúde; e a discussão e aprovação do projeto de recursos adicionais junto aos órgãos colegiados (CCBM, CEP, CAS, CACM), incluído na proposta orçamentária institucional para o ano de 2003 (FESO, 2004 p.4).

A partir do segundo semestre de 2005, a FMT estabeleceu efetivamente a transformação do seu Curso de Graduação tendo como perfil do egresso:

Formar um médico capaz de oferecer atenção integral e contínua aos problemas de saúde da população, com base na responsabilidade, capacidade de comunicação interpessoal com respeito às culturas diferentes, com uma forma de atuação ética, investigativa, crítica e reflexiva em interação com os serviços de saúde e da comunidade (FESO, 2004 p.7).

Entre outros objetivos fundamentais citava ainda: busca do conhecimento de forma ativa, contínua e permanente, com integração entre teoria e prática;

desenvolvimento de habilidades de avaliação simultaneamente ao processo de formação e o estímulo ao trabalho em equipe (FESO, 2004 p.7).

Este novo perfil de formação representava o deslocamento do eixo de formação anterior, que embora tivesse o objetivo de formar um médico com postura ética e humanística, com qualificação, competência e habilidade para atuar crítica e reflexivamente; condicionava sua atuação nas áreas básicas de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e saúde coletiva (FESO, 2004 p.7).

Atualmente, o Curso de Medicina do UNIFESO é de tempo integral, com duração de seis anos, sendo sua proposta básica: “criar um novo olhar sobre os processos saúde/doença em atividades baseadas nos princípios ativos de ensino/aprendizagem” (UNIFESO, 2007 p.7).

Sua organização curricular é fundamentada em um Sistema de períodos. Entre o primeiro período e o oitavo, o professor atua como tutor ou instrutor nas sessões de tutoria e como consultor nos laboratórios de habilidades ou módulos de práticas profissionais. Sua função é atuar como ativador dos processos de ensino-aprendizagem e tendo o aluno como sujeito ativo na construção de seu aprendizado. Nesta fase, adotam-se módulos temáticos interdisciplinares, módulos de habilidades clínicas, módulos de interação com os serviços de saúde e com as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Entre o nono e o décimo segundo período, já no internato médico, o aprendizado se faz em estágio supervisionado, com a inserção em cenários de prática profissional (UNIFESO, 2007).

Aqui vale citar o quanto é diferente o papel de tutor que o UNIFESO estabelece em sua proposta pedagógica daquele referido por Levinson (1978) e Daloz (1986, *apud* BELLODI et al, 2005 p. 70), codenominado “mentor”, definindo-o como “um guia que conduziria ao longo da jornada de suas vidas”. Nesta concepção o mentor/tutor atuaria não só como um professor que promoveria o desenvolvimento intelectual de seu aluno, otimizando a experiência educacional do mesmo, mas serviria entre outras identidades como: padrinho; anfitrião e guia; conselheiro; orientador advogado; e, sobretudo, um modelo ativo em que o aluno possa querer seguir.

Compreendem-se ainda como cenários de ensinamentos: os espaços de tutoria, as salas de aula, o Centro de Capacitação em Base de Dados (CCBD), os ambulatórios, as enfermarias, o pronto-socorro, as unidades básicas de saúde da família (UBSFs), os ambulatórios de especialidade, os laboratórios gerais e a

comunidade. Já a Atividade Autodirigida (AAD) é aquela que possibilita a aquisição de conhecimento de forma autônoma, seja de forma individualizada ou em cenários de aprendizagem, a partir de uma configuração definida como semana-padrão, onde são programados turnos para atividades de estudo autodirigido (UNIFESO, 2007). O anexo A contém a organização curricular do curso de graduação de medicina do UNIFESO.

Finalmente, após a exposição desta fundamentação teórica encerrada com a transformação curricular da Faculdade de Medicina de Teresópolis, dou continuidade aos próximos itens da dissertação finalizando com a abordagem das respostas dos alunos entrevistados e a elaboração das considerações finais.

3 – QUESTÃO NORTEADORA

A inserção de estudantes de medicina do primeiro ao quarto períodos na Unidade Básica de Saúde da Família com a proposta de integração ensino-serviço-comunidade – e de valorização da subjetividade e da condição biopsicosociambiental – e o uso de Metodologias Ativas de Ensino/Aprendizagem contribui para uma nova percepção sobre a saúde e o processo de adoecer?

4 – OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de alunos do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos sobre as alterações curriculares do curso, com a inserção em Unidades Básicas de Saúde da Família e o uso de Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem, mais especificamente a Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP -.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar por qual motivo o aluno do curso de graduação de medicina fez a opção pelo UNIFESO, e se esta opção considerou ou não o novo modelo de ensino adotado na perspectiva de sua escolha.
- Identificar e analisar a percepção do aluno pesquisado sobre as Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, mais especificamente sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas.
- Identificar e analisar a percepção do aluno pesquisado sobre sua inserção na Unidade Básica de Saúde da Família como cenário de prática e aprendizagem.
- Identificar e analisar o impacto provocado na trajetória de formação profissional do aluno pesquisado, considerando a utilização da Aprendizagem Baseada em Problemas e da vivência na Unidade Básica de Saúde da Família.

6 – METODOLOGIA

Natureza do estudo: Pesquisa qualitativa com o uso complementar de estratégias quantitativas.

Como pesquisador desta temática de transformação da educação médica atual, conforme já analisado nas páginas anteriores, e tendo em consideração o novo Projeto Político Pedagógico Institucional do UNIFESO (PPPI, 2006), acredito ser a pesquisa de natureza qualitativa a que melhor se adequa a proposta desta pesquisa. A possibilidade de contemplar a subjetividade - fazendo jus às correntes compreensivistas em relação à 'apreensão dos significados', em contraposição ao positivismo, segundo Minayo (1999, p. 13) – e assim não deixar à margem “relevâncias e dados” que poderiam não ser contidos em números - justificam a opção de a pesquisa ser de natureza qualitativa e não quantitativa. Segundo Richardson et cols (1999, p. 90), a pesquisa qualitativa deve ser entendida como a “tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”.

Desta forma, creio que considerar a possibilidade de analisar as respostas e reflexões dos estudantes de Medicina na sua essência e liberdade discursiva possibilitará uma reflexão mais criteriosa em relação à transformação curricular defendida por esta Instituição, e desta forma traçar as trajetórias que melhor se adequem e aperfeiçoem esta condição.

A opção pela apreciação quantitativa de forma complementar deve-se a análise das respostas dos entrevistados baseadas na criação de categorias, que serão mais bem descritas adiante, procurando situa-las em suas freqüências absolutas, assim como descrever as freqüências relativas dos entrevistados e suas respectivas categorias. Esta condição foi instituída para ajudar a estabelecer uma síntese de seus achados e utilizar-se de comparações conforme Gatti (2005 p. 54):

[...] pesquisadores têm utilizado análise estatísticas a partir das freqüências nas categorias. De um lado, pode-se trabalhar apenas descritivamente com as freqüências obtidas nas diferentes categorias ou nos elementos de código, as quais podem ajudar a sintetizar alguns achados. Por exemplo, usar as freqüências para comparar diferentes grupos em relação à incidência de determinados tópicos. De outro lado, há o uso de tratamentos inferenciais. Embora seja necessário nesses casos lembrar as restrições que se colocam para essas análises, quando não se pode garantir

independência entre as categorias ou classificações, aleatoriedade da amostra, etc [...].

Abordagem disciplinar: Educação médica.

Cenário da pesquisa: UNIFESO, situado no município de Teresópolis, Rio de Janeiro.

População de estudo: Alunos matriculados regularmente no quinto período do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO -, em Teresópolis - Rio de Janeiro. Justificou-se exclusivamente este período, pelo fato dos mesmos já terem cursado os quatro períodos relativos à inserção em UBSFs e ao uso da Aprendizagem Baseada em Problemas desde o início de sua graduação, tendo vivenciado portanto uma boa experiência nestes cenários e nessa estratégia de ensino-aprendizagem. Acrescenta-se ainda o fato de que a partir do quinto período estes alunos já estarem inseridos em outros cenários de ensino, como o Hospital e não mais nas UBSFs, o que possibilita comparar a vivência dos mesmos.

Critérios de inclusão: Alunos de quinto período do curso de graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Critérios de exclusão: Demais períodos e alunos vinculados à Unidade Básica de Saúde da Família do Rosário.

Moura et cols (1998, p.59 e 63) definem que não haveria na literatura sobre metodologia de pesquisa de natureza qualitativa, indicações técnicas sobre o tamanho da população de estudo ideal, sendo que muitas vezes são utilizados critérios de conveniência e disponibilidade de participantes. Optei, entretanto por estabelecer uma amostra definida pelo critério de “saturação de respostas semelhantes ou iguais” dando a partir daquele momento por encerrada a coleta de dados conforme Minayo (1999 pág. 209) que refere que a amostra de uma pesquisa deve responder a normas de validade tais como representatividade, exaustividade e pertinência que será mais bem explicado adiante na estratégia de análise desta pesquisa. O número final de alunos que contemplou estes critérios foi de vinte e nove alunos entrevistados dentre todos aqueles matriculados regularmente no quinto período, ou seja, setenta e dois alunos (UNIFESO, 2008)), portanto, aproximadamente 40% destes. As entrevistas foram realizadas na sua maior parte no Campus Universitário do UNIFESO universitário geralmente após as atividades

programadas para aquele dia com aqueles que desejassem participar da mesma e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Foram realizadas 15 entrevistas com alunos do sexo masculino e 14 com o sexo feminino, o que demonstra uma homogeneidade deste item visto estas serem realizadas ao acaso.

As idades variaram entre 20 e 27 sendo o predomínio entre 20 e 23 anos e tendo sido contempladas, com exceção da Unidade do Rosário, todas as Unidades Básicas de Saúde da Família deste município. Por questões éticas o percentual relativo ao número de alunos entrevistados por Unidade foi mantido em sigilo, entretanto durante a pesquisa foi utilizada a informação da Unidade em que o entrevistado atuou, pelo pesquisador exclusivamente, para verificação de quais unidades estavam sendo contempladas. O fato de terem sido contempladas todas as Unidades também demonstra a distribuição uniforme entre os entrevistados por Unidades. Justifica-se o fato da única Unidade não inserida ser a do Rosário, por ser a que o pesquisador deste projeto atua o que poderia comprometer as respostas dos alunos entrevistados por não se sentirem à vontade perante o mesmo. A seguir foram inseridas tabelas relativas ao gênero e idades dos entrevistados, elaboradas para melhor compreensão.

Tabela 1 - Entrevistados por gênero – Teresópolis - 2008.

Gênero	Masculino	Feminino	Total
Entrevistados	15	14	29
Porcentagem	52%	48%	100%

Tabela 2 - Entrevistados por idade – Teresópolis - 2008.

Idade	20	21	22	23	24	25	26	27	Total
Entrevistados	06	07	07	06	-	-	02	01	29
Porcentagem	21%	24%	24%	21%	-	-	7%	3%	100%

Aspectos éticos: A pesquisa foi realizada a partir de autorização prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFESO - Memorando de Aprovação nº 166/08 de 1º de Julho de 2008 - que se encontra no anexo B, e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos estudantes – TCLE -, este no apêndice B,

sendo garantido o sigilo sobre suas identidades. O protocolo está em consonância com o estabelecido na resolução 196/96 e suas complementares.

Instrumento de coleta: A técnica de coleta de dados escolhida foi através da aplicação de *entrevistas individuais* contendo uma pergunta fechada e as demais abertas - entrevista semi-estruturada - aplicadas pelo pesquisador deste projeto. Houve ainda a colaboração de um aluno voluntário do quinto período do curso de medicina, previamente treinado quanto à técnica da entrevista, na aplicação de algumas destas.

Um teste piloto com quatro entrevistas para observação do desfecho da mesma foi realizado onde foi verificada a qualidade das respostas oferecidas, o grau de compreensão às questões efetuadas pelo entrevistador e sua habilidade em não induzir ou direcionar respostas.

Foram elaboradas quatro perguntas de forma aberta - 1, 3, 4, e 5. A questão de número dois, relativa ao conhecimento da adoção de um novo modelo de ensino pela instituição com a opção de resposta sim ou não, além da “consideração” do novo modelo curricular na opção da instituição também com a opção sim ou não, foi considerada como questão fechada. Três questões relacionadas aos dados de identificação dos alunos por gênero, idade e Unidade Básica de Saúde da Família em que atuaram, também fazem parte do roteiro tendo sido designadas como A B e C respectivamente. O modelo utilizado encontra-se no apêndice A desta dissertação.

De forma geral a maioria dos alunos abordados e convidados a participar da entrevista se mostraram interessados em respondê-la, cerca de três alunos alegaram pressa ou algum compromisso recusando a mesma, sendo que a última questão em que se faz referência à influência da mudança curricular na trajetória profissional do aluno por vezes apresentava como resposta a impressão da “metodologia ativa em si”, o que já era abordada na questão três, do que propriamente a trajetória de formação profissional sob influência do novo modelo curricular. Desta forma procurou-se esclarecer esta questão no ato da entrevista quando ocorria esta situação. Na tabela a seguir demonstram-se as questões formuladas na entrevista relativas aos objetivos específicos desta dissertação.

Tabela 3 – Questões formuladas de acordo aos objetivos específicos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	QUESTÕES FORMULADAS
Identificar por qual motivo o aluno do curso de graduação de medicina fez a opção pelo UNIFESO e se esta opção considerou ou não seu novo modelo de ensino.	1) Por qual motivo você escolheu o UNIFESO para cursar medicina? 2) Você sabia que o UNIFESO adotou um novo modelo de ensino? Sim () Não () Em caso de resposta sim: “Este aspecto foi considerado na sua opção? Sim ou Não? Porque?”
Identificar a percepção deste aluno sobre as Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, mais especificamente sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).	3) O UNIFESO adotou no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/aprendizagem. O que pensa sobre sua experiência com as metodologias ativas no ensino da medicina do UNIFESO?
Identificar a percepção deste aluno sobre sua inserção na UBSF como cenário de prática e aprendizagem.	4) Como tem sido para você participar desde os períodos iniciais das atividades nas UBSF? O que você manteria e o que você modificaria nesta prática dentro das UBSF?
Analisar o impacto provocado no processo de formação do aluno em sua passagem pela UBSF e a utilização da Aprendizagem Baseada em Problemas na trajetória de formação profissional do estudante de medicina do UNIFESO.	5) O novo modelo curricular adotado pelo UNIFESO na Faculdade de Medicina esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?

Fonte: Questões elaboradas para entrevista não estruturada junto aos alunos do quinto período do curso de graduação em medicina – Apêndice A -.

Estratégia de análise: Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo optou-se pela Análise Temática segundo Minayo (1999). De acordo a esta autora é a que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde, além da Análise da Enunciação.

Minayo (1999, p.199) refere que “a expressão mais comumente utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é Análise de Conteúdo”. Este termo significaria mais que um procedimento técnico, mas uma “histórica busca entre teoria e prática no campo das investigações sociais”.

Minayo (1999, p. 200) conclui que fundamentalmente a Análise do Conteúdo teria como objetivo “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de

documentos”. A grande importância desta técnica seria a de “impor um corte entre as intuições e as hipóteses”.

Foram obedecidas as três etapas operacionais da Análise Temática: A primeira - Pré –Análise, decomposta em Leitura Flutuante, Constituição do Corpus e Formulação de Hipóteses e Objetivos a partir das respostas dos entrevistados. A segunda – Exploração do Material; e a terceira: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação segundo orientações de Minayo (1999) que se descreve a seguir.

Na primeira fase (Pré – Análise), foi estabelecida uma leitura flutuante do conjunto de informações obtidas pelas respostas tentando-se estabelecer uma dinâmica entre as hipóteses iniciais e as hipóteses emergentes, ultrapassando a “sensação de caos inicial” (Minayo, 1999 p. 209). Nesta fase, a Constituição do *Corpus*, procurou-se responder a algumas normas de validade: exaustividade (contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (representação do universo pretendido); homogeneidade (escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (documentos adequados ao objetivo do trabalho). Em relação à Formulação de Hipóteses e Objetivos procurou-se como o termo já propõe estabelecer hipóteses iniciais uma vez que a realidade não é evidente e procurando-se responder a questões mais primitivas/iniciais.

A transformação de dados brutos com o intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto/respostas, ou seja, uma operação de codificação foi pertinente à segunda fase: Exploração do Material.

E, por fim, na terceira fase, com Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, foram propostas “inferências” e “interpretações” em torno de dimensões teóricas sugeridas pelas respostas à entrevista.

Na segunda fase foi incluída a análise das questões em categorias.

Bardin (2004, p. 111 e 112) refere que a categorização é uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos”. Define que as categorias seriam rubricas ou classes reunidas a partir de um grupo de elementos definidos também como unidades de registro, sob um título genérico, e agrupadas em razão de características comuns destes elementos. O critério de categorização pode ser semântico onde sua classificação obedece a temas, por exemplo, tema da ansiedade e tema da descontração; sintático, relativo a verbos e adjetivos; lexical, classificadas “segundo

seu sentido com emparelhamento de sinônimos” e, expressivo, tendo como exemplo categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem.

Para Gomes (1994, p. 70) a palavra *categoria* está ligada à idéia de *classe ou série* e se refere a um conceito que engloba elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, estabelecendo a partir daí classificações. Desta forma permite-se agrupar elementos, *idéias*, ou *expressões* através de um conceito abrangente. Sellitz et als (1965 *apud* Gomes, 1994, p. 72) aponta três princípios de classificação para se estabelecer conjuntos de categorias: O primeiro é que sejam estabelecidas a partir de um único princípio de classificação; o segundo a partir da idéia de exaustividade, ou seja, que permitam a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto; e o terceiro que as categorias do conjunto sejam mutuamente exclusivas, onde uma resposta não pode ser incluída em mais de duas categorias.

Bardin (2004, p. 113 e 114) refere que para que um conjunto de categorias seja classificado como boas deveriam possuir além das qualidades referidas como exclusão mútua, exaustividade e homogeneidade, pelo menos outras três: pertinência, ou seja, possuir uma idéia de adequação ótima, refletindo as intenções da pesquisa; objetividade e fidelidade, procurando aí a codificação de uma mesma maneira, evitando a “subjetividade e a variação de juízos” na escolha de categorias, e por fim, a produtividade, onde “um conjunto de categorias é considerado produtivo se fornece resultados férteis: férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos”. Procurou-se seguir estes princípios na análise das respostas dos entrevistados.

É importante ressaltar que nas considerações finais deste estudo se optou por analisar todas as questões a partir do conteúdo temático que as mesmas contemplavam, ou seja, a primeira questão em que se aborda o motivo da escolha institucional foi analisada sob o tema *escolha institucional*, já a terceira questão a respeito da impressão das metodologias ativas de ensino/aprendizagem foi analisada como *metodologias ativas de ensino/aprendizagem*, as demais questões obedeceram a esta mesma lógica.

O critério adotado de categorização desta pesquisa foi o semântico, ou seja, procurou-se criar categorias por temas de acordo às respostas fornecidas a cada questão formulada com seu tema correlato. Por exemplo, na primeira questão onde o tema referido é a “escolha institucional”, foram criadas as categorias com os

temas, “referência”; “localização”; “proposta de ensino” e “facilidade de ingresso”, procurando fugir a uma análise baseada em múltiplas unidades de registro, e não em categorias, o que dificultaria a clareza dos resultados (BARDIN, 2004, p. 111 e112).

É ainda de fundamental importância ressaltar que a análise geral desta pesquisa levou em consideração a frequência absoluta das expressões referidas para compor cada categoria, e a combinação do número destas expressões por estudantes, analisando assim o número de alunos entrevistados e suas categorias referidas em frequência relativa – porcentagem -.

Estas categorias, como já definidas, foram criadas a partir de expressões, termos ou idéias referidas nestas respostas, sendo divididas em categorias relacionadas à *impressões positivas*; e categorias relacionadas à *impressões negativas*, como foi procedido na análise das respostas a respeito da impressão das metodologias ativas; da inserção nas UBSFs e da influência da mudança curricular na trajetória profissional, respectivamente *questões 3 – 4 – 5*, exceto questões 1 e 2.

A frequência das categorias a partir de suas expressões foi determinada em número absolutos – frequência absoluta (FA), conforme se verificará nas tabelas que se seguem. Estas tabelas foram criadas para uma melhor análise comparativa. As frequências relativas (FR) ou porcentagens dos estudantes e suas respectivas categorias foram arredondadas uma vez que sua utilização se presta para comparação dos dados e não propriamente para uma comparação numérica de precisão.

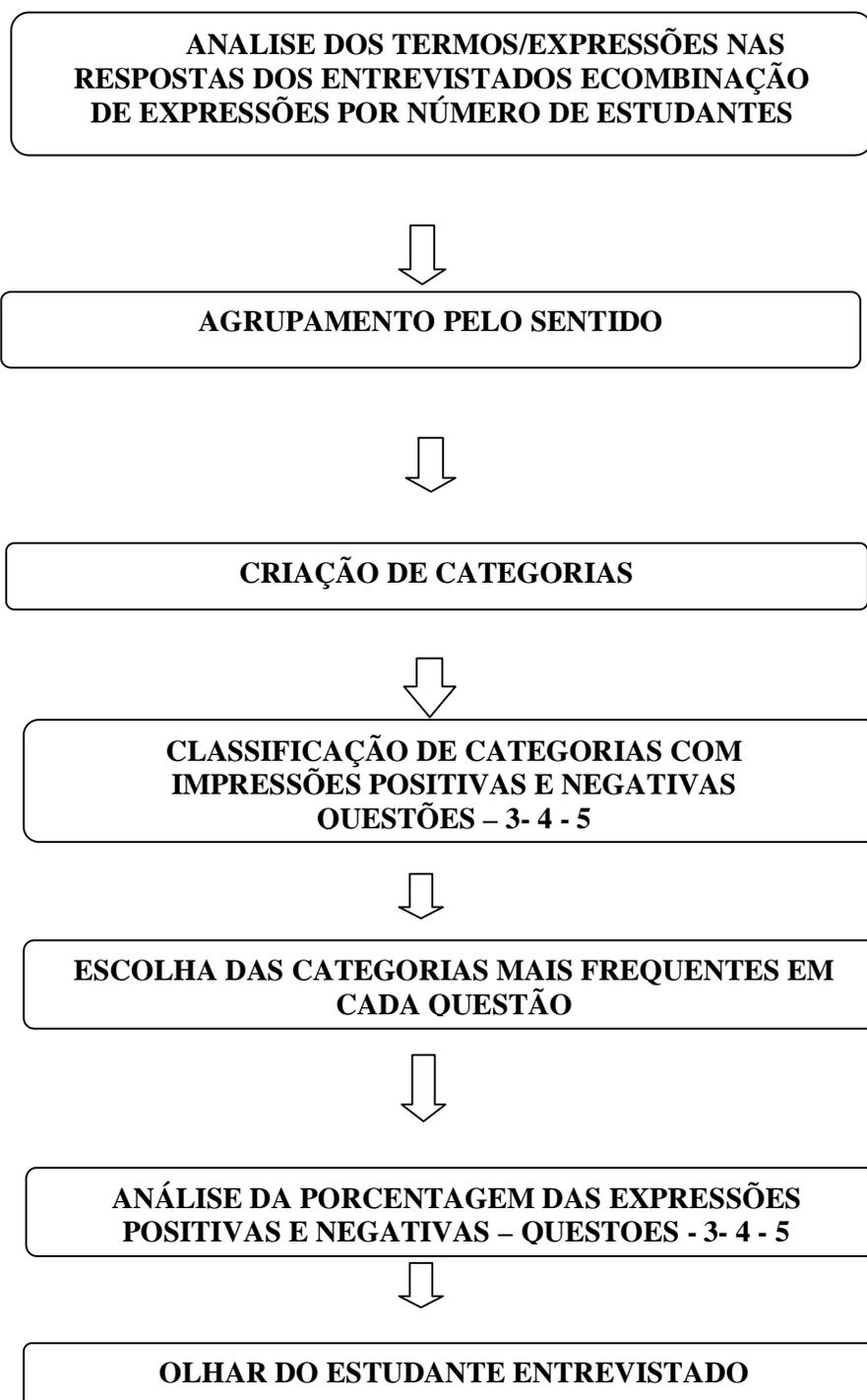
Compreende-se que estes números absolutos também representam o número de entrevistados uma vez que pelo princípio da exclusividade na criação de categorias (BARDIN, 2004, p. 113; Selltiz et als, 1965 *apud* GOMES, 1994, p. 72) este termo ou expressão não pode ser utilizado para “outra” categoria, representando assim a expressão de um único entrevistado, ou seja, cada expressão pertence efetivamente à um entrevistado. Por exemplo, se a questão 4 possui 25 expressões negativas que representam a categoria da “organização” da UBSF é porque 25 estudantes expressaram esta opinião ou idéia a respeito da UBSF designada como categoria “organização”. Como o número total de entrevistados foi de 29 alunos determina-se que 86% destes acreditam que a UBSF possui problemas em sua organização. Sendo assim a *análise de cada questão/tema foi abordada pelo número de entrevistados e categorias referidas por*

cada um deles. A soma da porcentagem destes estudantes não é igual a 100%, mas uma porcentagem maior que 100%, porque há sobreposição de expressões para cada um dos estudantes, ou seja, cada entrevistado pode ter mais de uma expressão ou idéia e, portanto, como já referido, expressar mais de uma categoria em sua fala. Como exemplo: Um aluno pode referir que optou pela instituição pela “referência” e pela “localização”, portanto, duas categorias. Este aspecto fica evidente como, por exemplo, na questão 3 em que o número total de expressões (51) é maior que o número de entrevistados (29).

A análise final desta dissertação considerou *a categoria com maior número de expressões ou a mais freqüente e a soma das expressões de todas as categorias como nas questões 3 – 4 – 5 com sua conotação positiva ou negativa, além do número de entrevistados e suas categorias referidas*, para a construção do perfil do estudante entrevistado (vide mais adiante, a tabela 18). Esta soma das expressões de todas as categorias se justifica uma vez que é partir da freqüência (absoluta) de todas as expressões e não só das categorias isoladas, seja a partir de sua freqüência absoluta ou pelo número de estudantes que a referiram, que se pode melhor perceber a impressão ou o olhar do estudante a respeito da aceitação ou negação de um determinado aspecto a ser investigado. A categoria isolada assim *qualificaria* as expressões, e a soma das expressões que compõe estas categorias *quantificaria* as impressões dominantes: positivas ou negativas, como nas questões 3 - 4 - 5. Desta forma obtém-se o olhar ou percepção do entrevistado através das categorias, embora sem abrir mão de uma análise numérica que expressa a aceitação ou a negação/crítica da maioria dos alunos entrevistados frente a uma determinada questão, condição que justificou, como já referido anteriormente, o uso complementar de estratégias quantitativas nesta pesquisa.

Por exemplo: a questão 3 sobre metodologias ativas, ao se analisar suas categorias mais freqüentes, ainda que tenha apresentado uma porcentagem de 41% de entrevistados (FA:12) referindo que a mesma integra a teoria e a prática - aspecto positivo - e que, 38% (FA:11) acreditam que a mesma deva ser aperfeiçoada – aspecto negativo -, parece-nos fornecer a idéia de que neste tema “metodologias ativas” há um equilíbrio de impressão ou percepção positiva e negativa a partir da análise destas categorias de forma isolada, com freqüência absoluta similares, entretanto, quando se analisa a soma de todos os termos deste tema em seus aspectos positivos e negativos é que se percebe que o tema das

metodologias ativas apresentou 51 expressões (FA), sendo 32 de classificação positiva contra 19 de classificação negativa, ou seja 63% (FR) dos entrevistados, expressam uma opinião favorável a mesma, o que diferencia o resultado a partir da análise de categorias isoladas. Segue-se o fluxograma abaixo para melhor compreensão:



7 – RESULTADOS DA PESQUISA

7.1 – Escolha institucional

O tema *escolha institucional* relativo à primeira questão “*Por qual motivo você escolheu o UNIFESO para cursar medicina?*” teve como objetivo perceber se o aluno teria feito a opção de estudar no UNIFESO considerando a incorporação das Metodologias Ativas pela Instituição como uma das justificativas, uma vez que à época que estes alunos estavam se submetendo ao vestibular, esta instituição já as havia incorporadas no currículo do curso de graduação em medicina. Percebeu-se que esta condição foi justificada somente em uma resposta, sendo que a “referência” (FA: 24) e a “localização” (FA:13) foram consideradas nesta pesquisa como as principais responsáveis pela escolha institucional e, portanto as categorias mais freqüentes dentre as quatro categorias criadas nesta questão: referência positiva; facilidade de ingresso; proposta de ensino e localização. Em relação ao número de entrevistados percebeu-se que 83% dos estudantes optaram pela instituição pela referência, ou seja, 83% expressaram a idéia da referência - categoria “referência” - em suas falas, e 45% a idéia da localização – categoria “localização”. O número de entrevistados foi designado como “ent.” e expressos em freqüência relativa – porcentagem –na tabela 4 e naquelas que consideraram o número de entrevistados em sua análise.

Na tabela a seguir e em todas as outras relacionadas a análise e criações de categorias foram fornecidos exemplos de idéias/expressões das mesmas a partir da fala dos entrevistados.

Tabela 4 - Relação de categorias criadas a partir de idéias e/ou expressões referidas na entrevista, sua freqüência e referência nos estudantes na questão número um - *Por qual motivo você escolheu o UNIFESO para cursar medicina?* – Teresópolis – 2008.

CATEGORIAS CRIADAS	EXEMPLOS DE IDÉIAS/EXPRESSÕES REFERIDAS	FREQ. ABSOL.	ENT.* %
Referência	“No Rio dentre as particulares era a melhor”; “tradição”; “indicação de conhecidos”; indicação de parentes formados pela instituição”; “qualidade do ensino”; “melhor dentre as particulares na região”; “bem conceituada”; “pela sua maior experiência dentre as faculdades privadas”; “ouvi falar muito bem dela”; “médicos já haviam me falado bem da instituição”; “Boa impressão do Campus”; “Campus e arquitetura muito bom”..	24	83%
Facilidade de ingresso	“Relação candidato-vaga mais baixa que em meu estado”; “Foi a única que passei”; “foi a primeira que eu passei”; “O preço da Faculdade era menor”; “Por transferência”.	09	31%
Proposta de ensino	“Por seu projeto político pedagógico que utiliza as metodologias ativas”.	01	4%
Localização	“Região próxima”; “proximidade da família”; “ponto de apoio junto ao irmão que estuda em Petrópolis”; “Por causa da cidade e o clima ameno”; “a cidade é muito boa”; “cidade calma”; “cidade tranqüila”; “lugar bom para morar”.	13	45%
Total:		47	-

* ENT %: Significa entrevistados em porcentagem

7.2 - Proposta de ensino na escolha institucional

A segunda questão fechada “*Você sabia que o UNIFESO havia adotado um novo modelo de ensino? Sim ou Não? Em caso de resposta sim: “Este aspecto foi considerado na sua opção? Sim ou Não? Por quê?”*” aborda o tema da *proposta de ensino na escolha institucional* e acentua o caráter investigativo da entrevista ao verificar definitivamente se o aluno já teria algum conhecimento prévio em relação às Metodologias Ativas e se tal aspecto quando confirmado teria tido alguma influência marcante ou não nesta escolha. É interessante observar que embora dez entre vinte e nove entrevistados referissem que teriam conhecimento sobre a adoção de um novo modelo curricular pelo UNIFESO, seis alegaram que este fato não “influenciou” sua decisão a respeito de se submeter ao vestibular da Instituição. Este aspecto deve ser analisado pelo UNIFESO a fim de que nos próximos vestibulares haja uma maior divulgação a respeito das vantagens das Metodologias Ativas no ensino da graduação em medicina, para que o candidato e provável futuro aluno tenha a

percepção e conhecimento deste método, principalmente das diferenças fundamentais com o ensino tradicional. Outro aspecto seria também de evitar a fuga daquele candidato que não conhece, ou conhece mal o método, o que acaba por fornecer uma visão distorcida do mesmo, e assim descarta a Instituição, além de prejudicar o próprio, uma vez que contaria com menos uma opção de escolha dentre as faculdades de medicina. Abaixo foram inseridas as tabelas relativas à relação dos entrevistados que tinham conhecimento sobre a adoção de um novo modelo de ensino pelo UNIFESO (tabela 5) e se este aspecto *influenciou ou não* na sua decisão (tabela 6), além de tabelas que contém categorias criadas a partir de idéias e/ou expressões e sua frequência na questão dois em que o entrevistado sabia que o UNIFESO havia adotado um novo modelo de ensino e que este aspecto *foi* (tabela 7), ou ainda *não foi* (tabela 8), considerado na sua opção.

Tabela 5 - Relação de entrevistados que tinham conhecimento sobre a adoção de um novo modelo de ensino pelo UNIFESO – Teresópolis - 2008.

Conhecimento prévio	SIM	NÃO	TOTAL
Entrevistados	10	19	29
Porcentagem	34%	66%	100%

Tabela 6 - Relação de entrevistados que tinham conhecimento sobre a adoção de um novo modelo de ensino pelo UNIFESO e se este aspecto *influenciou ou não* na sua decisão – Teresópolis - 2008.

Influência na decisão*	SIM	NÃO	TOTAL
Entrevistados	04	06	10
Porcentagem	40%	60%	100%

* Item considerado somente entre os dez entrevistados que tinham conhecimento que a instituição havia adotado um novo modelo de ensino – conforme a tabela cinco.

Tabela 7 - Relação da categoria criada a partir de idéias e/ou expressões e sua freqüência na questão dois em que o entrevistado sabia que o UNIFESO havia adotado um novo modelo de ensino e que este aspecto foi considerado na sua opção – Teresópolis - 2008.

CATEGORIA CRIADA A PARTIR DA RESPOSTA SIM	EXEMPLOS DE IDÉIAS/EXPRESSÕES REFERIDAS	FREQ. ABSOL.
Referência positiva do método	“tive curiosidade pelo método”; “alunos já cursavam e falavam bem”; “tinha uma visão positiva”; “foi a principal razão da escolha”	4

Tabela 8 - Relação da categoria criada a partir de idéias e/ou expressões e sua freqüência na questão dois em que o entrevistado sabia que o UNIFESO havia adotado um novo modelo de ensino e que este aspecto não foi considerado na sua opção – Teresópolis - 2008.

CATEGORIA CRIADA A PARTIR DA RESPOSTA NÃO	EXEMPLOS DE IDÉIAS/EXPRESSÕES REFERIDAS	FREQ. ABSOL.
Referência Institucional	“Mesmo que fosse tradicional escolheria”; “a referência da instituição era suficiente”; “... sabia, mas não influenciou porque achava que não seria tão radical”; “senti medo de vir, pois desconhecia o método”; “não, pois tinha segurança da instituição”.	6

Percebe-se como já referido que a opção pela instituição levando em consideração a implantação de metodologias ativas foi presente somente em quatro entrevistados dentre dez que possuíam conhecimento da adoção de um novo modelo de ensino pela instituição, sendo justificada a “curiosidade” pelo método, ou ainda porque haviam “falado bem” deste, ou porque já o conhecia e tinha uma “visão positiva” do mesmo. Nota-se ainda que em relação aos que *sabiam* que a instituição havia implantado a mudança curricular, mas que este aspecto *não* influenciou na escolha, afirmaram que a referência da instituição compensaria uma possível insegurança perante o mesmo.

7.3 - Metodologias Ativas de Ensino/Aprendizagem

O tema das *metodologias ativas de ensino/aprendizagem* referente à terceira questão aberta “O UNIFESO adotou no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem. O que pensa sobre sua experiência com as

metodologias ativas no ensino da medicina do UNIFESO?” inclui a impressão sobre as metodologias ativas na formação do estudante de medicina do UNIFESO. Foram criadas duas grandes classificações de categorias: categorias com classificação *positiva* e categorias com classificação *negativa/crítica*. Vale ressaltar que a classificação negativa não teve a princípio uma impressão necessariamente negativa tendo em sua maior parte posturas críticas, uma vez que as respostas apresentavam-se inicialmente como positivas, mas com ressalvas críticas, como por exemplo: “é o melhor método, mas precisa ser aperfeiçoado”, ou ainda “é muito bom, mas somos a terceira turma e tivemos algumas dificuldades como na organização da grade curricular...”. Foram criadas quatro categorias positivas: autonomia; responsabilidade; integração teoria e prática, e estímulo ao aprendizado. Foi verificado que as expressões de classificação positivas constituíram-se na maioria das respostas sendo que em um total de 51 expressões, sua frequência absoluta foi 32 (67% de FR), contra 19 (33% de FR) de expressões negativas, tendo o “estímulo ao aprendizado” como principal categoria positiva com frequência absoluta de 12 seguida da “integração entre teoria e prática” com frequência absoluta de 10. É interessante observar que 41% dos entrevistados referiram expressões relacionadas ao estímulo de aprender – categoria “estímulo ao aprendizado” – e 34% expressaram que as metodologias integram a teoria à prática. Apesar destes aspectos 38% dos entrevistados referem que a mesma necessita de aperfeiçoamento e 28% possuíram uma apreensão inicial com o mesmo. A seguir é apresentada a tabela número nove, de categorias positivas criadas a partir de idéias e/ou expressões referidas na entrevista, sua frequência e referência nos estudantes na questão três para melhor compreensão.

Tabela 9 - Relação de categorias positivas criadas a partir de idéias e/ou expressões, sua freqüência e referência nos estudantes na questão 3 - “O UNIFESO adotou no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/aprendizagem. O que pensa sobre sua experiência com as metodologias ativas no ensino da medicina do UNIFESO?” – Teresópolis – 2008.

CATEGORIAS POSITIVAS CRIADAS	EXEMPLOS DE IDÉIAS/EXPRESSÕES POSITIVAS REFERIDAS	FREQ. ABSOL.	ENT.* %
Autonomia	“Aprendi a estudar e ter autonomia”; “você descobre e busca o entendimento”; “cria autonomia”; “cria independência no aprendizado”.	07	24%
Responsabilidade	“Depende do empenho do aluno”; “gosto porque somos responsáveis pelo conteúdo que aprendemos”; “muito eficiente e você faz a sua busca”.	03	10%
Integração teoria e prática	“Facilitou as relações que conceitos teóricos mantêm com a prática. No método anterior era mais difícil”; “põe em evidência a prática precoce”; “a inserção precoce é muito valida por causa da correlação teórico/prática”; “pega as coisas mais rapidamente e você não tem mais medo do paciente”; “a inserção prática desde o início do curso é fundamental”; “adquire conhecimento prático”.	10	34%
Estimulo ao aprendizado	“Você se sente estimulado a estudar”; “me dá satisfação e estou muito feliz com o método”; “já não me acostumaria mais ao método tradicional”; “O aluno tem mais liberdade e pode aproveitar seu tempo em lazer”; “liberdade para estudar...”; “Proporciona a autoconfiança”; “encontrei minha individualidade”; “Você sabe o que está estudando”; “As tutorias são ótimas, pois você explica e discute o que estudou facilitando o aprendizado”; “Muito bom para o raciocínio”; “desenvolve o raciocínio”; “induz o raciocínio...”.	12	41%
Total:		32	-

ENT %: Significa entrevistados em porcentagem

Já em relação às categorias negativas foram criadas duas: “apreensão inicial” e “necessidade de aperfeiçoamento”. A “necessidade de aperfeiçoamento” surge com maior freqüência absoluta, ou seja, 11, seguida pela “apreensão inicial” em relação às Metodologias com freqüência absoluta de 8. Estes resultados demonstram que as Metodologias Ativas estão sendo bem aceitas sendo o estímulo ao aprendizado sua principal característica além de possuir a capacidade de integrar a prática à teoria, embora necessitando de aperfeiçoamento pela Instituição a fim de diminuir a apreensão inicial e insegurança com a mesma a partir do relato destes alunos. Segue-se a tabela dez que inclui as relações de categorias negativas criadas

a partir de idéias e/ou expressões referidas na entrevista, sua freqüência e referência nos estudantes na questão três.

Tabela 10 - Relação de categorias críticas/ negativas criadas a partir de idéias e/ou expressões e sua freqüência na questão 3 - “O UNIFESO adotou no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem. O que pensa sobre sua experiência com as metodologias ativas no ensino da medicina do UNIFESO?” – Teresópolis – 2008.

CATEGORIAS NEGATIVAS/CRITICAS CRIADAS	EXEMPLOS DE IDÉIAS/EXPRESSÕES NEGATIVAS REFERIDAS	FREQ. ABSOL.	ENT.* %
Apreensão inicial	“E recente ainda no UNIFESO e precisa de aprimoramento...”; “no inicio achava que não conseguiria...”; “achava que era uma utopia e distante da prática”; “preferia o antigo inicialmente”; “tinha muita dificuldade inicialmente”; “tive uma certa apreensão e insegurança”; “assustado inicialmente, estranhei o método”; “não tenho certeza se será o suficiente para minha formação”; “ainda tenho dúvidas se funciona realmente”.	08	28%
Necessidade de aperfeiçoamento	“Há muito que ser aperfeiçoado”; “a grade curricular precisa melhorar”; “pode melhorar a avaliação das provas práticas”; “A instituição ainda não está estruturada...”; “existem falhas”; “As matérias básicas são essenciais e não podem deixar de existir”; “Necessita de melhor organização junto a UBSF para melhorar o aprendizado”; “A instrutoria deve ser dada como aula”.	11	38%
Total:		19	-

* ENT %: Significa entrevistados em porcentagem

Em relação à tabela seguinte é apresentada a relação entre as impressões positivas e negativas a respeito das metodologias ativas de ensino/aprendizagem onde se percebe que a maior parte dos alunos, 63%, recebeu de forma positiva a incorporação da nova metodologia de ensino na instituição.

Tabela 11 – Relação entre as impressões positivas e negativas referidas na terceira questão aberta – Teresópolis - 2008.

Questão	Expressões positivas	Expressões críticas/negativas	Total
Experiência com as metodologias ativas	63%*	37%*	100%

*Porcentagem obtida a partir da relação entre a freqüência absoluta de cada uma destas expressões e o número total de expressões da questão 3.

7.4 – Unidades Básicas de Saúde da Família

O tema *Unidades Básicas de Saúde da Família* contemplado na quarta questão aberta “*Como tem sido para você participar desde os períodos iniciais das atividades nas UBSF? O que você manteria e o que você modificaria nesta prática dentro das UBSF?*” é considerada na entrevista como uma das principais, e dá título ao projeto propriamente. Foram criadas à semelhança da questão anterior (terceira questão aberta) duas grandes classificações:

Categorias de classificação positiva tendo como categorias representativas: inserção com ressalvas; humanização e integração da teoria e da prática.

Categorias de classificação negativa/crítica: Preceptorial ausente (entendida como condição de ensinar procedimentos clínicos ou competência clínica); qualidade do médico; organização da UBSF e má impressão da visita domiciliar.

Nas categorias de classificação positiva evidenciou-se a categoria relativa a “integração teoria/prática” (FA: 10) como sendo a de maior frequência, e a “inserção com ressalvas” a segunda categoria positiva mais frequente (FA: 8), ou seja, mesmo sendo positiva a ideia da inserção, esta apresenta críticas à maneira “como” está sendo feita. A partir daí foram então criadas as categorias de classificação negativa ou crítica.

Nota-se na frequência absoluta das expressões à esta questão: 47 expressões (70% de FR) em categorias negativas, contra 20 expressões em categorias positivas (30% de FR), portanto mais que o dobro de expressões negativas em relação às positivas, o que sugere que a inserção em UBSFs deva ter uma atenção/cuidado maior por parte da Instituição principalmente no que diz respeito a organização das UBSFs decorrente principalmente da comunicação e planejamento ausente ou deficiente entre coordenação e a UBSF citada 25 vezes (FA:25) conforme a fala destes estudantes, ou seja, quase uma unanimidade. É importante citar que a “coordenação” a que se referem os estudantes é vista de forma ambígua, ora sendo “coordenação”, ora sendo “faculdade”, não se identificando uma coordenação/setor especificamente responsável. Além deste item ressalta-se a “preceptorial” que é ausente, citada doze vezes (FA: 12). Neste aspecto compreendeu-se a definição de preceptorial como sendo segundo Botti et al (2008, p.365) - que faz uma revisão a respeito dos papéis do preceptor, supervisor, tutor e mentor – “a condição de ensinar procedimentos *clínicos ou competência clínica*

(grifo meu) ou ainda, o ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional em situações clínicas reais no próprio ambiente de trabalho”; aspectos estes específicos da função do médico como Houaiss (1999, p. 396) assim define: *clínica* - “Estudo médico feito sobre o corpo de um doente, ou a prática da medicina” e *clínico* - “Que se faz junto ao leito do doente”. Botti (2008) ainda identifica no preceptor um papel de “suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias”, fato este que por si só já parece justificar sua presença em um cenário de prática como a UBSF. O número bem elevado de estudantes que referem expressões de que a UBSF encontra-se desorganizada – categoria “organização” – é muito elevado, ou seja, 86%, cerca de nove em dez alunos entrevistados, e em relação a necessidade de um preceptor no local, 41%, o que já é quase a metade dos entrevistados.

Analisa-se ainda nas respostas à esta questão a *má* impressão daquela que poderia ser considerada uma das mais ricas atividades em Unidades Básicas de Saúde da Família: a visita domiciliar, vista desta forma como provável consequência da falta de planejamento das atividades na Unidade conforme o relato dos estudantes, apresentando-se com frequência absoluta de 9 entre todas as expressões negativas a respeito das atividades nas UBSFs. Abaixo seguem as tabelas relativas às categorias positivas e negativas criadas a partir de idéias e/ou expressões referidas na entrevista e sua frequência na questão quatro, tabelas 12 e 13 respectivamente, assim como a relação entre as impressões positivas e negativas, tabela 14.

Tabela 12 - Relação de categorias positivas criadas a partir de idéias e/ou expressões referidas na entrevista, sua freqüência e referência nos estudantes – Exemplos da questão 4 - “Como tem sido para você participar desde os períodos iniciais das atividades nas UBSF? O que você manteria e o que você modificaria nesta prática dentro das UBSF?” – Teresópolis – 2008.

CATEGORIAS POSITIVAS CRIADAS	EXEMPLOS DE IDÉIAS/EXPRESSÕES POSITIVAS REFERIDAS	FREQ. ABSOL	ENT.* %
Inserção com ressalvas	“O problema não é a inserção que é boa, mas...” “acho que obtive conhecimentos com a inserção, mas”; “proveitosa, mas...”; “extremamente importante, mas...”; “muito significativa, porém...”; “inicialmente era boa, mas...”; “Ir à casa dos pacientes é muito bom”.	08	28%
Humanização	“Tem que ter calor humano na medicina, você acaba vendo sofrimento de alguém e querendo ou não acaba aprendendo com ele”; “analisa o individuo e a comunidade em que se insere”.	02	7%
Integração da teoria e da prática	“Muito satisfatório, pois a diferença entre a teoria e a prática consiste em um abismo”; “muito positiva fazia o link entre a teoria e a prática definindo sua verdadeira vocação”; “verificava quem podia comprar ou não remédios”; “proporciona a prática precoce”; “perdi o medo do paciente e aprendemos a conversar com as pessoas”; “desde cedo convivemos com a realidade da medicina”.	10	35%
Total:		20	-

ENT: Significa entrevistados

Tabela 13 - Relação de categorias negativas/criticas criadas a partir de idéias e/ou expressões referidas na entrevista, sua freqüência e referência nos estudantes na questão 4 - “Como tem sido para você participar desde os períodos iniciais das atividades nas UBSF? O que você manteria e o que você modificaria nesta prática dentro das UBSF?” – Teresópolis – 2008.

CATEGORIAS NEGATIVAS/CRITICAS CRIADAS	EXEMPLOS DE IDÉIAS/EXPRESSÕES NEGATIVAS REFERIDAS	FREQ. ABSOL	ENT.* %
Preceptoria ausente (Condição de ensinar procedimentos clínicos ou competência clínica - Ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional)	“Há necessidade de ter alguém (médico) junto a nós na UBSF”; “tem que ter um profissional médico junto aos alunos”; “o preceptor é fundamental, pois fazer atividades só com o agente comunitário não é tão rentável”; “deveria ter alguém mais experiente, no caso o médico”; “só podia ficar perguntando na VD e não podia fazer um exame físico... meu trabalho era como de um agente comunitário, eu pago um curso de medicina então quero ter ensino para tal, faltava um preceptor”; “nas VDs só ia o agente comunitário quando deveria haver uma recepção melhor... uma orientação mais profissional”; “deveríamos discutir e refletir sobre os casos”; “deveria haver um tutor da faculdade na UBSF”; “o médico não podia acompanhar os alunos”; “a atenção poderia ser melhor, com um médico”.	12	41%
Qualidade do médico	“Os médicos da UBSF não eram bons”	01	3%
Organização da UBSF	“A estrutura da própria UBSF poderia ser melhor”; “não tinha muita atividade na UBSF e íamos embora”; “preenchia o horário somente”; “muita desorganização na Unidade”; “há sobrecarga da população atendida...”; “a comunicação não é boa entre a faculdade e o aluno”; “falta comunicação entre a UBSF e a Faculdade, e as atividades feitas na UBSF não eram as que desenvolvíamos nas sessões de tutoria”; “problemas de comunicação entre a UBSF e a Faculdade”; “tinha que ter um planejamento de atividades na UBS coincidindo com o que aprendemos no laboratório de habilidades”, “ficávamos como em um trabalho braçal”; “existe a necessidade de organizar as atividades nas UBSFs”; “deveria haver atividades pré-definidas para os alunos no posto”; “atividades desse ambiente deveriam estar programadas com as atividades do período”; “a atividade na UBSF é pouco efetiva por falta de conhecimento prévio nos períodos iniciais”..	25	86%
Má impressão da visita domiciliar	“Achava que o usuário não gostava da visita domiciliar além de não ser um ambiente adequado ao exame do paciente”; “achava que a visita não deveria ser obrigatória”; “nos dias de VD não havia tanto aprendizado”; “as minhas atividades nas Unidades eram inúteis, eu só fazia VD”; “não gostei, pois tinha que fazer VD só com agente comunitário”; “a VD não me acrescentava nada e era cansativa”; “melhorou quando parei de fazer VD”; “tiraria a VD e colocaria os alunos só acompanhando consultas”.	09	31%
Total:		47	-

Tabela 14 – Relação entre as impressões positivas e negativas referidas na quarta questão aberta – Teresópolis - 2008.

Questão	Expressões positivas	Expressões críticas/negativas	Total
Práticas nas UBSFs	30%*	70%*	100%

*Porcentagem obtida a partir da relação entre a frequência absoluta de cada uma destas expressões e o número total de expressões da questão 4.

7.5 - Formação profissional

O tema da formação profissional é abordado na quinta questão aberta “O novo modelo curricular adotado pelo UNIFESO na Faculdade de Medicina esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?” teve como objetivo verificar se a trajetória de formação profissional do aluno está sendo influenciada pela reforma curricular da Instituição.

Ressalta-se que após a aplicação da entrevista, já na elaboração das considerações finais desta dissertação, verificou-se que esta questão fornece uma idéia de “influência profissional” (trajetória profissional na questão), onde se quer verificar na verdade a influência em sua “trajetória de formação profissional”, o que é distinto, uma vez que estes alunos estão iniciando uma formação profissional e, portanto não são ainda de fato formados, o que poderia então comprometer a validade desta questão na pesquisa. Entretanto a análise das respostas sugeriu a compreensão da questão tendo como base a trajetória de formação e não a formação em si, sendo assim optou-se pela consideração da mesma. Outro fato importante para a manutenção desta questão é que as respostas sugerem ainda que estes estudantes estejam refletindo sobre o conceito de saúde e sobre o processo de adoecer, respostas estas que remetem a questão norteadora deste estudo. Afirmam que se sentem “mais humanizados” ou repensam suas especialidades conforme apresentado na tabela 15, como por exemplo, na categoria “humanização”: “não vejo mais o paciente como doença, vejo como ser humano e percebo como somos vulneráveis, ou ainda, “o novo modelo exercita a visão geral e mais humanizada do paciente e isto irá marcar para sempre minha vida profissional”.

Foi observada ainda nesta mesma categoria que os entrevistados consideraram a condição do novo modelo curricular como suscitar de modificações/valores em sua própria vida e não só do ponto de vista da trajetória de formação profissional como na especialidade médica que deverá seguir, conforme relatado: “mudou meu olhar sobre a vida e a realidade. Não vivemos em um mundo ideal, temos que ajudar com o que podemos nos exames e nos remédios”.

Assim como nas questões três e quatro também se optou por criar categorias positivas e negativas, que respectivamente poderiam ser definidas como aquelas categorias que expressam influência/impacto na trajetória profissional sob o novo modelo curricular e aquelas que *não* expressam esta influência/impacto. Esta classificação em categoria positiva e negativa foi considerada uma vez que uma das propostas da transformação curricular seria a de suscitar novos valores na trajetória de formação deste estudante conforme já verificado na fundamentação teórica, como o de repensar sua especialidade caso o mesmo já pensasse em alguma previamente, ou fomentar alguma outra baseada em sua vivência no PSF, ou ainda suscitar aspectos relativos à humanização, ou seja, um aspecto considerado positivo; ao passo que aquelas de classificação negativa não seriam capazes de suscitar estas transformações.

Foram criadas, portanto cinco categorias positivas: humanização; estímulo ao estudo; segurança com o paciente e além destas, “influência presente” desmembrada, apenas para melhor identificá-la, em relação a especialidade que aquele aluno pode seguir como: “sem definição de uma futura especialidade (inclusive modificando uma especialidade já definida e suscitando outra em seu lugar, ou suscitando alguma(s) sem que tivesse alguma escolha prévia)” e; “influenciando, mas com a especialidade já definida (modifica a maneira de ver a especialidade, mas não a muda)”.

Em relação às categorias negativas foi criada “influência ausente”, também desmembrada para melhor identificá-la em: “sem influência e sem especialidade”; e “sem influência com especialidade já definida (sem ou com percepção crítica/negativa da metodologia ativa)”.

O impacto causado pela transformação curricular é significativo com 80% de expressões positivas (FA: 32 expressões), ou seja, percebe-se que a partir da frequência destas expressões positivas que a maior parte dos entrevistados parece ser influenciada pela transformação curricular a ponto de haver, por exemplo, uma

frequência absoluta de 16 em “influência presente”. Nota-se que a influência da transformação curricular não traz necessariamente uma definição de especialidade, mas pode modificar uma especialidade já definida e suscitar outra em seu lugar; ou ainda suscitar alguma(s) sem que tivesse alguma especialidade escolhida previamente conforme é verificado nas expressões dos estudantes que se encontram na tabela 15. Além disto, a adoção do novo modelo curricular estimula o estudo e suscita a humanização com 06 de frequência absoluta. Em relação às categorias negativas, 20% das expressões sugerem que o novo modelo não tem influência em sua trajetória de formação profissional, não alterando uma especialidade que já tivesse sido definida, podendo ainda estas respostas conter críticas às metodologias ativas e às atividades em UBSFs conforme se verifica na tabela 16.

Esta questão também foi utilizada para verificar se a inserção precoce e as metodologias ativas seriam suficientes para “despertar” o interesse do estudante de medicina à saúde da família ou ao generalista sensível às demandas médico-sociais e inserido em uma formação acadêmica coerente às reais necessidades de prestação de serviços do Brasil conforme preconizam as DCN. Algumas respostas como: “queria fazer dermatologia e agora tenho dúvidas... gostei do estilo do PSF”; “influenciou muito, se tivesse no tradicional nunca pensaria em fazer PSF” ou ainda, “a função do médico é cuidar e vi que no PSF realmente se cuida e tem uma relação mais íntima com o paciente”, parecem remeter a esta condição na medida em que estes estudantes já “pensam” na especialidade Saúde da Família, embora efetivamente nenhum deles tenha respondido de fato que desejaria “optar”, desde agora ou futuramente, pela residência em Saúde da Família ou seguir esta especialidade. Entretanto, para que a opção pela especialidade supracitada comece a ganhar mais força e “concorra” junto a especialidades tradicionais como cirurgia geral, por exemplo, dependerá ao que parece, de tempo e do aperfeiçoamento do processo de mudança curricular. Abaixo seguem as tabelas relativas às categorias positivas e negativas criadas a partir de idéias e/ou expressões referidas na entrevista e sua frequência na questão cinco (tabelas 15 e 16), assim como a relação entre as impressões positivas e negativas (tabela 17). Optou-se por criar categorias maiores e abrangentes tanto nas categorias com classificação positiva como na negativa no que se refere a capacidade desta influência *estar* ou *não* presente, a fim de facilitar a compreensão das mesmas, entretanto fez-se uma

divisão apenas didática quanto a capacidade de modificar, criar, ou não criar idéias quanto as *especialidades* que os estudantes podem ou não seguir na trajetória de sua formação profissional conforme se pode verificar a seguir.

Tabela 15 - Relação de categorias positivas criadas a partir de idéias e/ou expressões, sua freqüência e referência nos estudantes na questão 5 - “O novo modelo curricular adotado pelo UNIFESO na Faculdade de Medicina está tendo alguma influência na sua trajetória profissional?” – Teresópolis – 2008.

CATEGORIAS CRIADAS	EXEMPLOS DE IDÉIAS/EXPRESSÕES POSITIVAS REFERIDAS	FREQ. ABSOL	ENT*. %
Humanização	“O novo modelo exercita a visão geral e mais humanizada do paciente e isto irá marcar para sempre minha vida profissional”; “mudou meu olhar sobre a vida e a realidade. Não vivemos em um mundo ideal, temos que ajudar com o que podemos nos exames e nos remédios”; “a função do médico é cuidar e vi que no PSF realmente se cuida e tem uma relação mais íntima com o paciente”; “não vejo mais o paciente como doença, vejo o paciente como ser humano e percebo como somos vulneráveis”; “me aproximou mais do paciente e acho que vou ter mais facilidade com ele”.	06	21%
Estímulo ao estudo	“Estimula o estudo”; “corre atrás do que você quer!”; “me ajudará após o término da faculdade”; “incentiva a estudar”; “me ensinou a buscar sempre”.	09	31%
Influência presente	<u><i>Influenciando, mas sem definição de especialidade</i></u> <u><i>Modificando uma especialidade já definida e suscitando outra em seu lugar; ou suscitando alguma(s) sem que tivesse alguma escolha prévia</i></u> “A inserção na prática desde os primeiros períodos me possibilitou entrar em contato com diversas especialidades”; “me fez pensar em várias especialidades”. “Muda muito, mas ainda não tenho definição de especialidade”; “o cenário precoce já apura nossa visão, mas ainda não sei”; “a abordagem prática está me auxiliando muito em relação às minhas escolhas e na minha própria habilidade”; “queria fazer dermatologia e agora tenho dúvidas... gostei do estilo do PSF”; “influenciou e todo semestre eu mudo de especialidade porque o método te coloca frente à prática e te incita muito”; “influenciou muito, se tivesse no tradicional nunca pensaria em fazer PSF”; “verifiquei que não devo fazer uma especialidade que tenha este approach, este calor humano; quero ser mais prático”.	16	55%
	<u><i>Influenciando, mas com a especialidade já definida (modifica a maneira de ver a especialidade).</i></u> “Influenciou, mas acho que intensificou o gosto pela geriatria que eu já tinha”; “já tinha alguma inclinação para a clínica médica e me aguçou mais ainda”; “pensava na cardiologia, mas agora com uma percepção diferente”; “o contato precoce me fez ter mais apreço a psiquiatria, que já era uma especialidade pretendida”.		
Segurança com o paciente	“Sinto-me mais segura com o paciente, o exame físico, por exemplo, fica mais fácil”.	01	3%
Total:		32	-

* ENT %: Significa entrevistados em porcentagem

Tabela 16 - Relação da categoria negativa criada a partir de idéias e/ou expressões, sua freqüência e referência nos estudantes na questão 5 - “O novo modelo curricular adotado pelo UNIFESO na Faculdade de Medicina esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?” – Teresópolis – 2008.

CATEGORIAS NEGATIVAS CRIADAS	EXEMPLOS DE IDÉIAS/EXPRESSÕES NEGATIVAS REFERIDAS	FREQ. ABSOL	ENT.* %
Influencia ausente.	<u>Sem especialidade</u> “Não sei o que vou fazer e não acho que tenha influência”; “não sei e não influenciou”; “dúvidas em neurologia e cardiologia, mas não me senti influenciado”.	08	28%
	<u>Especialidade já estava definida, sem ou com percepção crítica / negativa da metodologia ativa e das atividades em UBSFs</u> “Sem influência e desde o inicio do curso penso na área de ortopedia e trauma e até agora não mudei de opinião”; “Não mudou em nada, ainda quero fazer o já pensava, e a visão biopsicosocial vem da minha consciência e do que acredito”; “desde que entrei penso em fazer cardiologia, e não me senti influenciado”.		
Total		08	-

* ENT %: Significa entrevistados em porcentagem

Tabela 17 – Relação entre as impressões positivas e negativas referidas na quinta questão aberta – Teresópolis - 2008.

Questão	Expressões positivas	Expressões críticas/negativas	Total
Influência na trajetória de formação profissional	80%*	20%*	100%

*Porcentagem obtida a partir da relação entre a freqüência absoluta de cada uma destas expressões com o número total de expressões da questão 5.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das questões permitiu dentro do objetivo proposto no título deste projeto, “Aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde da Família e Metodologias Ativas: o olhar do estudante de medicina do UNIFESO” identificar a percepção destes estudantes quanto ao uso das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, e de sua inserção precoce em cenários de prática e aprendizagem, no caso as UBSFs, do município de Teresópolis-RJ. Foi verificado ainda o impacto no processo de sua formação profissional pela transformação curricular. Esta análise foi construída, como já definido anteriormente, a partir do número de entrevistados, das categorias mais frequentes e, da soma das idéias ou expressões que foram utilizadas para a construção destas categorias, como nas questões abertas 3, 4 e 5 com sua conotação positiva ou negativa, exceto para as questões 1 e 2 que foram analisadas a partir do número de *entrevistados e de suas respectivas categorias mais freqüentes sem conotação positiva ou negativa.*

Pode-se sugerir a partir desta análise final que o estudante entrevistado pertence tanto ao sexo masculino como feminino, tem entre 20 a 23 anos, tendo escolhido a instituição por referência, não considerando sua mudança curricular. Possui uma impressão positiva das metodologias ativas no ensino referindo-as como estimulantes embora precisando de aperfeiçoamento. Em relação às atividades nas UBSFs possui uma impressão negativa devido à sua desorganização e à necessidade de um preceptor local embora reconheça a integração entre a teoria e a prática como positiva. A influência desta transformação curricular em sua trajetória de formação profissional parece ser significativa suscitando alguma especialidade ou modificando alguma preexistente, além de estimular o estudo e humanizar.

Segue-se abaixo a tabela que sintetiza esta análise, assim como a identificação da idade e gênero do estudante de medicina do UNIFESO diante da mudança curricular tendo como base a entrevista elaborada neste projeto. Foram utilizadas as freqüências relativas dos entrevistados com suas respectivas categorias para uma melhor análise comparativa.

Tabela 18 – Síntese do olhar do graduando do curso de medicina a respeito do novo modelo curricular a partir da análise do número de entrevistados, categorias e suas expressões predominantes – Teresópolis - 2008.

Itens	Perfil e olhar do estudante
Gênero	Masculino ou feminino na mesma proporção
Idade	Entre 20 a 23 anos (90%)
UBSF	Distribuídos de forma proporcional
Motivo de escolha para cursar medicina no UNIFESO*.	Referência da instituição como categoria de maior frequência seguida da localização. 83% dos entrevistados.
Conhecimento sobre a adoção de um novo modelo de ensino pelo UNIFESO*.	A maioria não tinha conhecimento (66% dos entrevistados) sobre a adoção de um novo modelo de ensino.
Relação de entrevistados que tinham conhecimento sobre a adoção de um novo modelo de ensino pelo UNIFESO e que este aspecto <i>influenciou ou não</i> na sua decisão*.	A maior parte dos 34% dos entrevistados que tinham este conhecimento, não considerou este aspecto na sua escolha justificando a referência positiva da instituição como decisória.
Experiência com as metodologias ativas no ensino da medicina do UNIFESO.**	Possui uma impressão positiva (63% das expressões) sendo que o <i>estímulo ao aprendizado</i> (41%e.) e a <i>Integração entre a teoria e a prática</i> (34%e.) é sua principal vantagem; já na visão crítica/negativa acredita que haja a <i>necessidade de aperfeiçoamento</i> do método (38%e.) tendo ainda <i>apreensão inicial</i> (28%e.) sobre o mesmo.
Atividades nas UBSF.**	Possui uma impressão negativa (70% das expressões) sendo que a <i>organização</i> na UBSF se constitui na principal crítica (86% e.), além da <i>preceptorial ausente</i> (41% e.); no entanto percebe como impressão positiva a <i>integração entre a teoria e a prática</i> (35% e.) e a <i>inserção</i> , ainda com ressalvas, como positiva (28%e.).
Influência na sua trajetória de formação profissional.**	Impressão positiva (80% das expressões). <i>Influência presente</i> (55% e.). <i>Estimula o estudo</i> (31% e.). Favorece a <i>humanização</i> (21% e.). Potencializa a opção pela especialidade de médico da família.

(e) Significa entrevistados em porcentagem

* Questões analisadas pela porcentagem de entrevistados e categorias.

** Questões analisadas pela porcentagem de entrevistados, por categorias, e pela frequência relativa de suas expressões positivas e negativas.

Os termos em itálico representam as categorias.

Pela leitura anterior percebe-se que este estudante está sendo influenciando significativamente na sua trajetória de formação profissional pelo novo modelo curricular, justificado talvez pela impressão positiva do uso das Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem, ressaltando que esta *não* é utilizada na inserção dos alunos junto às Unidades Básicas de Saúde da Família. Esta impressão positiva pode ser justificada pela elaboração das “situações-problema” por uma comissão de professores designados pela instituição que têm como objetivo “construir” problemas que abordem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e ambientais a respeito do processo de saúde/doença em sua formulação. Estas situações-problema são avaliadas junto a tutores em salas de tutoria com um número limitado

de alunos, em torno de doze por grupo, definido como módulo tutorial que será mais bem avaliado adiante.

Por outro lado a inserção precoce em Unidades Básicas de Saúde da Família apresenta problemas como um cenário adequado de aprendizagem devido à falta de um melhor planejamento entre esta e a instituição que melhor integre o ensino-serviço-comunidade e conseqüentemente melhore sua *organização*, e à *ausência de um preceptor local*.

Sendo assim, é de fundamental importância que haja a resolução destes aspectos uma vez que esta inserção pode se tornar em um efetivo instrumento de integração à realidade daqueles alunos que concomitantemente estão sendo submetidos ao módulo tutorial – sessões de tutoria e conferências - mas que o mesmo não foi suficiente para sensibilizá-los às questões médico-sociais da população; ou ainda caso se mantenha, afastar os que já haviam sido sensibilizados, comprometendo assim o sucesso da transformação curricular.

Desta forma ao responder a questão norteadora formulada se “*a inserção de estudantes de medicina do primeiro ao quarto períodos na UBSF, e o uso de Metodologias Ativas de Ensino/Aprendizagem contribui para uma nova percepção sobre a saúde e o processo de adoecer?*” poder-se-ia sugerir que *sim*. Entretanto este “*sim*” parece ser mais bem representado e ter mais sentido quando justificado pelo uso das metodologias ativas no módulo tutorial, do que pela inserção e experiência dos Alunos em Unidades Básicas de Saúde da Família conforme será mais bem analisado a partir deste momento.

Em relação a organização das atividades dos alunos junto às UBSFs é importante ressaltar que existe no Curso de Graduação de Medicina do UNIFESO desde a incorporação da mudança curricular, ou seja, há três anos, a Comissão de Integração Ensino Trabalho Comunidade – CIETC, ou ainda denominada IETC - que é responsável pelo planejamento das atividades dos alunos dos primeiros períodos nas UBSFs. Além desta Comissão foi instituída a Coordenação de Atividades de Educação Permanente –EP- nas UBSFs que possui como objetivo apoiar o processo de integração ensino/trabalho/comunidade junto a Atenção Básica em Saúde, utilizando-se da Educação Permanente. Este último grupo também é designado como Educação Permanente em Integração Ensino/Trabalho/Comunidade na Atenção Básica à Saúde e foi instituído, em fevereiro de 2007 pelos gestores da UNIFESO sendo constituído por sete docentes facilitadores, oriundos

dos diferentes cursos (medicina, enfermagem e odontologia) e uma docente coordenadora. Além disto conta com a participação da coordenação do PSF e da Atenção Básica em suas reuniões, encontrando-se envolvido com a reforma curricular e responsável pelo acompanhamento dos territórios das 14 equipes de saúde da família existente no Município de Teresópolis. Já foram realizadas várias reuniões do grupo de Educação Permanente até o momento visto ser sua periodicidade semanal (CIETC, 2008).

Inicialmente as atividades programadas para os alunos junto às Unidades, assim como os objetivos propostos e competências a serem desenvolvidas foram elaborados majoritariamente pela comissão de currículo e pela coordenação da CIETC. Posteriormente devido às “dificuldades externadas por estes alunos e pelas próprias equipes de Saúde da Família” foram realizadas algumas reuniões entre os profissionais das equipes de saúde, alunos, coordenação da CIETC, coordenação da Atenção Básica, representantes da comunidade, docentes do curso de enfermagem, medicina e odontologia e coordenação do Programa de Saúde da Família para reavaliação e aprimoramento do processo de trabalho possibilitando “uma ampla reflexão” acerca deste e da atenção básica, tendo a partir daí havido a reorganização do planejamento de algumas atividades junto às UBSFs (CIETC, 2007 s/pág.). Dentre estas reuniões se destaca a criação em 2007 da Oficina de Trabalho de Planejamento de Mudança Curricular (CIETC, 2007), que teve por finalidade propiciar a identificação de estratégias para a superação dos principais problemas do processo de trabalho das equipes dentro dos princípios do PSF e estabelecer os objetivos de aprendizagem, competências e habilidades a serem alcançadas pelos alunos nos diferentes períodos dos cursos de graduação. Ao final desta obteve-se uma avaliação contando com mais de 90% de seus participantes, onde foi verificado que o objetivo da mesma foi alcançado destacando-se:

“A oportunidade de troca de experiências entre as equipes, com a possibilidade de ser ouvido e de ouvir outras formas de organização do processo de trabalho, na tentativa de buscar um arranjo que contemple de forma mais adequada os princípios da estratégia de saúde da família”.

“A integração proporcionada entre os diversos segmentos (equipe, alunos, gestores e docentes), com a complementaridade das diferentes visões em relação aos problemas, possibilitando a identificação de propostas que aproximem a forma de organizar as intervenções na saúde das necessidades dos grupos de moradores”.

“A oportunidade para uma maior integração das equipes entre si e com os alunos proporcionando um trabalho mais prazeroso e satisfatório” (CIETC, 2007 s/pág.).

Em julho de 2008 foi realizada outra Oficina do PSF de Teresópolis com objetivos semelhantes à primeira destacando-se a presença de coordenadores dos cursos de graduação do UNIFESO, bem como os pró-reitores, o reitor e o secretário municipal de saúde. Destacava-se a “proposta de construção da agenda positiva para o PSF” com ações integradas entre a SMS e o UNIFESO de modo que neste “eixo da parceria” houvesse a produção do cuidado em saúde que causasse impacto e que respondesse às necessidades de saúde de indivíduos das famílias e comunidade. Dentre os vários itens sugeridos nesta agenda positiva destacava-se ainda: a necessidade de definições formais de cobertura pelas equipes; a criação de protocolos/diretrizes construídos a partir da relação com os estudantes e profissionais do PSF; reavaliação entre o PSF e o HCTCO, e a construção de uma rede escola de cuidado à saúde com implementação de comitês para a reestruturação da rede de serviços municipais com consultoria externa. Além destes, propunha-se discutir a valorização dos profissionais que aí atuam como a questão salarial. A qualificação das equipes em Educação Continuada e as suas demandas identificadas em Educação Permanente, assim como o questionamento quanto aos preceptores dos serviços, no caso professores visitantes, também foram citados. Apesar desta intencionalidade, os resultados obtidos foram de que é necessário “formalizar processos mais claros de pactuação entre a instituição e a SMS deste município” que possa envolver os profissionais das equipes de PSF na construção da melhoria de atenção à saúde, bem como na inserção dos estudantes na rede de serviços de saúde. Conclui-se ainda que o compromisso institucional deverá estar amparado nas principais demandas apresentadas nesta oficina pelos atores envolvidos com as USF (CIETC, 2008).

Nesta Oficina foram verificados pontos positivos e negativos que não se limitaram naturalmente às questões da inserção dos alunos nas Unidades. Foram abordados outros itens apresentados pelas equipes de saúde aí representadas. Dentre exemplos de pontos negativos: necessidade de isonomia salarial entre os diversos membros das equipes que possuem contratos/salários distintos de acordo à época de admissão; melhoria da referência-contrareferência; vale transporte para agentes; incentivo (salarial) do UNIFESO aos funcionários da prefeitura; determinação de horário de almoço; falta de materiais (medicações e vacinas em algumas vezes); extensão do plano de saúde a dependentes, e falta de profissionais (médicos) em algumas unidades. Já entre os pontos positivos: integração das

equipes; vínculo com a população local e alunos de enfermagem com boa integração. (UNIFESO-CIETC 2008 s/pag.).

Além destas Oficinas vêm sendo realizados encontros como “Acolhimento aos estudantes na Atenção Básica em Saúde da Família” – ABSF-, no início de cada período (semestralmente), para apontar potencialidades e dificuldades no processo de trabalho que incluíssem os estudantes nestas discussões (CIETC, 2008).

Estes aspectos demonstram que até o momento houve esforços no sentido de se estabelecer uma otimização não só pela própria CIETC, mas ainda com a participação da Pró-reitoria de Pesquisa, pós-graduação e extensão – PROPPE; da Pró-reitoria de graduação – PRO-GRAD e do Centro de Ciências da Saúde CCS, a respeito do planejamento de atividades do Módulo de Práticas Profissionais em UBSFs, principalmente através da realização destas Oficinas. No entanto, apesar da criação uma agenda positiva como foi apresentada nesta última reunião, não se parece ter estabelecido ainda resultados efetivos nos nós críticos apresentados durante as mesmas principalmente como já referido, “com os atores envolvidos com as USF”, o que pode justificar em parte o descontentamento dos alunos entrevistados desta pesquisa a respeito de sua inserção em UBSFs.

Outro aspecto a ser considerado é que os problemas apresentados na inserção em UBSFs podem também ser justificados em parte pela diferentes ofertas de recursos físicos, técnicos e humanos para ensino-aprendizagem nos módulos que compõe a estrutura curricular do curso de graduação de medicina do UNIFESO, ou seja: *módulo tutorial (MT) e módulo de prática profissional (MPP)*.

A organização bem eficiente do Módulo Tutorial que é composto por sessões de tutoria feitas em salas específicas com tutores e co-tutores, e conferências no Campus Universitário tendo como objetivo estimular o estudante a conquistar autonomia para a busca da informação científica a partir de problemas apresentados em sete passos ou etapas, parece garantir o sucesso das metodologias ativas que são aí desenvolvidas. A percepção de que há necessidade de aperfeiçoamento destas, além da sensação de insegurança inicial quanto a sua eficiência por parte dos estudantes entrevistados não parece ameaçar a eficácia deste módulo senão ao contrário garantir seu aprimoramento.

Por outro lado, o Módulo de Prática Profissional que tem como objetivo favorecer o desenvolvimento de habilidades para a prática profissional incluindo aí vários cenários, além da própria UBSF e do Hospital da Instituição possui enormes

diferenças entre suas estruturas físicas, organizacionais e de recursos humanos aí inseridos, ou seja, apesar destes *cenários* terem o mesmo objetivo designado, estes guardam enormes diversidades principalmente no que diz respeito ao *ambiente de ensino-aprendizagem e disponibilidade do preceptor/instrutor local*. Fazem ainda parte deste: Laboratório de Habilidades (LH), Laboratório Morfofuncional (LMF) e laboratórios específicos. No LH, por exemplo, os estudantes sob supervisão de um Professor / Instrutor e com a colaboração de monitores, desenvolvem técnicas de comunicação e destrezas manuais e sensitivas para a prática profissional, sendo equipado com TV e videocassete e salas para entrevista com câmeras de filmagem e manequins técnicos. O LMF por outro lado disponibiliza peças de anatomia humana, painéis, atlas, lâminas e computadores com programas específicos que contemplam o estudo das células, dos tecidos e dos sistemas orgânicos. O CCBD (Centro de Capacitação em Base de Dados) é considerado um cenário complementar de ensino-aprendizagem. Ressalta-se que na organização de atividades para cada período – semana padrão – há horários para instrutoria e consultorias realizados com docentes para esclarecimento de dúvidas em relação ao aprendizado nestes dois módulos: tutorial e MPP (UNIFESO, 2007).

Já em relação ao cenário da UBSF, ainda componente do MPP, sua equipe apresenta-se comprometida com uma complexa e simultânea quantidade de funções expressas entre a demanda da comunidade, organização de seu trabalho, além do comprometimento com o processo ensino-aprendizagem de diversos períodos e cursos – vide tabela 20 - sem que haja a identidade de um preceptor local bem definido. Atualmente esta figura do preceptor, como um profissional externo à Unidade, é inexistente sendo atribuído este papel aos diferentes integrantes da equipe que tanto pode ser o médico, o enfermeiro ou os agentes comunitários. Tal fato acaba por provocar uma falta de identidade junto ao estudante de quem é o efetivamente responsável e melhor capacitado pela sua recepção neste cenário. Esta situação é agravada pelo alto número de famílias adscritas por Unidade -1500 famílias em algumas Unidades contra um número ideal de 800 a 1000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). - como compensação à falta de expansão do PSF no município que se encontra com uma cobertura de 32% da sua população neste momento. Tal condição também acaba por gerar uma sobrecarga de serviços e atividades junto à comunidade e por fim na definição do papel do PSF tanto para a própria equipe como para os estudantes aí inseridos. É importante citar que se houvesse a

readequação das UBSFs ao número de famílias determinado pelo MS provavelmente a disponibilidade das equipes aos alunos dos primeiros períodos seria bem maior e a necessidade de um preceptor externo poderia ser reavaliada. Infelizmente não é o que ocorre atualmente. (ANDRADE et cols, 2006; MINISTÉRIO DA SAUDE, 2008).

Abaixo seguem duas tabelas: tabela 19 relativa aos cursos, respectivos períodos e sua freqüência inseridos nas UBSFs, e a tabela 20 com a divisão dos módulos que compõe a organização curricular do curso de graduação de medicina do UNIFESO e suas características principais.

Tabela 19 – Relação de cursos do UNIFESO, períodos e sua freqüência inseridos nas UBSFs – Teresópolis - 2008.

CENÁRIO	ESTUDANTES INSERIDOS**					
	MEDICINA	F*	ENFERMAGEM	F*	ODONTOLOGIA	F*
Unidades Básicas de Saúde da Família	1º,2º,3º,4º e 5º	S	1º e 2º	S	Internato	D
	Internato (9º)	D	Internato (8º)	D		
Duração	06 meses		03 meses		06 meses	

** Os estudantes de medicina e enfermagem estão inseridos em todas as Unidades enquanto a odontologia somente em algumas

F*: Corresponde à freqüência do aluno na Unidade: S: semanal; D: diária.

Fonte: Organização curricular do curso de graduação de medicina do UNIFESO - Manual do Instrutor para o primeiro, segundo, terceiro e quarto períodos (UNIFESO, 2007 e 2008).

Tabela 20 – Organização curricular do atual curso de graduação em medicina do UNIFESO e suas características principais – Teresópolis - 2008.

MÓDULOS	COMPOSIÇÃO		
	CENÁRIOS	RECURSOS OU EQUIPAMENTOS	TUTOR/PRECEPTOR OU RESPONSÁVEL
MÓDULO DE PRÁTICA PROFISSIONAL	UBSF*	Recursos da própria Unidade	Própria equipe
	LMF**	Peças de anatomia humana, painéis, atlas, lâminas e computadores com programas específicos	Professor / Instrutor
	LH**	TV, videocassete, salas para entrevista com câmeras de filmagem e manequins técnicos.	Professor / Instrutor e com a colaboração de monitores
	HCTCO E ESPAÇOS DA SMS*	Recursos do Hospital e dos ambulatórios da SMS	Própria equipe
	CCBD**	Sala com computadores e acesso a internet	Professor/instrutor ou monitor.
	LABORATÓRIOS OUTROS**	Recursos específicos para diversas disciplinas: Anatomia, Anatomia Patológica, Histologia, Microbiologia e Parasitologia entre outras.	Professor/instrutor ou monitor
MÓDULO TUTORIAL	SESSÕES DE TUTORIA**	Dinâmica de tutoria em sete passos ou etapas c/tutor	Tutor e co-tutor
	CONFERÊNCIAS**	Palestras, mesas-redondas, painéis e oficinas.	Conferencista
BIBLIOTECA**			

Fonte: Organização curricular do curso de graduação de medicina do UNIFESO - Manual do Instrutor para o primeiro, segundo, terceiro e quarto períodos (UNIFESO, 2007).

(*) e (**) referem-se à localização de suas atividades: (*) Externo ao Campus Universitário; (**) Campus Universitário.

Além dos aspectos já relacionados ao processo de trabalho das equipes das UBSFs que indiretamente e até mesmo diretamente influenciam no ensino-aprendizagem destes alunos, é importantíssimo verificar como as competências sugeridas para serem desenvolvidas nestes cenários possam (ou não) realmente serem estabelecidas; fato este que também pode justificar o descontentamento entre estes estudantes e até mesmo a sensação de impotência dos profissionais das Unidades, que seriam responsáveis pela preceptoria dos mesmos, quando não conseguem a sua efetivação. Observa-se que em muitas destas competências sugeridas não há especificação de quem seria o responsável na equipe por sua aplicação (uma vez que não há preceptor externo nos cenários) o que pode causar dificuldades no seu desenvolvimento. No caso das competências do primeiro período, por exemplo: De quem seria a responsabilidade de aferir pressão arterial,

pulso e temperatura axilar? Caberia esta função ao médico, enfermeiro ou ao auxiliar de enfermagem? Aplicar o instrumento do SIAB (planilha com relação de consultas/procedimentos do Sistema de Informação da Atenção Básica) seria atribuição do médico, enfermeiro ou agente comunitário? Coletar dados sobre o território seria atribuição do médico, enfermeiro ou do agente comunitário de saúde? É evidente que os papéis de cada membro da equipe de Saúde da Família são claros no processo de trabalho, embora seja questionável se é necessário que se estabeleça um protocolo determinando ou indicando qual seria o profissional da equipe mais indicado para o desenvolvimento daquela competência junto ao aluno (CIETC, 2008-1, 2008-2).

Esta situação pode ainda criar distorções *entre* as próprias equipes desta responsabilidade profissional, ou seja: em determinada equipe é o auxiliar de enfermagem o responsável pela aferição da pressão arterial, enquanto em outra é o enfermeiro, o que pode gerar comparações nos próprios estudantes quanto ao profissional mais indicado para o ensino-aprendizagem daquela função.

Nota-se que as dificuldades ou obstáculos ao desenvolvimento destas competências são considerados comuns a todos os períodos, uma vez que representam problemas da estruturação do ensino, trabalho e comunidade da própria UBSF e que provavelmente “representa” ou é “resignificado” na ótica do estudante entrevistado desta pesquisa como um “planejamento deficiente ou ausente na UBSF decorrente da má ou da falta de comunicação entre esta e a Faculdade”. Ressalta-se que quanto maior é a complexidade das competências em cada período mais significativos tornam-se estes obstáculos, o que sugere que a presença do preceptor, no caso um médico *externo*, principalmente para o terceiro e quarto períodos, se faz necessária uma vez que as competências exigidas nesta fase já demandam conhecimentos específicos, como por exemplo: o exame físico em idosos e o exame oftalmoscópico respectivamente.

Outro aspecto importante é notar que o estudante entrevistado *não* reconhece no médico da Unidade esta preceptoria uma vez que a disponibilidade deste profissional é limitada pela sobrecarga e demanda de atividades da própria Unidade, como já foi apontado, ainda que o mesmo possa estar capacitado para tal, questionando-se então a necessidade de um médico *externo* (*preceptor*) à equipe. Já em relação aos outros membros da equipe esta “preceptoria” é questionável não pelo aspecto da disponibilidade dos mesmos como em relação ao médico, mas,

sobretudo pela capacitação e/ou habilitação dos mesmos em relação ao desenvolvimento das competências exigidas, conforme se verifica nos exemplos das expressões negativas da categoria “preceptoria ausente” na tabela 13: “o preceptor é fundamental, pois fazer atividades só com o agente comunitário não é tão rentável”; “só podia ficar perguntando na VD e não podia fazer um exame físico... meu trabalho era como de um agente comunitário, eu pago um curso de medicina então quero ter ensino para tal, faltava um preceptor”.

Em síntese, em relação ao primeiro período a “preceptoria” realizada por agentes comunitários e auxiliares/técnicos de enfermagem parece ser aceitável para estes estudantes embora na medida em que a complexidade das competências aumente para os períodos subseqüentes a figura do enfermeiro e do médico se torna gradativamente exigida e por fim, já no terceiro e principalmente quarto período, exclusivamente do médico.

Na tabela a seguir, ou seja, a de número vinte e um são relacionadas algumas das competências sugeridas para os estudantes - em grupos de seis até nove - inseridos nas UBSFs por cada período, tendo como exemplo a programação do primeiro e segundo semestre de 2008, e as prováveis dificuldades, principalmente no processo de ensino-aprendizagem, para seu desenvolvimento adequado. É importante frisar que no Planejamento das Atividades nas UBSFs proposto pela CIETC para os períodos de 2008-1 e 2008-2 relativos à inserção dos estudantes de graduação em medicina na Atenção Básica, são apresentados os seguintes tópicos: “objetivos”, “competências” e “atividades propostas”, sendo que as “competências” foram escolhidas por definirem de forma clara e específica as tarefas a serem desenvolvidas pelos estudantes nestes cenários (CIETC, 2008-1, 2008-2).

Já na tabela vinte e dois são relacionadas as dificuldades apontadas para o correto desenvolvimento das competência sugeridas e as sugestões de soluções para as mesmas.

Tabela 21 – Relação entre alguns exemplos de competências a desenvolver nas UBSFs por período e as dificuldades apontadas para seu desenvolvimento – Teresópolis - 2008.

MPPP	PER.	COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	DIFICULDADES APONTADAS
UBSF	1º	Aplicar técnicas de entrevista; construir e aplicar anamnese; aferir pressão arterial, pulso e temperatura axilar; coletar e sistematizar dados sobre o território; construir a história de vida da região e de seus moradores.	.Atenção ausente ou reduzida da equipe ao estudante devido à sobrecarga de trabalho causada pelo elevado número de famílias adscritas justificadas em parte pela falta de expansão do PSF no município, o que acarreta: maior número de consultas por demanda programada e espontânea, VDs,
	2º	Construir anamnese individual e da família; proceder ao exame físico da gestante (sinais vitais, pele, manobra de Leopold-Zweifel, aferição de fundo uterino); proceder a coleta de preventivo e aplicação de vacinas; planejar com a equipe ações capazes de interferir nos indicadores do Pacto pela Saúde	preenchimento de planilhas de consultas, cadastramento de gestantes, hipertensos, diabéticos, busca ativa de pacientes sob risco e/ou acompanhamento.
	3º	Proceder ao exame físico (aspecto geral, sinais vitais, pele e fâneros, cabeça e pescoço, aparelho cardíaco-respiratório, abdômen, ósteo-articular) Proceder ao exame físico em idosos direcionando aspectos relativos à autonomia, cognição e memória. Realizar investigação de contatos e acompanhamento do tratamento dos pacientes portadores de tuberculose, HIV/AIDS, hanseníase e hepatite.	.Falta de preceptoría (externa). .Falta ou má comunicação entre a Faculdade e a UBSF. .Desorganização da UBSF. .Impossibilidade em alguns momentos de integrar situações-problema do módulo tutorial com as atividades na Unidade.
	4º	Proceder ao exame do pé em diabéticos Proceder ao exame oftalmoscópico Proceder à investigação peri-domicilar dos casos de tuberculose, DST, HIV/ AIDS, Hansen e hepatite de sua comunidade, de forma a interferir nos Indicadores do Pacto pela Saúde	.Espaço físico limitado em algumas Unidades para o número de alunos inseridos. .Indefinição de que membro da equipe seria o preceptor ideal para desenvolver determinadas competências. .Desinteresse ou não participação dos alunos nas atividades da UBSF

*Fontes: Planejamento de Atividades do MPP/Cenários Vivos para o primeiro, segundo, terceiro e quarto períodos propostos pelo CIETC junto às UBSFs para 2008-1 e 2008-2 (CIETC, 2008-1, 2008-2).; (COSTA a, 2007).

Tabela 22 – Relação das dificuldades apontadas nas UBSFs e soluções propostas – Teresópolis - 2008.

DIFICULDADES APONTADAS	SOLUÇÕES PROPOSTAS
<ul style="list-style-type: none"> .Atenção ausente ou reduzida da equipe ao estudante devido à sobrecarga de trabalho causada pelo elevado número de famílias adscritas o que acarreta maior número de consultas. .Falta de expansão do PSF no município. .Falta de preceptoría (externa). .Falta ou má comunicação entre a Faculdade e a UBSF. .Desorganização da UBSF. .Impossibilidade em alguns momentos de integrar situações-problema do módulo tutorial com as atividades na Unidade. .Espaço físico limitado em algumas Unidades para o número de alunos inseridos. .Indefinição de que membro da equipe seria o preceptor ideal para desenvolver determinadas competências. .Desinteresse ou não participação dos alunos nas atividades da UBSF. 	<ul style="list-style-type: none"> .Imediata expansão do PSF no município com reorganização das regiões cobertas. .Redução do número de famílias adscritas para o estipulado pelo MS (800 a 1000). .Considerar a necessidade de preceptoría externa nas UBSFs. .Melhorar e manter permanentemente a comunicação/participação das equipes junto a representação da instituição como o CIETC, coordenação do PSF, coordenação da Atenção Básica, comissão de currículo e coordenação de medicina para participação no planejamento das atividades e competências/habilidades junto às UBSFs suscitando maior interesse dos alunos e integração de atividades de acordo ao módulo tutorial. .Relocação de alunos conforme o espaço físico das Unidades quando necessário. .Determinação do preceptor ideal (externo ou interno) na equipe de acordo às competências determinadas.

Fonte: COSTA a, 2007.

É visível portanto que apesar das evidências técnicas e éticas de que a atenção básica é um campo de campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deveriam inserir seus alunos, como referido por Campos (2005); percebe-se que esta inserção encontra diversos desafios também em outras instituições.

Gil et als (2008, p.234 e 238), a partir das vivências nos cenários de prática com graduandos em medicina da Universidade Estadual de Londrina – UEL -, referem: os diferentes tempos institucionais dos serviços e do ensino para atender às necessidades de saúde da comunidade gerando pouco tempo para as práticas com os estudantes; adesão diminuída dos estudantes por ainda não possuírem habilidades e atitudes que contribuam para o cuidado perante a demanda existente nos serviços, gerando frustrações e “sensação de que atrapalham o serviço”; “falta de tempo dos profissionais de saúde para os estudantes aí inseridos” além da perda do significado das visitas domiciliares feitas por estudantes que se orientam predominantemente para o diagnóstico dos problemas de saúde da comunidade, sem uma proposta de solução para as mesmas. Outros aspectos apontados por estes autores seriam a necessidade de capacitação em Metodologias de Ensino aos

profissionais que se interessassem pela preceptoria e ainda à falta de gratificação diferenciada para os mesmos.

Em relação a estas questões, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíra recentemente o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde, definido como “um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dirigido aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS”. O PET-Saúde oferecerá bolsas a estudantes de graduação e professores de IES e profissionais do PSF que desempenharem tutoria acadêmica e preceptoria. (DOU, 2008 -I, p. 27).

Este Programa endossa o papel da União na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde já explicitados nesta dissertação, além de considerar a necessidade no processo de integração ensino-serviço e capacitação pedagógica, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática.

Assim diante das expressões apresentadas pelos estudantes à inserção em UBSFs tais como: “tinha que ter um planejamento de atividades na UBSF coincidindo com o que aprendemos no laboratório de habilidades”; “ficávamos como em um trabalho braçal” ou ainda, “existe a necessidade de organizar as atividades nas UBSFs”, demonstra-se que é preciso definir estratégias de ensino que contemplem as demandas dos alunos e tornem mais atrativas as práticas em saúde nestes cenários. Do contrário os resultados obtidos a partir desta inserção serão negativos na formação deste estudante.

Expandir esta pesquisa e analisar outras Escolas Médicas como a Universidade Estadual de Londrina –UEL- e a Faculdade de Medicina de Marília –FAMEMA- pela experiência das mesmas na mudança curricular com a inserção de alunos em novos cenários de prática e, sobretudo pela participação das mesmas ao projeto UNI, com o intuito de realizar uma análise comparativa com os resultados obtidos do UNIFESO pode-se constituir em uma interessante proposta de continuidade desta dissertação. Seria possível verificar a percepção dos alunos destas instituições a respeito da transformação curricular e a sua inserção precoce em cenários de prática, e se estaria havendo estratégias de ensino incorporadas ao novo modelo curricular que pudessem servir de referências e transformar os

problemas apontados nesta pesquisa, principalmente em relação as atividades nas UBSFs (FEUERWERKER, 2002, UEL, 2008; FAMEMA, 2008).

A partir daí poder-se-ia definir estratégias de ensino que contemplassem as demandas dos alunos e tornassem mais atrativas as práticas em saúde nestes cenários com o intuito de intensificar a adesão destes, dos docentes e das equipes de saúde locais, contribuindo no aprimoramento da formação de um médico sensível às demandas médico-sociais.

Como parte da criação destas novas estratégias de ensino que sejam suscitadoras do processo de ensinar-aprender de forma mais estimulante é possível citar a utilização das próprias Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem nestes cenários com um preceptor responsável como já definido; e ainda atividades lúdicas como o uso de filmes comerciais, teatralização e criação de vídeos que também possam contribuir neste processo como refere Fantini (2006, p.311 *apud* SIQUEIRA et al, 2008): “o cinema é particularmente uma mídia que atua como mecanismo de formação cultural ao contribuir para a qualificação, além de apurar o olhar dos estudantes. (ALBUQUERQUE et al, 2007; SIQUEIRA et al, 2007, 2008).

Realizar em um futuro próximo, portanto um trabalho que contemple estratégias de ensino-aprendizagem em novos cenários de prática na graduação em medicina é buscar o aperfeiçoamento da associação entre a teoria e prática no ensino médico de forma ideal e, sobretudo fazer jus ao que o ministro Haddad cita que seria a “defesa do ensino médico com qualidade” (HADDAD *apud* Nassif, 2008, intro)

Neste contexto vale citar Nassif (2008, intro) ex-presidente da Associação Médica Brasileira – AMB –, ao referir que existe atualmente no Brasil 175 Escolas Médicas que formam potencialmente 17.294 médicos por ano. Este fato é criticado pelo autor devido ao “assustador segundo lugar” no ranking mundial no número destas Escolas perdendo apenas para a Índia; o que em sua concepção gera má qualidade de formação e baixa remuneração deste profissional.

Para melhorar a qualidade da formação é necessário que na maioria destas Escolas haja a inserção de alunos em cenários diversificados com adequadas estratégias de ensino-aprendizagem, como “prática deste ensino médico de forma ideal” (NASSIF 2008, intro).

Blank (2006) em seu artigo *A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário de prática dos médicos em*

formação refere que as evocações metafóricas das artes cênicas têm sido recorrentes nos textos de educação médica em que se fala muito de *atores* e *cenários*. Ao considerar fundamentalmente que o estudante de medicina está se preparando para ser médico estabelece estas metáforas e analogias ao intitular o “nome da peça” como “A prática clínica”, o enredo “a vida real do médico” e seu cenário verdadeiro o ambiente fora da Universidade, mais especificamente os ambulatórios que traduzem a prática médica cotidiana e bem menos os hospitais, que seriam os locais de cenas acidentais. Sendo assim define, parafraseando Stanilavisk, fundador do Teatro de Arte de Moscou, que “a vida é tão complexa e diversificada que não há variações suficientes de inventividade cênica (cenário de prática na educação médica) que faça frente a todos os seus aspectos” e que, portanto um ator (médico) só cresceria ao longo do desenvolvimento de seu trabalho para então se tornar “senhor de sua arte”. (BLANK, 2006; pág. 27 e 30).

A responsabilidade de criar um “roteiro” (estratégias de ensino-aprendizagem) que considere este cenário (UBSFs no contexto sócio-ambiental), o aprendizado e o desempenho de seus atores (profissionais de saúde, docentes e alunos) de forma integrada e otimizada parece constituir-se portanto no grande desafio para todos os diretores (gestão municipal, estadual e federal além das IES).

Por fim gostaria de refletir sobre o meu papel enquanto docente e pesquisador neste estudo.

Embora o cunho desta dissertação não seja de avaliação, mas de percepção dos alunos de medicina a partir da identificação e análise de suas respostas a respeito das metodologias ativas de ensino-aprendizagem e da experiência em UBSFs é interessante citar Gadotti (1987, *apud* DEMO 2005) ao discorrer sobre a avaliação qualitativa. Este autor refere que “seria ingênuo pensar que a avaliação é apenas um processo técnico. Ela seria também uma questão política”. Afirma que neste processo poderia haver “um exercício autoritário do poder de julgar ou poderia ser um processo em que avaliador e avaliando buscam e sofrem uma mudança qualitativa”. É neste último aspecto que Demo (2005, p. 31 a 33) estabelece um debate a respeito de educação popular, avaliação de programas de política social e pesquisa participante. Refere que haveria aí a “qualidade formal” relacionada a instrumentos e métodos e a “qualidade política” relacionada a finalidades e a conteúdos tendo esta como conteúdo próprio a participação. Desta forma defende que se *qualidade é participação*, a avaliação qualitativa equivale à *avaliação*

participante. Argumenta que o fenômeno participativo não é de curto prazo exigindo “um convincente processo de formação e que a vivência participativa do avaliador também não cai do céu por descuido exigindo para além do conhecimento teórico exaustivo prática persistente, paciente crítica e cuidadosa”, além de que “não se deve reduzir o avaliado a objeto, mas torná-lo consorciado da mesma tarefa política”. Neste aspecto apropriar-se do termo *avaliação participante* e criar à sua semelhança *análise participante* torna-se bastante interessante no enfoque desta dissertação.

É sob este ângulo de *analista participante* ou ainda sob o “olhar” do docente/professor *participativo*, que atuo neste cenário e tendo o aluno analisado “consorciado desta mesma tarefa política” que seria de perceber a transformação curricular em sua formação, que observo o quanto é necessário refletir sobre as estratégias de ensino-aprendizagem nas Unidades Básicas de Saúde da Família para que a mesma não seja descartada ou subtilizada com uma conotação negativa.

Em *Reflexão na Aprendizagem: Análise dos Estudantes de um Curso de Medicina*, Sobral (2002, p.6) refere que “a reflexão, na situação de aprendizagem, é uma operação mental que ilumina experiências do aprendiz, sejam essas de natureza formal ou informal”. Argumenta que esse “processo cognitivo tem algum propósito e/ou desfecho e envolve mutação de significados, aplicando-se geralmente a problemas que não têm solução óbvia, ou idéias relativamente complicadas”. Por outro lado Gomes (2008, p. 106) afirma que “a educação é um processo sistemático e interativo de troca de informações entre pessoas de uma dada comunidade, como propósito específico de ajudá-las a elaborar conhecimentos e significados, incorporando-os a sua estrutura cognitiva e ao patrimônio cultural coletivo”. Ao referir-se ao construtivismo, mais especificamente a teoria cognitivista de David Ausubel - a aprendizagem significativa - já explicada nas seções anteriores desta dissertação, a autora ressalta que o conteúdo escolar a ser aprendido tem que ser *potencialmente significativo*, ou seja, ele tem que ser *lógica e psicologicamente significativo* sendo ainda necessário que o aluno precise ter uma *disposição para aprender* (grifos meu).

Ora, mesmo que este conteúdo escolar seja *potencialmente significativo* e como de fato realmente o é na UBSF, e que o aluno possa ter esta *disposição para aprender*, o que ocorre ao mesmo ao se deparar com um cenário de prática que em

seu ponto de vista encontra-se sem a identificação de um preceptor e sem uma comunicação satisfatória entre a Faculdade e a UBSF?

Ressalta-se ainda que este aluno aí inserido é um aluno recém admitido, muito jovem, sem qualquer experiência e ainda vulnerável emocionalmente como afirma Castro (2004, p. 38 e 40) ao analisar os iniciantes da faculdade médica. Este autor constata que a cada geração é menor a média de idade no ingresso do curso, observando indivíduos às vezes ainda adolescentes. Acrescenta ainda o fato de que muitas vezes, o estudante mora sozinho, longe dos pais. Desta forma afirma que “a vulnerabilidade para o adoecer sozinho e o sentimento de desamparo aumentam a carga ansiogênica desta fase pela qual transitam”.

Paradoxalmente percebe ainda este autor, que “em pleno século 21, há faculdades de medicina que ensinam os alunos à não se envolverem emocionalmente com o sofrimento dos pacientes”. Desta forma conclui que se tem “um profissional treinado para diagnosticar doenças e restabelecer a saúde, mas não para enfrentar a morte e o morrer”. Argumenta assim que a re-humanização do aprendizado dos futuros médicos vêm sendo levantada como bandeira tanto nos novos currículos médicos como na reestruturação dos clássicos. Acredita que através da aprendizagem pode-se subsidiar a formação do estudante de medicina, mas que esta condição é uma entidade distinta, interdependente do ensino. Defende então que é “necessário” prover este profissional da saúde de capacidade para manejar o distúrbio orgânico e as emoções implicadas nesta assistência acreditando que para “uma adequada formação e prática médica, é necessário que o futuro estudante seja uma pessoa saudável, sobretudo mentalmente”.

Neste aspecto termos como integralidade, visão biopsicosocioambiental e re-humanização devem ser incorporados em toda sua essência, e considerados e entendidos como suscitadores de um novo perfil de estudante que favoreça a formação de um profissional sensível às demandas ou necessidades sociais. A integralidade, por exemplo, deve ser compreendida não como uma diretriz reducionista do SUS: o atendimento integral através de “um conjunto de serviços de saúde dirigido aos problemas mais comuns da população”; mas como uma “relação sujeito-sujeito, seja nas práticas destes serviços, seja na organização dos mesmos, em que este é portador de desejos, de aspirações, de sonhos e não um mero portador de doenças que necessita de acompanhamento hierarquizado”. (MATTOS, 2008 p.39 e 62; TAKEDA, 2006 p. 80).

Compreende-se que a essência destes termos e seus sentidos parecem estar muito próximas ao conceito da bioética de Goldim (2006, p. 86) constituído como uma proposta de integração do ser humano à natureza. Este autor refere que Potter (1998, *apud* GOLDIM, 2006) redefiniu a Bioética como sendo uma bioética profunda advindo da noção da ecologia profunda. Bioética profunda seria “a nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural, que potencializa o senso de humanidade”.

Desta forma percebe que a “bioética nasceu provocando a inclusão das plantas e dos animais e posteriormente a inclusão do solo e dos diferentes elementos da natureza na reflexão ética, já realizada para os seres humanos”. Em sua concepção a “visão integradora do ser humano com a natureza como um todo, em uma abordagem ecológica, foi a perspectiva mais recente”. Acredita que o senso de humanidade é inerente à bioética e que “pensar bioética é pensar de forma solidária, é assumir uma postura íntegra frente ao outro e, conseqüentemente, frente à sociedade e à natureza”.

Neste contexto vale também citar Boff (2006, p. 14 e15) que ressalta que o “ser humano é um ser de mudanças, pois nunca está pronto, está sempre se fazendo, física, psíquica, social e culturalmente”, mas que ao considerar mudanças mais profundas refere “a espiritualidade como a verdadeira transformação alquímica, capaz de dar um novo sentido à vida ou de abrir novos campos de experiência [...]”, e que “não raro seria no âmbito da religião que ocorreria tais mudanças”; entretanto percebe que a espiritualidade vem sendo descoberta como “dimensão profunda do ser humano, como o momento necessário para o desabrochar pleno de nossa individuação”. Acredita assim que a espiritualidade esteja relacionada com qualidades do espírito humano tais como “amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia” que trazem felicidade tanto para o própria pessoa quanto para os outros”, conceitos estes que se aproximam à percepção de felicidade por Demo (2005, p. 15 e 16): “ felicidade encontra-se e faz-se em comunidade, em convivência, em participação [...] sendo um processo que se constrói na cultura e na história para além da simples superação dos problemas materiais, que nunca são secundários”.

Acredito então que este conceito de bioética e a percepção de Boff (2006) e Demo (2005) se enquadrem perfeitamente na percepção de Lovelock (1991, intro) a respeito da Terra. Este cientista ofereceu uma nova síntese científica em harmonia

com a concepção grega da Terra definindo-a como um ser vivo: Gaia. Sua teoria baseada nas descobertas da geologia, na geoquímica, na biologia evolutiva, na climatologia e em suas pesquisas pioneiras, concebe ao contrário da ciência convencional, que define a terra como sendo “pouco mais do que rocha inerte, sobre a qual vivem plantas e animais”; como “um mundo imensamente diferente, um grandioso circuito de vida, que vai desde o seu núcleo ardente até sua atmosfera exterior”. Define que assim como a concha é parte de um caracol, as rochas, o ar e os oceanos são partes de Gaia; como também o é a própria humanidade (LOVELOCK, 1991 p.194; LOVELOCK, 2008).

Cabe aqui ao se utilizar os conceitos de bioética, espiritualidade e felicidade, além da visão de Gaia, construir analogias ao estudante de medicina, que hoje se encontra diante de um novo modelo curricular constituído pelas metodologias ativas e por novos cenários de ensino-aprendizagem em que se busca a construção da integralidade aliada a um conceito de adoecer muito mais abrangente, mais humanístico e, sobretudo ecológico em sua natureza, procurando pouco a pouco romper e transformar o modelo biomédico tradicional, e quem sabe proporcionar ou suscitar uma nova experiência espiritual e conceitual de felicidade.

Percebe-se que as visitas domiciliares podem representar e contextualizar esta condição. Através destas podemos contemplar uma gama de sinais que se constituem na vida pulsátil. As moradias, as ruelas, as ruas, a comunidade, o bairro, sua urbanização e sua integração à cidade, que não deixam de ser representações deste grande organismo vivo que interage continuamente com nossa saúde e nossas vidas, assim como também interagimos intensamente com, e nestes espaços.

Suscitar estes conceitos e insistir na sua percepção junto aos estudantes de medicina é estar, portanto coerente ao próprio significado da vida na sua forma mais plena. A educação médica não pode, definitivamente, prescindir deste aspecto. Aqui pode estar em jogo o despertar da vocação profissional deste estudante.

Mais que cenários vivos, talvez sejam a vida em forma de diferentes cenários. Indispensáveis embora muitas vezes desconfortáveis. Mas são assim, parte deste todo que não podem ser colocados de lado, excluídos e ocultados de nossas vistas, e principalmente daqueles que irão tratar, no futuro, de seus representantes e moradores: os estudantes de medicina.

Da comunidade do Rosário é visível o Dedo de Deus, atração turística do Parque Nacional da Serra dos Órgãos no município de Teresópolis. A profusão de moradias que invadem pouco a pouco as montanhas e as matas, assim como a Floresta remanescente local, a Floresta Atlântica degradando-a e ferindo-a, e da qual restam hoje apenas cerca de 7,0% da forma original, não deixam dúvidas sobre a maneira que podemos viver e como, ainda que pareça sem opções, podemos adoecer e morrer (SOSMATATLANTICA, 2008). Integrar alunos de Medicina neste cenário constitui-se em um enorme papel de responsabilidade social para a Instituição. Já para o docente e as equipes das UBSFs um papel, no mínimo, de acolhimento, e para o aluno muito mais que ensino-aprendizagem, uma oportunidade singular e única de perceber a complexidade dos fenômenos da vida em si. Que saibamos aproveitá-la!

REFERÊNCIAS

AGUIAR A.C. **Consequences for Faculty of Changes in Medical Education:** the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship. A Thesis Presented to the Faculty of the Graduate School of Education of Harvard University in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Education. 2000

ALBUQUERQUE, R. C.; LEITE, S. Q. M. **Uso de ambientes virtuais** como estratégia complementar educacional de temáticas ambientais. in: Jornada nacional da produção científica em educação profissional e tecnológica, 2007, São Luis, MA. Anais da jornada nacional em produção científica em ept, 2007.

ALMEIDA, M.J. **Educação Médica e Saúde:** possibilidades de mudança. Londrina: UEL, Rio de Janeiro: ABEM, 1997.

ANDRADE LOM, Barreto; ICHC, Fonseca; CD, Harzheim E. **A Estratégia de Saúde da Família.** In Duncan BB et al (Org.). Medicina ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, p. 88-100, 2006.

AUSUBEL, David P., Novak, Joseph D. & Hanesian, Helen . **Psicología Educativa:** un punto de vista cognoscitivo. México: Editorial Trillas. Tradução para o espanhol do original Educational psychology: a cognitive view, 1983.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo.** 3ª edição. Lisboa / Portugal: Edições 70, LDA, 2004.

BERBEL N. **A Problematização** e a Aprendizagem Baseada em Problemas. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.1, n.2, p.139-154, 1998.

BELLODI P. L; M. M. A et cols. **Tutoria - Mentoring** na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BERLINGUER G. **A Doença.** São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988.

BLANK D. **A propósito de cenários e atores:** de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário de prática dos médicos em formação. Revista Brasileira de Educação Médica, 30(1), p. 27-30, 2006.

BOFF L. **Espiritualidade** - Um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante - GMT Editores Ltda, 2006.

BOTTI S. H. O.; REGO S.. **Preceptor, Supervisor, Tutor e mentor:** Quais são seus papeis Revista Brasileira de Educação Médica, 32(3), p. 363-373, 2008.

BRASIL. **Anais da Oitava Conferência Nacional de Saúde,** Centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1987. Centro de documentação do Ministério da Saúde.

_____. Lei nº. 8.080, de 20 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as Condições para a Promoção**, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990. Seção 1, p. 18.055.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. **Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.iphan.gov.br/legislac/nacionais/lei378-37.htm>>. Acesso em: 07 fev. 2007

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)** e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. Disponível em <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>. Acesso em: 07 fev. 2008.

_____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução nº. 8, de 8 de outubro de 1969. **Fixa os Mínimos de Conteúdo do Curso de Medicina**. Currículos Mínimos dos Cursos de Graduação. 4. ed., Brasília: 1981.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

BULCÃO LG. **O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem**. Revista Brasileira de Educação Médica, 28 (1), p. 61-72, 2004.

CAMPOS C. E. **A As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil**. História, Ciências, Saúde. v.14, n.3, jul.-set. Manguinhos, Rio de Janeiro, p.877-906, 2007.

CAMPOS G.W.S. C. **Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica** - Diretrizes. Documento preliminar – abril de 2005. Disponível em <www.abem.educmed.org.br/pdf/doc-prof-gastao.pdf>. Acesso em 10 de Janeiro de 2008.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CASTRO F. V. **Os Temores na Formação e Prática da Medicina: Aspectos Psicológicos**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.28, nº 1, jan./abr., p. 38-45, 2004

CIETC. **Relatório da oficina** de reorganização da atenção básica em saúde do município de Teresópolis. Teresópolis RJ: 2007, CD-ROM.

Idem. **Documento da Coordenação** de Estruturação de Atividades de Inserção na Comunidade para a Coordenação Atividades de Educação Permanente nas UBSFs. Módulo de Práticas Profissionais. 1º, 2º, 3º e 4º Períodos (2007-1). Teresópolis RJ: 2007, mimeo.

Idem. **Planejamento de Atividades** do Módulo de Práticas Profissionais/ Cenários Vivos 1º, 2º, 3º e 4º Períodos (2008-1). Teresópolis RJ: 2008, mimeo.

Idem. **Planejamento de Atividades** do Módulo de Práticas Profissionais/ Cenários Vivos 1º, 2º, 3º e 4º Períodos (2008-2). Teresópolis RJ: 2008, CD-ROM.

Idem. **Comunicado do IETC** para as UBSFs 06/08. Assunto: Inserção dos estudantes de graduação em enfermagem, medicina, odontologia 2008/1 na Atenção Básica de Saúde da Família do município de Teresópolis. Teresópolis RJ: 2008, mimeo

CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Ata da primeira reunião, Brasília: 1991.

COLL, C. **Os Fundamentos do Currículo**. In: COLL, César Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. 5.ed. São Paulo: Ática, 2002.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL, DE 1988 - Título VIII – Da Ordem Social; Capítulo II – Seção II, da Saúde – **Artigos 196; 197; 198 (parágrafo único – ec 29); 200**. http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislação/arquivo/01_constituicao.pdf - Acessado em 10/02/2008

COSTA J. R. B. **Análise da atuação das equipes** do Programa de Saúde da Família no município de Teresópolis após a mudança curricular do curso de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos, com a inserção precoce dos alunos: impressão dos médicos e enfermeiros. in Miranda J. F. A et al (orgs). Reflexões sobre mudanças curriculares: Ativando processos. Rio de Janeiro: Publít, 2007 (a).

COSTA M. S. C. **Docência no Ensino Médico**: Por que é tão Difícil Mudar? Revista Brasileira de Educação Médica, 31(1), 21-50, 2007 (b).

CORDEIRO H. **SUS - Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 2005.

CRUZ K.T. **A Formação Médica no Discurso da CINAEM**. Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas. Faculdades de Ciências Médicas. Campinas, 2004.

DELORS J., MUFTI I., AMAGI I., CARNEIRO R., CHUNG F., GEREMEK B., et al. **Educação**: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DEMO P. **Avaliação qualitativa**. Oitava edição. Rio de Janeiro: Editora Campos - Autores Associados, 2005.

D.O.U-**Diário Oficial da União**- Seção 1 - numero165, pag. 27 - 27/08/08 Disponível em < www.in.gov.br/imprensa/pesquisaresultado.jsp - Acessado em 10/10/2008

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. Acesso em www.escolasmedicas.com.br - Acessado em 10/10/2008

FAMEMA. Faculdade de Medicina e Marília - **Projeto Educacional Famema** - Disponível em < www.famema.br/medicina/proj.2000 – Acessado em 10/03/2008.

FESO - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. **O Projeto de Mudança Curricular do Curso de Medicina da FESO** - Faculdades Unificadas - Curso de Medicina. Teresópolis, 2004. mimeo.

FEUERWERKER L.C.M., COSTA H., RANGEL ML. **Diversificação de Cenários de Ensino** e Trabalho sobre Necessidades/Problemas da Comunidade. Divulgação em Saúde para Debate: v.22, p.18-24. 2000.

FEUERWERKER L.C.M. **Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina**. In: Marins JJN et al (Org). Educação médica em transformação, instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004.

FEUERWERKER L.C.M. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados**. São Paulo: Hucitec; 2002.

FERREIRA R.C., SILVA R.F., AGNER C.B. **Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem da Atenção Básica de Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica, 31(1), p.52-59, 2007.

FOUCAULT M. **O Nascimento da Clínica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT M. **Microfísica do Poder**. 7.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREIRE P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, Paulo. **Política e Educação**. Coleção Dizer a Palavra. 8º Edição. Indaiatuba, São Paulo: Villa das Letras, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Caderno do Especializando./ Programa de Educação a Distância – EAD/ENSP/FIOCRUZ. **Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança** na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília/Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde: FIOCRUZ, 2005.

GATTI B. **A Grupo Focal na Pesquisa** em Ciências Sociais e Humanas. Série Pesquisa em Educação v. 10 Brasília-DF: Líber Livro Editora, 2005.

GIL C.R.R., TURINI B., CABRERA M.A S, KOHATSU M.,ORQUIZA S.M.C. **Interação ensino, serviços e comunidade:** desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. Revista Brasileira de Educação Médica, 32(2), p.230-239, 2008.

GOLDIM J. R. **Bioética: origens e complexidade.** Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre – HCPA -, 26 (2), p. 86-92, 2006.

GOMES A P et als.**A Educação Médica entre mapas e âncoras:** a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. Revista Brasileira de Educação Médica, 32 (1), p.105–111, 2008.

GOMES R. **A análise de dados em pesquisa qualitativa.** In: Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade. Minayo, M. C. S. (Org.), Deslandes S. F., Neto O C., Gomes R. Petrópolis, RJ: Vozes, p.67-80, 1994.

HADDAD. A E. et al. **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Área da Saúde:** 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 120 p., 2006.

HOUAISS A., KOOGAN A. **Enciclopédia e Dicionário Ilustrado.** Rio de Janeiro: Edições Delta, 2001.

JORGE, M.S.B. R. **Concepções dos agentes comunitários** de saúde sobre sua prática no programa de saúde da família Revista de Atenção Primária à Saúde. v. 10 n.2, p.01-19, 2005.

KOMATSU R.S et cols, **Aprendizagem Baseada em Problemas.** Revista de Atenção Primária. 34(6): 81-93, Rio de Janeiro, Nov. /Dez. 2000.

KOMATSU R.S., ZANOLLI M.B., LIMA V.V. **Aprendizagem Baseada em Problemas.** In: Marcondes E, Gonçalves EL (Eds.). Educação Médica. São Paulo: Savier, 1998.

LAMPERT J.B. **Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil:** tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.

LEI 6229, de 17 de Julho de 1975. Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para assuntos jurídicos. WWW.PLANALTO.GOV.BR Acessado em 07/02/2008.

LOVELOCK J. - Disponível em <http://www.ecolo.org/lovelock/> acessado em 10/11/2008

LOVELOCK J. **As Eras de Gaia – A Biografia da Nossa Terra Viva.** Rio de Janeiro: Campus, 1991

LOYOLA M. A. **Médicos e Curandeiros,** Conflito social e saúde. São Paulo: DIFEL Difusão Editorial. S.A., 1984.

LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social**; Razão Médica e Racionalidade Científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO in Foucault M. -orelha da capa- **Microfísica do Poder**. 7.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MACHADO in Foucault M. -orelha da capa- **O Nascimento da Clínica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

MARINS, J.J.N. **Os Cenários de Aprendizagem** e o Processo do Cuidado em Saúde. In: Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades, org. João José N. Marins, Sergio Rego, Jadete B. Lampert e José Guido C. de Araújo. São Paulo: ABEM/Hucitec, 2004. p.97-108.

MATTOS R. A. **Os sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde, org. Pinheiro R. e Mattos R. A. Rio de Janeiro: IMS – UERJ – ABRASCO, 2001. p.39-64.

MELO, A.M.L. et al. **Em busca do Azul das Ondas**. In: Loyola C, Rocha S (Org). O caminho das Pérolas: novas formas de cuidar em saúde. São Luís: Unigraf, 2002.

MENDES RT et al. **Aprendizado de Medicina nos Serviços de Atenção Primária** e no Contato com a Comunidade. Simpósio Educação Médica: Ensino de Graduação. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. USP. Ribeirão Preto. 29: 420-428 out/dez, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SESu Secretaria de Educação Superior FIES - 2008 <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=376&Itemid=303>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Educação Permanente entra na Roda**: Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente** Portaria 1.996 de Agosto de 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=1083 Acesso em 10 de Março de 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Seminários com os Coordenadores** e Avaliadores de Cursos de Graduação da área da saúde em 13/09/2007- SINAES - Ministério da Saúde Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=36201 Acesso em 10/03/2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atençãobásica.php>>. Acesso em 10. fev. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro**. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/ret.php>>. Acesso em 03. mar. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848. Acesso em 02 fev. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. – Brasília – DF, 2007, 86p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **PROMED** – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação]

MIRANDA J. F. **A Estudo do Impacto da Adoção da Estratégia da Saúde da Família no Internato Médico** - Educação Médica. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora, 2004.

MOREIRA M. A & MASINI, **Aprendizagem Significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 1982.

MOREIRA, M.A. **Aprendizagem Significativa**. Brasília: UnB, 1999.

MORIN E. **Educação e Complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C.; PAINE P A. **Manual de Elaboração de Projetos de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.

NASSIF, A C. N. **Escolas Médicas do Brasil**. Segunda edição. 2008. mimeo.

NETO J.AC., SIRIMARCO M.T., RESENDE M.G., JAMES C.R., ANDREOLI G.Q., VENTURA R.C., PONTES S.C. **Percepção dos discentes sobre novas diretrizes no curso médico**. Revista de Atenção Primária à Saúde, vol. 07 n.2, 2004.

OPAS-ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças Crônico-Degenerativas e Obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2003.

GONÇALVES D. **Mudanças de paradigma na Educação Médica** <http://www.barbier-rd.nom.fr/artDaviPortug1.html> acessado em em 01/12/2008

PPPI - **Projeto Político-Pedagógico Institucional do Centro Universitário Serra dos Órgãos** - UNIFESO. Teresópolis, 2006.

PROENÇA, M. A. **Psicologia médica**: por uma disciplina que não discipline. 1999. 87 p. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1999

PUSTAI OJ. **O Sistema de Saúde no Brasil**. In Duncan BB et al (Org.) Medicina ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RESOLUÇÃO 196/96. Conselho Nacional de Diretrizes e Saúde. **Normas regulamentadoras** das pesquisas envolvendo seres humanos. <http://www.ufrgs.br/bioética/res.19696.htm> Acessado em 07/02/2008

RICHARDSON R. J. et cols. **Pesquisa Social** - Métodos e Técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

REDE UNIDA. Disponível em <www.redeunida.org.br/index.asp>. Acesso em 09. fev. 2008.

RIBEIRO E., LIMA V.V. **Competências Profissionais e Mudanças na Formação**. O olho mágico, 10(2), p.47-52, 2003.

RODRIGUES P. H. A.; SANTOS I. S. **Saúde e cidadania** – Uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

ROMANO V. F. **O ensino – aprendizagem da relação médico-paciente no terceiro ano médico**: o relato de uma observação. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

SANTOS S.S. **A Integração do Ciclo Básico com o Profissional, no curso de Graduação em Medicina**: Uma Resistência exemplar. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2005.

SILVEIRA R. P. **A Medicina de Família e Comunidade e o Ensino de Graduação em Medicina**. Metodologias ativas de Ensino/Aprendizagem. Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade. Suplemento 01, p.21-25, Rio de Janeiro, 2006.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P. ; ROCAS, G. ; LEITE, S. Q. M. ; BATISTA, R. S. **O cinema na formação bioética** de professores de ciências. in: Encontro nacional de ensino de ciências, da saúde e do ambiente, 2008, Niterói. Anais do II Encontro. Niterói: Uniplin, 2008. V. 1. P. 309-317

SOBRAL D.T. **Reflexão na Aprendizagem**: Análise dos Estudantes de um Curso de Medicina Revista Brasileira de Educação Médica Rio de Janeiro, v. 26, nº 1, jan./abr.:2005.

SOSMATATLANTICA.

<http://www.sosmatatlantica.org.br/observatorio/plmataatlantica.html>. Acessado em 10/11/2008

STARFIELD B. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA S. **A organização de Serviços** de Atenção Primária à Saúde. In Duncan BB et al (Org.) Medicina ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, p.76-87, 2006.

TERESÓPOLIS. **Convênio 005/1999 (PMT/FESO)**. Regulamenta a realização de estágio supervisionado, 1999.

TORALLES-PEREIRA M.L. et al **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado** por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas Cadernos de Saúde Pública. 20(3): 780-788, Rio de Janeiro, mai-jun, 2004.

UEL – Universidade Estadual de Londrina - **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina** - Disponível em < www.uel.br/prograd/pp/index.htm-projeto - Acessado em 10/03/2008.

VENTURELLI, J. **Educación medica**: nuevos enfoques, metas y metodos. Washington: Paltex, OPAS, 1997.

UNIFESO - **Centro Universitário Serra dos Órgãos**. Disponível em <www.feso.br>. Acesso em 09 fev. 2008.

Idem - Centro Universitário Serra dos Órgãos; Centro de Ciências da Saúde; Curso de Graduação em Medicina; **Manual do Tutor/Instrutor; 1º, 2º, 3º e 4º períodos**; Teresópolis RJ: 2007. CD-ROM.

Idem - Centro Universitário Serra dos Órgãos; **Síntese da oficina do programa saúde da família**; Teresópolis RJ: 2008. mimeo

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary care**. Genebra, WHO, 1978. Disponível em <http://www.who.int/es/index.html> Acesso em 10/01/2008.

ZANOLLI M.B. **Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na Área Clínica**. In: Marins JJN et al (Org). Educação médica em transformação, instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p40-61.

APÊNDICE

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA REALIZADA NO UNIFESO APRENDIZAGEM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E METODOLOGIAS ATIVAS: O OLHAR DO ESTUDANTE DE MEDICINA DO UNIFESO.

IDENTIFICAÇÃO:

A) Gênero: masculino () feminino ()

B) Data de nascimento: _____

C) UBSF: _____

QUESTÕES:

1) Por qual motivo você escolheu o UNIFESO para cursar medicina?

2) Você sabia que o UNIFESO adotou um novo modelo de ensino? Sim ()

Não () Em caso de resposta sim: “Este aspecto foi considerado na sua opção?

Sim ou Não? Porque?”

3) O UNIFESO adotou no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem. O que pensa sobre sua experiência com as metodologias ativas no ensino da medicina do UNIFESO?

4) Como tem sido para você participar desde os períodos iniciais das atividades nas UBSF? O que você manteria e o que você modificaria nesta prática dentro das UBSF?

5) O novo modelo curricular adotado pelo UNIFESO na Faculdade de Medicina esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE -

Eu _____ i
dade _____ declaro ter pleno conhecimento do projeto de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família que possui como título: ***Aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde da Família e Metodologias Ativas: O olhar do estudante de medicina do UNIFESO.***

O mesmo possui como objetivo avaliar a percepção do aluno da graduação de Medicina do quinto período a respeito da Aprendizagem Baseada em Problemas e sua experiência em UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família).

O benefício que pode ser obtido com este projeto inclui a avaliação e aprimoramento permanente a respeito da transformação curricular promovida pelo UNIFESO assim como estende-lo a outras instituições de ensino superior com Curso de Graduação em Medicina que estejam desenvolvendo projetos de reforma curricular.

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto desta pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o pesquisador pelos telefones 2644 1396 e 2742 1318.

Teresópolis, _____ de _____ de
2008.

PARTICIPANTE

PESQUISADOR PRINCIPAL – José Robert Bittencourt Costa

A N E X O S

ANEXO A: ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA DO UNIFESO

Primeiro período:

Introdução ao Estudo da Medicina

Mecanismos Fundamentais do Processo Saúde/Doença I

Abrangência das Ações de Saúde

Prática Profissional

Segundo período:

Concepção e formação do Ser

Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento.

Adolescência e Puberdade

Prática Profissional

Terceiro período:

Vida Adulta

Envelhecimento

Prática Profissional

Quarto período:

Módulo eletivo

Mecanismos Fundamentais do Processo Saúde/Doença II

Prática Profissional

Quinto período:

Prática Baseada em Evidências

Apresentações Clínicas I (Concepção patológica)

Prática Profissional

Sexto período:

Módulo Eletivo

Apresentação Clínica II (Lactente, Criança e Adolescente)

Apresentação Clínica III (Saúde da Mulher)

Prática Profissional

Sétimo período:

Apresentação Clínica IV (Saúde do Adulto)

Prática Profissional

Oitavo período:

Apresentação Clínica V (Clínico/Cirúrgica: Criança, Adulto e Idoso)

Apresentação Clínica VI (Saúde do Idoso)

Prática Profissional

9º, 10º, 11º e 12º Períodos

Internato Rotatório e Eletivo

É importante ressaltar que estes temas deverão contemplar os quatro eixos centrais do currículo do Curso de Graduação de Medicina do UNIFESO: Semiologia Ampliada do Sujeito e da Coletividade; Ética e Humanismo; Instrumentalização para a Construção e Aplicação do Conhecimento; Políticas e Gestão em Saúde.

Neste momento o curso de graduação de medicina encontra-se com dois currículos simultaneamente, sendo um considerado “tradicional” e outro inserido nas Metodologias Ativas de Ensino –Aprendizagem estando o primeiro no oitavo período e o segundo no sétimo período respectivamente.

A seguir, verifica-se o objetivo específico de cada período, no caso até o quinto, onde já foram instituídas as mudanças curriculares:

1º período: Aprofundamento do conhecimento nos mecanismos fundamentais do processo saúde-doença dos principais sistemas.

2º período: Promover a compreensão da concepção e formação do ser, o nascimento, crescimento, desenvolvimento e a adolescência; e instrumentalizar o desenvolvimento de habilidades e destrezas para a prática profissional.

3º período: Promover o conhecimento do ciclo da vida adulta e o envelhecimento contextualizando os aspectos biopsicossociais e epidemiológicos da morbimortalidade nestes ciclos de vida, incluindo a finitude e o processo de morrer.

4º período: Aprofundamento do conhecimento nos mecanismos fundamentais do processo saúde-doença dos principais sistemas.

5º período: Conhecer os fundamentos anatomopatológicos relacionados à interpretação dos exames complementares em Ginecologia e Obstetrícia e conceituar risco em Obstetrícia.

Estes objetivos serão desenvolvidos no módulo tutorial, de modo a fornecer ao estudante atitudes para aprender de forma autônoma, estabelecendo relação entre os elementos já presentes na estrutura cognitiva e o novo, baseando-se na construção de relações solidárias, respeitosas e éticas.

1- Módulo Tutorial:

Este módulo é dividido em dois momentos: sessões de tutoria e conferências. As sessões de tutoria têm como objetivo estimular o estudante a conquistar autonomia para a busca da informação científica, a partir dos problemas apresentados, por meio de estudo individual e em equipe, de forma regular.

Nos encontros dos grupos tutoriais, o estudante tem a oportunidade de vivenciar o processamento de situações-problema, em pequenos grupos, que devem cumprir o papel de ativação no processo de reflexão e teorização, favorecendo a explicitação dos saberes prévios do grupo frente à situação apresentada, identificação de necessidades de aprendizagem com vistas ao desenvolvimento de capacidades para melhor enfrentar o problema apresentado e à construção de novos significados e saberes que levem ao alcance dos objetivos pré-determinados pelo mesmo.

Cada grupo deve encontrar no seu tutor um facilitador atento e voltado ao desenvolvimento de capacidades dos seus estudantes, assim como este deve ser o estimulador do processo através de situações que propiciem a descoberta, o encantamento pelo novo e pela aprendizagem.

Cada situação-problema é apresentada com os objetivos educacionais a serem alcançados, descritos pormenorizadamente e as atividades do Módulo de Prática Profissional estão também anexadas, para que o tutor acompanhe as habilidades que estão sendo desenvolvidas pelos estudantes.

1.1 – Sessão de Tutoria

Atividade desenvolvida em pequenos grupos, centrada no estudante, na qual o tutor facilita a discussão, a compreensão e o raciocínio em graus evolutivos de complexidade, capacitando o estudante para o trabalho em equipe.

Desenvolve-se através de dois momentos semanais, com 3 horas de duração cada um, onde os docentes-tutores e grupos de até 10 estudantes selecionados aleatoriamente participam de atividades previamente organizadas.

Os estudantes são apresentados a uma situação-problema, elaborada por uma comissão própria composta de profissionais de diversas áreas do conhecimento. Estas situações-problema atendem a objetivos educacionais propostos para o período.

1.2 - Dinâmica da Tutoria:

O processo de tutoria se desenvolve a partir dos sete passos, de acordo com a proposta de forma resumida, apresentada a seguir:

Primeiro Passo: leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos;

Segundo Passo: identificação dos problemas propostos pelo enunciado;

Terceiro Passo: formulação de hipóteses explicativas para os problemas, a partir de conhecimentos pré-existentes dos estudantes;

Quarto Passo: resumo das hipóteses;

Quinto Passo: formulação dos objetivos do aprendizado – identificação do que será estudado para aprofundamento do conhecimento;

Sexto Passo: estudo individual;

Sétimo Passo: retorno ao grupo para rediscussão do problema a partir dos novos conhecimentos adquiridos.

1.3 – Conferências

Atividades desenvolvidas por professores e/ou especialistas convidados, atendendo aos objetivos do período, realizadas na forma de palestras, mesas-redondas, painéis e oficinas, de acordo com o tema abordado e as necessidades identificadas nas sessões de tutoria, no Módulo de Práticas Profissionais e, nas atividades que envolvam o trabalho com as comunidades.

2 – Módulo de Prática Profissional (MPP)

Objetivam favorecer o desenvolvimento de habilidades para a prática profissional nos seguintes cenários: Laboratório de Habilidades, Laboratório Morfofuncional, laboratórios específicos, CCBD (Centro de Capacitação em Base de Dados), UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família) e comunidade a ela vinculada, ambulatório e serviços no HCTCO, e da SMS (Secretaria Municipal de Saúde).

2.1- Laboratório de Habilidades (LH)

Nesse cenário, os estudantes divididos em pequenos grupos, sob supervisão de um Professor / Instrutor e com a colaboração de monitores, desenvolvem técnicas de comunicação e destrezas manuais e sensitivas para a prática profissional. O laboratório é equipado com TV e videocassete e salas para entrevista com câmeras de filmagem e manequins técnicos.

Os estudantes serão divididos aleatoriamente em grupos de no máximo 10, sendo esta divisão mantida durante todo o período.

2.2- Laboratório Morfofuncional (LMF)

Estruturado com a disponibilização de peças de anatomia humana, painéis, atlas, lâminas, computadores alimentados com programas específicos que contemplam o estudo das células, dos tecidos e dos sistemas orgânicos.

2.3– Outros Laboratórios

Localizados também no campus sede são equipados visando atender às áreas de Anatomia, Histologia, Biofísica, Bioquímica, Microbiologia, Imunologia, Parasitologia, Fisiologia, Farmacologia, Biologia, Biologia Molecular e Anatomia Patológica.

2.4- Unidades de Saúde e Comunidade

Este é considerado o cenário de importância vital nesta dissertação, embora não mais importante do que os já citados acima. Os alunos distribuídos em pequenos grupos, vinculados a uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), se integram às atividades do serviço e à comunidade.

Ao final do período os estudantes deverão elaborar um trabalho, com base

nas situações vivenciadas na comunidade utilizando recursos de informática e do conhecimento introdutório à metodologia da pesquisa, para apresentação no final do período. A elaboração deste trabalho é obrigatória, fazendo parte do processo de avaliação do aluno.

2.5- HCTCO e Espaços da SMS

A distribuição dos estudantes nesses cenários se faz em grupos pequenos, de acordo com as características de cada atividade programada e com o período do curso.

3 - Cenários Complementares de Aprendizagem

3.1- Centro de Capacitação em Base de Dados (CCBD)

Ambientado em uma sala com vinte computadores com acesso à Internet, os estudantes são capacitados para acessar e buscar informações na área da saúde, sob supervisão de um Professor / Instrutor ou monitor. O ambiente está ainda disponível para consultas nos turnos destinados à atividade auto-dirigida.



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS
CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Registro nº 25000.189665/2004-16 – CONEP/CNS/MS

Teresópolis, 01 de julho de 2008



MEMORANDO DE APROVAÇÃO

O Projeto de Pesquisa intitulado **Aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde da Família e Metodologias Ativas: o olhar do estudante de Medicina do UNIFESO** (nº 166/08), apresentado pelo Prof. José Roberto Bittencourt Costa, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESO - CEPq em 01 de julho de 2008.

De acordo com a Resolução 196/96, o pesquisador deverá seguir o cronograma e metodologia apresentados no Projeto de Pesquisa.

Walney Ramos de Sousa
Profª Walney Ramos de Sousa
Coordenadora do CEPq

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)